



Informativo

DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 3 n. 1 janeiro/março 2012

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

Apresentação

O primeiro Informativo Detecção Precoce de 2012 apresenta os dados parciais do consolidado dos indicadores do Pacto pela Saúde relativos ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama em 2011. As lacunas nas bases de dados de alguns estados, em determinados meses do ano, impossibilitaram apresentar neste momento a análise final dos indicadores pactuados para 2011.

O tema em destaque neste número é o trabalho apresentado no *VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, realizado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 2011, que analisou a qualidade do exame citopatológico do colo do útero no Brasil, por meio da análise de representatividade do epitélio na amostra.

I - Monitoramento dos Indicadores 2011

1.1 Envio das bases

O envio regular das bases de dados ao Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e ao Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), o mais breve possível após o término da competência de realização dos exames, é essencial para análise das ações de controle dos cânceres da mama e do colo do útero. Os coordenadores do programa nos estados e municípios devem procurar garantir a integridade quantitativa e qualitativa das informações, gerenciando continuamente as bases de dados para corrigir os problemas verificados.

1.1.1 SISCOLO

A atualização das bases de dados do SISCOLO em 2011 mostra que alguns estados, até a data de coleta da informação, não tinham enviado todas as informações, sendo Alagoas o que apresentou maior defasagem (sem envio de dados desde setembro de 2011). Ceará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina não enviaram as bases de dezembro. As bases de dados de Minas Gerais e Santa Catarina estão com erro em um dos meses (Figura 1).

1.1.2 SISMAMA

O maior atraso para o envio das bases do SISMAMA ocorreu em Alagoas (informação indisponível desde abril). O Ceará tem defasagem a partir de setembro e Santa Catarina não enviou as bases do último trimestre. Amapá, Espírito Santo, Maranhão e Rio Grande do Norte estão sem as bases de novembro e dezembro. O mês de dezembro ainda constava sem

dados em cinco estados (Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Roraima). Apesar de São Paulo ter enviado a base de dezembro, foi identificado erro e isso impossibilita contemplar as informações desse mês. As bases de julho e novembro do Acre, bem como as bases de Goiás, em novembro, e de Sergipe, em setembro, não foram apresentadas (Figura 2).

Os estados com problemas no envio das bases devem reenviar a competência relativa aos meses em questão, bem como verificar a integralidade das bases enviadas, por meio da correspondência entre as informações locais e as disponibilizadas na página do Datasus.

Os estados que apresentaram problemas no envio das bases de dados de 2011, ou que não as enviaram regularmente, terão seus resultados subestimados no alcance das metas.

É importante ressaltar que ocorrem atualizações no SISCOLO e SISMAMA que podem alterar as informações encontradas no *TabNet* do Datasus, tais como em caso de erros de informação ou quando o estado reenvia seus dados. Por esta razão, deve-se sempre verificar a situação das bases enviadas e atentar para a data de coleta dos dados.

1.2 Indicadores do Pacto pela Saúde 2011

1.2.1 Razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59¹ anos e a população feminina nessa faixa etária, em determinado 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. A razão esperada para esse indicador é 0,3, que pressupõe atingir 100% das mulheres elegíveis do programa, a cada três anos.

Pouco mais de 60% da meta do Brasil para esse indicador foi alcançada. Nenhuma Unidade da Federação (UF) atingiu a meta pactuada. São Paulo, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Acre e Espírito Santo, nesta ordem, tiveram os mais altos percentuais de alcance da meta anual, chegando a índices superiores a 80%. Por outro lado, Santa Catarina, Alagoas, Maranhão, Rio Grande do Sul e Pará tiveram, em ordem decrescente, os menores percentuais de meta anual alcançada, com menos de 40%. Curitiba e Porto Velho foram as capitais que alcançaram o mais alto percentual da meta anual (quase 100%). O pior desempenho foi em Belém, cujo percentual da meta anual alcançado foi de apenas 1,0%. Uma questão a ser considerada para esse município é a meta pactuada, que representa o dobro da meta pactuada pelo estado do Pará (Tabela 1).

¹ As novas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero recomendam a faixa etária de 25 a 64 anos para a realização do exame preventivo desse câncer. Entretanto, a meta pactuada para razão entre exames citopatológico e população feminina em 2011 considerou a faixa etária de 25 até 59 anos, recomendada pela Diretriz anterior.

Informações atualizadas em 05/03/2012

✓ Ok
✘ Erro

Estado	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Acre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alagoas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Amapá	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Amazonas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bahia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ceará	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Distrito Federal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Espírito Santo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Goiás	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Maranhão	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mato Grosso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mato Grosso do Sul	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Minas Gerais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✘
Pará	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paraíba	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paraná	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pernambuco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Piauí	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rio de Janeiro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rio Grande do Norte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rio Grande do Sul	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rondônia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Roraima	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Santa Catarina	✓	✓	✓	✓	✘	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
São Paulo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sergipe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tocantins	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Figura 1. Situação do envio das bases estaduais do SISCOLO no ano de 2011. Dados coletados em 5/3/2012
 Fonte: Datasus/Siscolo/Sismama/Bases Enviadas
 (<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=03>)

Informações atualizadas em 05/03/2012

✓ Ok
✘ Erro

Estado	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Acre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	?	✓
Alagoas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Amapá	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Amazonas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bahia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ceará	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Distrito Federal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Espírito Santo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Goiás	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓
Maranhão	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mato Grosso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mato Grosso do Sul	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Minas Gerais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pará	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paraíba	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paraná	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pernambuco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Piauí	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rio de Janeiro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rio Grande do Norte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rio Grande do Sul	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rondônia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Roraima	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Santa Catarina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
São Paulo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✘
Sergipe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓
Tocantins	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Figura 2. Situação do envio das bases estaduais do SISMAMA no ano de 2011. Dados coletados em 5/3/2012
 Fonte: DataSUS/Siscolo/Sismama/Bases Enviadas
 (<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=03>)

Tabela 1. Razão entre exames citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária. Brasil, jan-dez 2011

UF	Pop. mulheres 25 a 54 anos 2010 ¹	Necessidade pactuada		Exames ofertados		Percentual meta anual alcançada ³
		Exames a realizar ²	Meta anual	Exames realizados	Razão anual	
Acre	146.946	47.023	0,32	40.374	0,27	85,9%
Rio Branco	77.422	24.775	0,32	20.269	0,26	81,8%
Alagoas	701.109	161.255	0,23	60.210	0,09	37,7%
Maceió	245.189	73.557	0,30	20.192	0,08	27,5%
Amapá	136.333	21.813	0,16	9.970	0,07	45,7%
Macapá	86.842	10.421	0,12	5.812	0,07	55,8%
Amazonas	702.391	140.478	0,20	102.859	0,15	73,2%
Manaus	427.174	85.435	0,20	59.001	0,14	69,1%
Bahia	3.262.517	652.503	0,20	418.732	0,13	64,2%
Salvador	760.736	152.147	0,20	70.911	0,09	46,6%
Ceará	1.918.078	517.881	0,27	270.749	0,14	52,3%
Fortaleza	640.863	173.033	0,27	64.684	0,10	37,4%
Distrito Federal	691.141	117.494	0,17	79.699	0,12	67,8%
Espírito Santo	873.850	227.201	0,26	194.052	0,22	85,4%
Vitória	90.411	20.795	0,23	16.891	0,19	81,2%
Goiás	1.482.251	311.273	0,21	173.956	0,12	55,9%
Goiânia	351.616	70.323	0,20	54.218	0,15	77,1%
Maranhão	1.348.441	229.235	0,17	75.545	0,06	33,0%
São Luiz	263.564	44.806	0,17	11.595	0,04	25,9%
Mato Grosso	707.992	212.398	0,30	144.319	0,20	67,9%
Cuiabá	142.888	32.964	0,23	21.712	0,15	66,1%
Mato Grosso do Sul	584.771	157.888	0,27	139.366	0,24	88,3%
Campo Grande	202.494	50.624	0,25	40.150	0,20	79,3%
Minas Gerais	4.813.640	1.203.410	0,25	887.943	0,18	73,8%
Belo Horizonte	654.961	98.244	0,15	70.140	0,11	71,4%
Pará	1.566.095	281.897	0,18	80.349	0,05	28,5%
Belém	361.245	126.436	0,35	1.264	0,00	1,0%
Paraíba	868.164	277.812	0,32	149.184	0,17	53,7%
João Pessoa	192.878	57.863	0,30	29.439	0,15	50,9%
Paraná	2.597.170	597.349	0,23	476.981	0,18	79,8%
Curitiba	478.350	76.536	0,16	76.238	0,16	99,6%
Pernambuco	2.096.528	482.201	0,23	341.259	0,16	70,8%
Recife	419.186	96.412	0,23	72.984	0,17	75,7%
Piauí	702.259	245.791	0,35	112.075	0,16	45,6%
Teresina	214.331	53.583	0,25	28.989	0,14	54,1%
Rio de Janeiro	4.186.381	837.276	0,20	414.607	0,10	49,5%
Rio de Janeiro	1.695.293	169.529	0,10	133.836	0,08	78,9%
Rio Grande do Norte	740.506	222.152	0,30	148.173	0,20	66,7%
Natal	210.992	46.418	0,22	27.995	0,13	60,3%
Rio Grande do Sul	2.695.937	620.066	0,23	177.966	0,07	28,7%
Porto Alegre	382.200	45.864	0,12	23.878	0,06	52,1%
Rondônia	353.634	88.409	0,25	77.405	0,22	87,6%
Porto Velho	99.273	19.855	0,20	19.547	0,20	98,5%
Roraima	91.963	30.348	0,33	22.905	0,25	75,5%
Boa Vista	63.680	19.741	0,31	14.097	0,22	71,4%
Santa Catarina	1.571.487	440.016	0,28	169.059	0,11	38,4%
Florianópolis	116.372	29.093	0,25	10.103	0,09	34,7%
São Paulo	10.683.251	2.029.818	0,19	1.866.132	0,17	91,1%
São Paulo	3.047.908	640.061	0,21	553.340	0,18	86,5%
Sergipe	483.022	111.095	0,23	70.395	0,15	63,4%
Aracaju	155.307	35.721	0,23	17.915	0,12	50,2%
Tocantins	295.749	82.810	0,28	65.364	0,22	78,9%
Palmas	54.377	16.313	0,30	11.406	0,21	69,9%
Brasil	46.301.606	10.649.369	0,23	6.769.628	0,15	63,6%

¹ População de 2010 ainda sem a estimativa 2011 / ² Quantidades de exames que devem ser realizados para atingir a meta pactuada / ³ Percentual da meta alcançado até o momento

Fonte: DATASUS/SISCOLO. Acesso em 5/3/2012

1.2.2 Percentual de seguimento informado de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial escamosa de alto grau do colo do útero (HSIL)²

A correta informação de seguimento dos casos de lesão de alto grau permite avaliar se as mulheres diagnosticadas com essa alteração estão ou não sendo adequadamente encaminhadas para confirmação diagnóstica e tratamento.

Para o Brasil, o percentual de seguimento informado para mulheres diagnosticadas em 2010 com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) e seguidas em 2011 foi de 21,5%. Esse baixo percentual dificulta a identificação sobre o acompanhamento assistencial dessas mulheres. Os estados com mais informação sobre seguimento foram, em ordem crescente, Acre, Tocantins e Roraima, que chegou a 99,3%. As capitais desses estados também alcançaram altas proporções para esse indicador, com destaque para Boa Vista, com quase 99% de seguimento informado, e Rio Branco, com pouco mais de 90% (Tabela 2).

O Amapá e a capital Macapá não registraram informação sobre seguimento. Piauí, Alagoas, Bahia, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo, nesta ordem, registraram os menores percentuais de seguimento informado dentre as UFs (abaixo de 10%). As capitais de tais estados tiveram baixo percentual para o seguimento: 7,1% em Salvador, 0,8% no Rio Grande do Norte e 0,6% no Rio Grande do Sul. As demais capitais (Teresina, Maceió e São Paulo) não apresentaram informação sobre seguimento. Outras capitais que também apresentaram valores abaixo de 10% foram Vitória, Recife e Belém.

A pequena informação sobre seguimento nas capitais influencia o desempenho dos estados para esse indicador. A dificuldade de descentralizar a informação por distritos sanitários é outro fator que influencia o indicador de seguimento e que pode ser minimizada com a utilização do módulo de coordenação intramunicipal do SISCOLO e do SISMAMA³.

Tabela 2. Percentual de seguimento informado das lesões de alto grau do colo do útero em mulheres diagnosticadas em 2010 com seguimento em 2011. Brasil, 2011

UF	Total lesão alto grau		Seguimento informado		CAPITAL	Total lesão alto grau		Seguimento informado	
	N°	%	N°	%		N°	%	N°	%
Acre	146		118	80,8%	Rio Branco	70		64	91,4%
Alagoas	238		4	1,7%	Maceió	84		0	0,0%
Amapá	31		0	0,0%	Macapá	21		0	0,0%
Amazonas	231		161	69,7%	Manaus	171		132	77,2%
Bahia	3.014		129	4,3%	Salvador	547		39	7,1%
Ceará	1.018		620	60,9%	Fortaleza	341		139	40,8%
Distrito Federal	427		209	48,9%	-	-		-	-
Espírito Santo	895		341	38,1%	Vitória	82		7	8,5%
Goiás	1.302		266	20,4%	Goiânia	382		234	61,3%
Maranhão	465		101	21,7%	São Luiz	54		7	13,0%
Mato Grosso	533		114	21,4%	Cuiabá	131		33	25,2%
Mato Grosso do Sul	383		264	68,9%	Campo Grande	93		85	91,4%
Minas Gerais	2.902		1.092	37,6%	Belo Horizonte	229		134	58,5%
Pará	1.465		149	10,2%	Belém	432		3	0,7%
Paraíba	586		67	11,4%	João Pessoa	154		16	10,4%
Paraná	2.023		1.183	58,5%	Curitiba	278		246	87,9%
Pernambuco	1.025		107	10,4%	Recife	246		7	2,8%
Piauí	695		11	1,6%	Teresina	222		0	0,0%
Rio de Janeiro	3.102		498	16,0%	Rio de Janeiro	1.552		250	16,1%
Rio Grande do Norte	415		20	4,8%	Natal	122		1	0,8%
Rio Grande do Sul	1.324		79	6,0%	Porto Alegre	177		1	0,6%
Rondônia	210		85	40,5%	Porto Velho	109		60	55,0%
Roraima	145		144	99,3%	Boa Vista	76		75	98,7%
Santa Catarina	992		313	31,5%	Florianópolis	58		33	56,9%
São Paulo	8.768		750	8,5%	São Paulo	3.268		2	0,0%
Sergipe	392		75	19,1%	Aracaju	119		24	20,2%
Tocantins	164		157	95,7%	Palmas	36		28	77,8%
Brasil	32.891		7.057	21,5%	-	-		-	-

Fonte: DATASUS/SISCOLO, 2012. Acesso em 05.03.12

² Do inglês "High Grade Squamous Intraepithelial Lesion"

³ O módulo de coordenação intramunicipal foi disponibilizado pelo Datasus em 2011, na versão 4.09 do SISCOLO. Nesse momento, foi desenvolvido o módulo intramunicipal, que se aplica a municípios de grande porte nos quais o seguimento é dificultado pelo elevado número de mulheres a serem acompanhadas. Esse módulo é conformado a partir do cadastro de um conjunto de Unidade Básica de Saúde (UBS) sob gerência de uma coordenação intramunicipal (distrito de saúde, área programática). Mais informações podem ser obtidas no manual gerencial do SISMAMA e SISCOLO, disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Manual_gerencial.pdf

1.2.3 Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária, em determinado local e ano

Esse indicador considera o número total de mamografias produzidas em certa localidade, sem distinção da indicação – mamografia diagnóstica ou de rastreamento. Conforme a Tabela 3, o Brasil alcançou 56,4% da meta pactuada em 2011. Pernambuco (104,9%), Mato Grosso (92,1%) e Rondônia (82,7%) foram os estados que alcançaram os maiores percentuais da meta pactuada. Nove capitais alcançaram 80% ou mais da meta pactuada. Em ordem decrescente, foram as seguintes cidades: Palmas, Cuiabá, Curitiba, Recife, Rio Branco, Campo Grande, Fortaleza, Porto Velho e São Paulo.

Três estados alcançaram menos de 20% das metas pactuadas. Além de Alagoas e Maranhão, prejudicados pelas lacunas no envio das bases, Pará também apresentou baixa produção de mamografias. As capitais Maceió, Macapá e João Pessoa alcançaram os menores valores para o indicador de razão de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos.

II – A qualidade da coleta do exame citopatológico do colo do útero no Brasil de 2007 a 2010: uma análise do epitélio representado na amostra⁴

Em 2006, a revisão da *Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais*, trouxe nova avaliação para a qualidade do exame citopatológico, na qual a descrição da representatividade celular passou a ser informação obrigatória no laudo do exame. Em 2011, as *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero* foram atualizadas e publicadas, corroborando a importância da análise da representatividade do epitélio como um indicador da qualidade da coleta.

Após classificar o exame como adequado para leitura (satisfatório), é necessário verificar a representatividade da Zona de Transformação (ZT), uma vez que é principalmente nessa área que surgem as lesões precursoras do câncer do colo do útero (Figura 3).

A amostra coletada pode apresentar epitélios escamoso, glandular e metaplásico. Estudos transversais demonstraram maior concentração de alterações citológicas em amostras com presença de epitélio representativo da ZT.

As lesões precursoras do câncer do colo do útero surgem principalmente na ZT entre o epitélio ectocervical escamoso de várias camadas e o epitélio endocervical colunar.

Dessa forma, verificou-se a qualidade da coleta do exame citopatológico do câncer do colo do útero a partir do índice de representatividade da ZT observado no país e sua relação com a positividade dos exames citopatológicos do colo do útero.

Para tanto, realizou-se um estudo descritivo da representatividade do epitélio nas amostras de citopatologia do colo do útero coletadas entre 2007 e 2010, registradas no banco de dados do SISCOLO. Os dados foram tabulados a partir da base nacional.

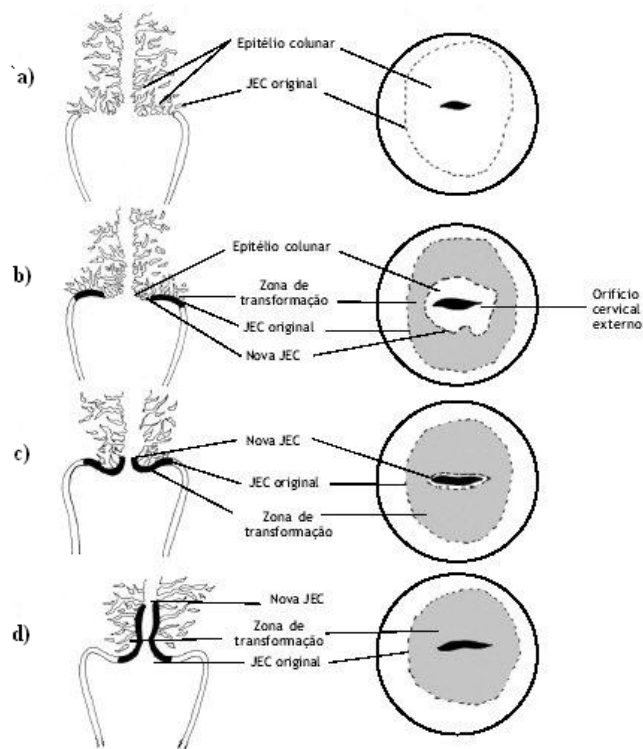


Figura 3. Localização da junção escamocolunar (JEC) e zona de transformação; (a) depois da puberdade e no início da vida reprodutiva; (b) em uma mulher na casa dos 30 anos; (c) em uma mulher na perimenopausa; (d) em uma mulher na pós-menopausa

Fonte: Adaptado de International Agency for Research on Cancer (IARC). *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia. A Beginner's Manual*. Edited by J.W. Sellors and R. Sankaranarayanan. Lyon, 2003

Consideraram-se, com representatividade da ZT, as amostras com presença de epitélios metaplásico e/ou glandular no material examinado. Os dados foram analisados segundo a faixa etária (até 49 anos ou 50 anos ou mais) e índice de positividade. Para a faixa etária, utilizou-se como ponto de corte a idade aproximada do início da menopausa e classificou-se como positivo todo exame com pelo menos uma alteração, desde atipias de significado indeterminado a adenocarcinoma invasor.

Cálculo do Indicador:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ amostras com representatividade da ZT}^1}{\text{n}^\circ \text{ de amostras satisfatórias}}$$

¹ Presença de células metaplásicas e/ou glandulares

Os resultados mostraram que, no período de 2007 a 2010, aproximadamente 40 milhões de exames (99%) foram classificados como satisfatórios; dos quais, 66,1% apresentavam epitélio representativo da ZT. Entretanto, observa-se um decréscimo nesse percentual, passando de 66,7% em 2007 para 62,4% em 2010 (Gráfico 1).

⁴Trabalho apresentado na forma de pôster no VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado pela ABRASCO, em 2011

Tabela 3. Razão entre mamografias em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária. Brasil, jan-dez 2011

UF	Pop.2010 ¹	Necessidade Pactuada		Mamografias Ofertadas		Percentual meta alcançado
		Necessidade de mamografias ²	Meta Anual	Mamografias realizadas	Razão anual	
Acre	36.646	3.298	0,09	2.058	0,06	62,4%
Rio Branco	18.844	1.696	0,09	1.570	0,08	92,6%
Alagoas	216.126	34.580	0,16	3.605	0,02	10,4%
Maceió	72.868	11.659	0,16	1.786	0,02	15,3%
Amapá	29.260	1.463	0,05	653	0,02	44,6%
Macapá	18.465	2.954	0,16	582	0,03	19,7%
Amazonas	171.146	27.383	0,16	16.924	0,10	61,8%
Manaus	102.210	20.442	0,20	16.293	0,16	79,7%
Bahia	1.040.092	135.212	0,13	75.304	0,07	55,7%
Salvador	228.592	48.004	0,21	22.677	0,10	47,2%
Ceará	625.403	50.032	0,08	25.107	0,04	50,2%
Fortaleza	198.080	15.846	0,08	13.184	0,07	83,2%
Distrito Federal	185.709	16.714	0,09	10.713	0,06	64,1%
Espírito Santo	291.786	46.686	0,16	36.360	0,12	77,9%
Vitória	33.439	4.681	0,14	2.931	0,09	62,6%
Goiás	449.111	53.893	0,12	21.266	0,05	39,5%
Goiânia	111.127	15.558	0,14	11.537	0,10	74,2%
Maranhão	404.745	32.380	0,08	4.203	0,01	13,0%
São Luiz	68.884	4.822	0,07	1.473	0,02	30,5%
Mato Grosso	195.208	17.569	0,09	16.174	0,08	92,1%
Cuiabá	41.861	3.767	0,09	5.885	0,14	156,2%
Mato Grosso do Sul	186.291	26.081	0,14	19.588	0,11	75,1%
Campo Grande	65.726	10.516	0,16	9.475	0,14	90,1%
Minas Gerais	1.730.927	276.948	0,16	185.511	0,11	67,0%
Belo Horizonte	241.731	41.094	0,17	28.720	0,12	69,9%
Pará	414.999	29.050	0,07	5.370	0,01	18,5%
Belém	110.598	15.484	0,14	3.507	0,03	22,6%
Paraíba	300.574	27.052	0,09	10.234	0,03	37,8%
João Pessoa	61.973	9.916	0,16	1.933	0,03	19,5%
Paraná	919.403	183.881	0,20	114.089	0,12	62,0%
Curitiba	169.817	33.963	0,20	38.759	0,23	114,1%
Pernambuco	699.814	69.981	0,10	73.419	0,10	104,9%
Recife	150.382	18.046	0,12	17.505	0,12	97,0%
Piauí	233.723	23.372	0,10	9.151	0,04	39,2%
Teresina	61.831	18.549	0,30	5.450	0,09	29,4%
Rio de Janeiro	1.625.470	195.056	0,12	88.987	0,05	45,6%
Rio de Janeiro	704.683	42.281	0,06	25.958	0,04	61,4%
Rio Grande do Norte	238.131	28.576	0,12	11.346	0,05	39,7%
Natal	69.009	8.971	0,13	4.466	0,06	49,8%
Rio Grande do Sul	1.103.488	187.593	0,17	76.232	0,07	40,6%
Porto Alegre	164.364	24.655	0,15	9.696	0,06	39,3%
Rondônia	92.952	6.507	0,07	5.382	0,06	82,7%
Porto Velho	23.289	2.329	0,10	1.888	0,08	81,1%
Roraima	20.939	3.350	0,16	1.214	0,06	36,2%
Boa Vista*	13.674	-	-	1.095	0,08	-
Santa Catarina	541.039	119.029	0,22	64.768	0,12	54,4%
Florianópolis	41.483	6.637	0,16	3.196	0,08	48,2%
São Paulo	3.785.266	605.643	0,16	533.010	0,14	88,0%
São Paulo	1.085.417	173.667	0,16	138.989	0,13	80,0%
Sergipe	143.442	15.779	0,11	8.254	0,06	52,3%
Aracaju	46.175	5.079	0,11	3.299	0,07	65,0%
Tocantins	82.422	6.594	0,08	4.507	0,05	68,4%
Palmas	9.632	771	0,08	1.279	0,13	166,0%
Brasil	15.764.112	2.522.258	0,16	1.423.429	0,09	56,4%

¹ População de 2010 ainda sem a estimativa 2011 / ² N° de mamografias que devem ser realizadas para atingir a meta pactuada em 2011

*De acordo com o relatório do SISPACTO, Boa Vista não pactuou meta para este indicador em 2011

Fonte: DATASUS/SISMAMA, 2012. Acesso em 6/3/2012

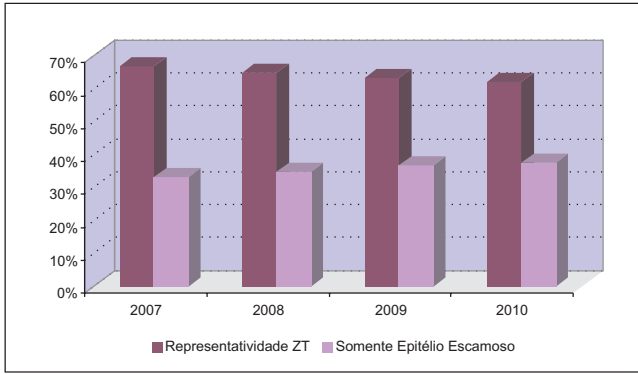


Gráfico 1. Representatividade da Zona de Transformação (ZT) nos exames citopatológicos do colo do útero. Brasil, 2007 a 2010
Fonte: SISCOLO/DATASUS

A análise por grupo etário buscou diferenciar mulheres mais jovens daquelas na peri ou pós-menopausa, uma vez que estas últimas possuem maior probabilidade de apresentarem mucosa vaginal atrófica, interferindo na coleta de uma amostra com representatividade da ZT.

Observou-se que, entre as mulheres com menos de 49 anos, a representatividade da ZT no período foi de 68,5%, variando entre 70% em 2007 a 67% em 2010. Entre as mulheres com 50 anos ou mais, 50% dos exames foram representativos da ZT, mas também se observou um decréscimo entre 2007 e 2010, de 53% para 47%, respectivamente (Gráfico 2).

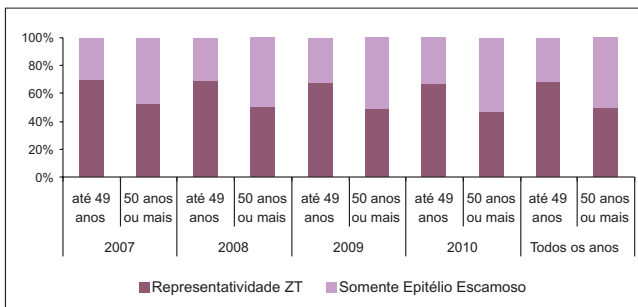


Gráfico 2. Representatividade da Zona de Transformação (ZT) nos exames citopatológicos do colo do útero, por grupo etário e ano. Brasil, 2007 a 2010
Fonte: SISCOLO/DATASUS

No Brasil, a positividade é de 2,7%. Na análise que considerou a representatividade da ZT, a positividade foi três vezes maior para os exames que tinham representação da ZT (3,7%) do que para aqueles que só apresentavam epitélio escamoso (1,1%) (Gráfico 3). Esse mesmo padrão foi observado quando analisada a positividade estratificada pela faixa etária (Gráfico 4). A não representatividade da JEC pode ser motivo de subdiagnóstico de alterações.

Entre as mulheres mais jovens, o índice de positividade tende a ser maior, em virtude da maior prevalência de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)⁵, cujo potencial de regressão é elevado, em especial naquelas com menos de 30 anos.

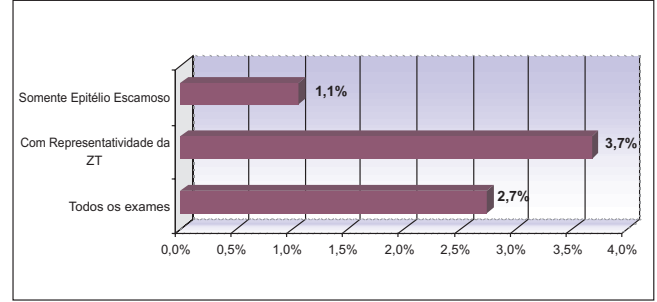


Gráfico 3. Índice de positividade dos exames citopatológicos do colo do útero, por representatividade da Zona de Transformação. Brasil, 2007 a 2010
Fonte: SISCOLO/DATASUS

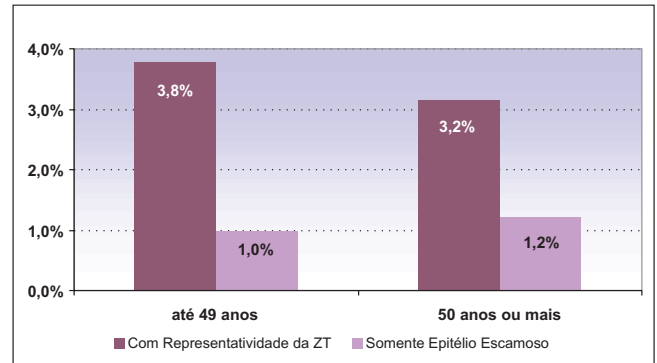


Gráfico 4. Índice de positividade dos exames citopatológicos do colo do útero, por representatividade da Zona de Transformação e faixa etária. Brasil, 2007 a 2010
Fonte: SISCOLO/DATASUS

É muito oportuno que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da ZT nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.

(Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero - 2011)

A representatividade da ZT deve ser interpretada pelo profissional responsável pela coleta antes da apresentação do resultado à mulher, considerando fatores como idade e limitações anatômicas. A ausência de ZT na amostra não é utilizada para classificar uma amostra como insatisfatória, entretanto a diminuição da representatividade da ZT observada no estudo demonstra a necessidade de monitoramento constante e qualificação dos profissionais na coleta para o exame citopatológico.

A coleta realizada de forma correta e adequada é fundamental para a identificação das lesões precursoras, evitando o desperdício de recursos e as consequências desfavoráveis de um resultado falso-negativo.

III – Dicas e Informes Gerais

- O Informativo Detecção Precoce completou dois anos de edição e está em fase de reavaliação. A proposta de acompanhamento de indicadores dos programas de controle dos cânceres do colo do útero e da mama

⁵ Do inglês: *Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion*

se mantém, assim como a apresentação de matérias especiais, dicas e informes. A periodicidade passará a ser quadrimestral, com três edições anuais.

- Como aprimoramento nas ações de detecção precoce do câncer, estão em desenvolvimento as versões web do SISMAMA e do SISCOLO, que serão integradas em um novo sistema denominado Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Esse sistema será vinculado ao sistema de Cadastro Nacional de Saúde e possibilitará a identificação da mulher. Apesar de estar em andamento a portaria que flexibiliza momentaneamente a obrigatoriedade da informação do cartão SUS nos sistemas que utilizam o BPA-I, é fundamental que as coordenações continuem trabalhando na perspectiva de sua efetiva implantação. Os novos formulários a serem utilizados na versão web serão disponibilizados para reprodução assim que for concluído o desenvolvimento do sistema.
- As atividades para o Centro Qualificador de Ginecologistas (CQG) de Palmas, Tocantins, serão iniciadas ainda este mês (março de 2012). Os CQG têm por objetivo final ampliar o acesso e melhorar a efetividade do diagnóstico e do tratamento das lesões precursoras, por meio da

qualificação de ginecologistas da rede de assistência secundária. A qualificação segue alinhada às diretrizes de práticas clínicas vigentes e é embasada na construção de conhecimentos para indicar e realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além de realizar o seguimento de pacientes avaliadas e/ou tratadas.

- O artigo de opinião “Mamografias de rotina, quando começar?”, do médico epidemiologista do INCA, Arn Migowski, foi publicado no jornal carioca O DIA, em 9 de março de 2012, em referência às celebrações do Dia Internacional da Mulher. O texto apresenta uma crítica sobre o excesso de solicitação de mamografias em faixa etária. O artigo pode ser acessado em: <http://odia.ig.com.br/portal/opiniaio/arn-migowski-mamografias-de-rotina-quando-comecar-1.417207>.
- O VIII Encontro Nacional para o Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama tem data prevista para 23 a 25 de maio de 2012, no Rio de Janeiro. O Encontro será uma oportunidade para compartilhar experiências e dificuldades na implementação das ações do Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer e apontar estratégias para fortalecer o trabalho nos três níveis de gestão.

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 Ações Estratégicas (CGAE)
Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica (DARAO)
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 Ações Estratégicas (CGAE)
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 e Jeane Glauca Tomazelli.
Coordenação de elaboração: Maria Beatriz Kneipp Dias. **Supervisão Editorial:** Leticia Casado. **Edição:** Taís Facina. **Revisão:** Maria Helena Rossi Oliveira. **Projeto Gráfico e Diagramação:** Cecília Pachá.

APOIO



Ministério da
Saúde

