



Informativo

DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 4, nº 2 – maio-agosto / 2013

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

Neste Informativo, serão abordados os indicadores de qualidade dos laboratórios de citopatologia do colo do útero previstos na Portaria nº 1.504, de 23 de julho de 2013, que institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito). Essa medida surgiu como resultado do trabalho sobre a qualidade do exame citopatológico cervicouterino em anos recentes questão primordial para a efetividade das ações de controle do câncer do colo do útero.

A garantia de qualidade do exame citopatológico foi uma das ações prioritizadas no Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, lançado nacionalmente em 2011.

Espera-se que as informações aqui trazidas contribuam para maior compreensão das questões envolvidas na qualidade do exame citopatológico e subsidiem as ações gerenciais nessa área.

Escala de produção dos laboratórios de citopatologia

A literatura e a experiência dos países com programas de rastreamento organizado apontam que a escala de produção é de grande relevância para a qualidade da leitura das lâminas de exame citopatológico. Isso ocorre porque as lesões suspeitas são relativamente raras (de 3% a 10% das amostras) e é necessário um maior volume de exames para que o profissional possa se familiarizar com elas e adquirir experiência. É importante, então, que o laboratório processe um número mínimo de exames por ano para adquirir um nível satisfatório de competência.

Recomenda-se que os laboratórios tenham produção mínima de 15 mil exames por ano, exceto laboratórios vinculados aos hospitais habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), hospitais universitários e laboratórios de monitoramento externo (conforme art. 10 da Portaria supracitada). Isso significa dizer que 60 exames, aproximadamente, serão processados por dia pelo laboratório, o que pode ser uma quantidade pequena, dependendo do número de profissionais que farão a leitura.

A Tabela 1 traz a distribuição dos laboratórios por escala de produção. Há grande concentração de laboratórios com escala de produção menor do que 5 mil exames por ano, com destaque para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Tais prestadores respondem por cerca de 20% da produção dessas regiões. Em diversas localidades, à medida que há aumento da escala de produção, há diminuição do quantitativo de laboratórios, como esperado. No Norte, existem apenas 10 laboratórios que realizam mais de 15 mil exames por ano e são responsáveis por quase 60% da leitura das lâminas dessa região. As situações do Pará, com 75 prestadores que realizam menos de 5 mil exames por ano, e do Amapá, cujo único prestador também produz menos de 5 mil exames por ano, são críticas. O Sudeste tem 71 laboratórios com produção acima de 15 mil exames por ano, os quais realizam a análise de, aproximadamente, 70% das lâminas dessa região. Nesse cenário nacional, observa-se um quantitativo significativo de laboratórios (n=739) respondendo pela produção de menos de 14% dos exames, enquanto apenas 12% dos laboratórios (n=144) realizam quase 60% da produção de exames no Sistema Único de Saúde (SUS).

A pulverização de laboratórios no Brasil compromete tanto a escala de produção dessas unidades quanto a experiência dos profissionais que fazem a leitura das lâminas. Com isso, aumenta a possibilidade de laudos falsos-negativos. Além disso, a situação de baixa produção de muitos prestadores gera ineficiência econômica para a implantação do Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ), comprometendo a efetividade do rastreamento do câncer do colo do útero. Os exames devem ser prioritariamente realizados em unidades laboratoriais que tenham escala de produção e também bons indicadores de qualidade.

Ressalta-se que essa análise da produção considera apenas os exames realizados pelo SUS, ou seja, caso algum laboratório também realize exames para rede privada ou planos de saúde, esses não foram considerados.

Qualidade do exame citopatológico do colo do útero

A citologia do colo do útero envolve profissionais com diferentes formações, experiências e graus de responsabilidade¹, caracterizando-se como um método subjetivo, dependente de treinamento, experiência e até mesmo das condições de trabalho do examinador.

¹ Collaço LM, de Noronha L, Bleggi-Torres LF, Pinheiro DL. Quality control in cervical cancer screening: Brazilian experience. Acta Cytologica. 2005;49:694-696.

O controle de qualidade em citopatologia baseia-se em técnicas de detecção, correção e redução de deficiências do processo de produção dentro do laboratório. Por meio do controle de qualidade, os procedimentos são aperfeiçoados e o laboratório consegue diminuir a ocorrência de erros. Além disso, evidencia erros na coleta do material, apontando para a necessidade de capacitação técnica dos profissionais que fazem a coleta.

O MIQ e o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) compõem o controle de qualidade em citopatologia. O primeiro é um sistema de controle da qualidade de exames realizado com base em critérios de avaliação e registro dos resultados encontrados, permitindo identificar em que parte do processo é necessário investir em melhorias. Possibilita descobrir se o material coletado apresentou problemas antes de chegar ao laboratório ou se esses ocorreram nos procedimentos do próprio laboratório. Assim, pode-se identificar as causas de erro, avaliar o desempenho e propor melhorias no diagnóstico. Já o MEQ compreende diferentes formas de reavaliação do produto final e de seus executores, sendo realizado por pessoal externo ao laboratório de origem².

O *Manual de Qualidade em Citopatologia*, publicado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) em 2012, traz os indicadores de MIQ reafirmados na Portaria nº 1.504, entre outras instruções. Esses indicadores são apresentados e comentados a seguir.

Indicadores de Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos laboratórios de citopatologia do colo do útero

Para todos os indicadores a seguir, deve-se considerar sempre o mesmo local (estado, município ou laboratório) e período de tempo para o numerador e denominador.

A fonte de informação para coleta dos dados é o Sistema de Informação de Câncer (Siscan) ou o sistema vigente, tanto no módulo prestador de serviço como no coordenação. Pela página do DATASUS, www.datasus.gov.br. Também é possível fazer esse acompanhamento pelos dados do Sisco.

Para verificar a qualidade de cada laboratório, a unidade de análise deve ser o prestador de serviço.

Tabela 1. Distribuição de laboratórios segundo escala de produção e exames realizados, Brasil, 2012

Prestador serviço	Quant. exames	Total lab.	Laboratórios ≤ 5.000 exames				Laboratórios > 5.000 e < 10.000 exames				Laboratórios > 10.000 e < 15.000 exames				Laboratórios ≥ 15.000 exames			
			Laboratórios		Exames		Laboratórios		Exames		Laboratórios		Exames		Laboratórios		Exames	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	538.111	121	96	79,3	96.223	17,9	10	8,3	71.059	13,2	5	4,1	57.275	10,6	10	8,3	313.554	58,3
Acre	57.265	2	1	50,0	215	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	57.050	99,6
Amapá	4.109	1	1	100,0	4.109	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amazonas	162.679	15	10	66,7	10.388	6,4	1	6,7	9.653	5,9	0	0,0	0	0,0	4	26,7	142.638	87,7
Pará	117.590	80	75	93,8	68.316	58,1	4	5,0	24.749	21,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	24.525	20,9
Rondônia	86.958	7	2	28,6	668	0,8	0	0,0	0	0,0	2	28,6	22.581	26,0	3	42,9	63.709	73,3
Roraima	26.210	3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	14.338	54,7	1	33,3	11.872	45,3	0	0,0	0	0,0
Tocantins	83.300	13	7	53,8	12.527	15,0	3	23,1	22.319	26,8	2	15,4	22.822	27,4	1	7,7	25.632	30,8
Nordeste	2.588.180	418	284	67,9	567.806	21,9	73	17,5	522.771	20,2	26	6,2	305.083	11,8	35	8,4	1.192.520	46,1
Alagoas	94.181	39	34	87,2	39.313	41,7	2	5,1	12.710	13,5	2	5,1	21.847	23,2	1	2,6	20.311	21,6
Bahia	613.588	116	90	77,6	181.148	29,5	11	9,5	78.064	12,7	8	6,9	92.018	15,0	7	6,0	262.358	42,8
Ceará	444.158	41	16	39,0	46.471	10,5	14	34,1	102.559	23,1	4	9,8	49.638	11,2	7	17,1	245.490	55,3
Maranhão	226.798	61	49	80,3	90.517	39,9	7	11,5	45.681	20,1	3	4,9	39.291	17,3	2	3,3	51.309	22,6
Paraíba	260.969	30	17	56,7	26.317	10,1	7	23,3	47.946	18,4	1	3,3	10.411	4,0	5	16,7	176.295	67,6
Pernambuco	485.045	53	33	62,3	68.607	14,1	7	13,2	50.804	10,5	4	7,5	47.388	9,8	9	17,0	318.246	65,6
Piauí	167.713	32	20	62,5	35.638	21,2	10	31,3	74.899	44,7	1	3,1	11.045	6,6	1	3,1	46.131	27,5
Rio Grande do Norte	195.001	27	10	37,0	30.904	15,8	13	48,1	90.664	46,5	2	7,4	23.266	11,9	2	7,4	50.167	25,7
Sergipe	100.727	19	15	78,9	48.891	48,5	2	10,5	19.444	19,3	1	5,3	10.179	10,1	1	5,3	22.213	22,1
Sudeste	4.580.487	416	232	55,8	401.441	8,8	73	17,5	525.979	11,5	40	9,6	499.121	10,9	71	17,1	3.153.946	68,9
Espírito Santo	280.981	48	31	64,6	47.273	16,8	6	12,5	39.380	14,0	4	8,3	48.195	17,2	7	14,6	146.133	52,0
Minas Gerais	1.275.058	146	73	50,0	165.934	13,0	36	24,7	265.003	20,8	17	11,6	215.440	16,9	20	13,7	628.681	49,3
Rio de Janeiro	415.457	73	59	80,8	72.982	17,6	6	8,2	41.410	10,0	5	6,8	59.793	14,4	3	4,1	241.272	58,1
São Paulo	2.608.991	149	69	46,3	115.252	4,4	25	16,8	180.186	6,9	14	9,4	175.693	6,7	41	27,5	2.137.860	81,9
Sul	1.608.143	145	65	44,8	151.602	9,4	49	33,8	359.999	22,4	14	9,7	172.875	10,7	17	11,7	923.667	57,4
Paraná	657.215	19	8	42,1	14.016	2,1	7	36,8	56.057	8,5	3	15,8	34.225	5,2	1	5,3	552.917	84,1
Rio Grande do Sul	603.704	79	33	41,8	84.290	14,0	29	36,7	214.038	35,5	8	10,1	97.078	16,1	9	11,4	208.298	34,5
Santa Catarina	347.224	47	24	51,1	53.296	15,3	13	27,7	89.904	25,9	3	6,4	41.572	12,0	7	14,9	162.452	46,8
Centro-Oeste	671.219	96	62	64,6	126.595	18,9	17	17,7	119.068	17,7	6	6,3	70.297	10,5	11	11,5	355.259	52,9
Distrito Federal	114.861	4	3	75,0	3.799	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	111.062	96,7
Goiás	191.463	50	37	74,0	70.555	36,9	8	16,0	56.982	29,8	4	8,0	47.728	24,9	1	2,0	16.198	8,5
Mato Grosso	182.710	33	21	63,6	51.833	28,4	8	24,2	56.439	30,9	1	3,0	11.185	6,1	3	9,1	63.253	34,6
Mato Grosso do Sul	182.185	9	1	11,1	408	0,2	1	11,1	5.647	3,1	1	11,1	11.384	6,2	6	66,7	164.746	90,4
Brasil	9.986.140	1.196	739	61,8	1.343.667	13,5	222	18,6	1.598.876	16,0	91	7,6	1.104.651	11,1	144	12,0	5.938.946	59,5

Fonte: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Sisco)/Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Acesso em: 05/04/2013.

² American Society of Cytopathology. Cervical cytology practice guideline. *Diagn Cytopathol.* 2001;25(1):3-24.

1. Percentual de exames insatisfatórios

A insatisfatoriedade da amostra é um problema diretamente relacionado à coleta do material, sendo principalmente reflexo da coleta inadequada e, em menor frequência, de questões relacionadas ao organismo da mulher.

O percentual de amostras insatisfatórias traz informação sobre quantas amostras foram consideradas inadequadas ou insuficientes para diagnóstico.

Apesar de o padrão de qualidade estabelecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) fixar em até 5% o limite para esse indicador³, sua meta é tender a zero para garantir maior efetividade da ação de rastreamento.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ exames citopatológicos insatisfatórios}}{\text{N}^\circ \text{ total de exames citopatológicos}} \times 100$$

A análise desse indicador por estado pode mascarar a realidade de algumas localidades ao apresentar valor médio positivo. O percentual de amostras insatisfatórias em nível municipal revela melhor a deficiência de alguns locais na realização da coleta e permite orientar a formulação de planos de ação e investimento na qualificação profissional nas áreas com problemas.

A Figura 1 traz informações sobre o percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% para os estados e o Distrito Federal. A análise mostra que, em Pernambuco, mais de 50% dos municípios têm amostras insatisfatórias acima de 5%, seguido do Rio Grande do Norte e do Amapá. Bahia e Maranhão também aparecem com mais de 10% dos seus municípios nessa situação.

O alto percentual de amostras insatisfatórias realça problemas de coleta e fixação das lâminas, o que gera desperdício de recursos materiais e gastos desnecessários ao SUS. Além disso, a repetição do exame citopatológico provoca insegurança e desconforto para a mulher.

2. Índice de positividade

O índice de positividade mostra o percentual de exames com alterações celulares no total de exames avaliados (exames satisfatórios). O rastreamento é eficiente para detectar lesões na população examinada quando esse índice atinge um patamar esperado. As alterações celulares referem-se aos casos a seguir:

- células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US);
- células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
- células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas;
- células glandulares atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau;
- células atípicas de origem indefinida possivelmente não neoplásicas;
- células atípicas de origem indefinida quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau;
- lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL);
- lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);
- lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão;
- carcinoma epidermoide invasor;
- adenocarcinoma *in situ* (AIS);
- adenocarcinoma invasor.

As células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC) incluem os casos de ASC-US e ASC-H. Não é uma anormalidade, mas uma dúvida diagnóstica, pois as alterações celulares presentes na amostra são insuficientes para o diagnóstico de lesão intraepitelial. É importante frisar que o ASC pode ser usado de modo exagerado em caso de incerteza. Com isso, ele se torna mais frequente do que o diagnóstico de lesão intraepitelial escamosa (SIL) de baixo e alto graus. Percentuais altos de ASC podem estar relacionados a problemas na amostra, na análise realizada pelo laboratório ou em ambas. Para a assistência, altos índices de ASC corroboram a necessidade de a mulher repetir o exame.

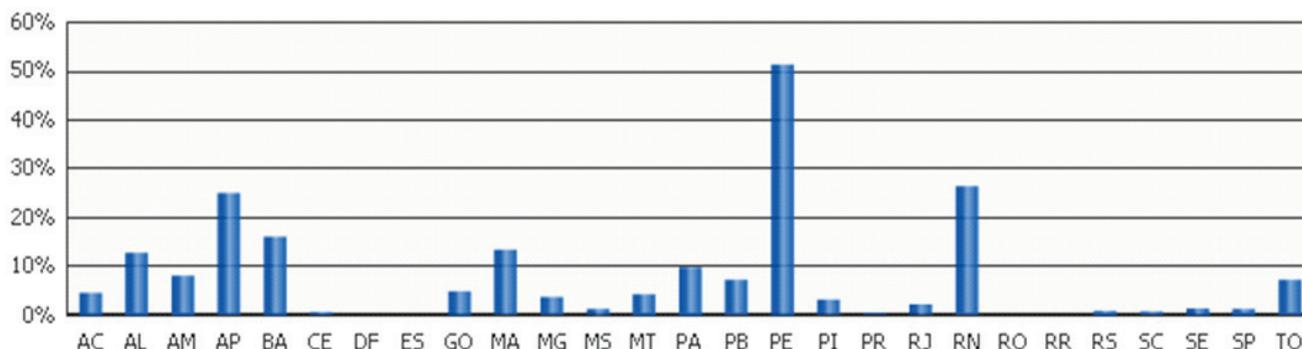


Figura 1. Percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, Brasil, 2012

Fonte: Painel de Indicadores do Câncer do Colo de Útero. Disponível em: www.inca.gov.br/utero. Acesso em: 15/07/2013.

³ Marret LD. A conceptual model for an information system for cervical cancer screening programs in Latin America and Caribbean. OPAS, 2000.

⁴ 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.

⁵ 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(2):86-91.

⁶ NHS Cancer Screening Programmes. NHS Cervical Screening Programme Statistical Bulletin (England 2010- 11). Disponível em: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/statistics.html>. Acesso em: 29 de julho de 2013.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames citopatológicos com resultados alterados}}{\text{N}^\circ \text{ de exames citopatológicos satisfatórios}} \times 100$$

Não existem parâmetros que definam precisamente o percentual adequado de positividade. Em países onde o rastreamento foi bem-sucedido na diminuição das taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, como Estados Unidos, Noruega e Reino Unido, o percentual de positividade observado foi 6,8%⁴, 4,9%⁵ e 6,4%⁶, respectivamente. Assim, considera-se a seguinte classificação para a positividade:

- Muito baixa: menor que 2%.
- Baixa: entre 2% e 2,9%.
- Esperada: entre 3% e 10%.
- Acima do esperado: maior que 10%, deve-se considerar que tais prestadores podem atender serviços de referência secundária em patologia do colo do útero.

3. Percentual de Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado – ASC/Satisfatórios

Esse indicador evidencia a quantidade de exames classificados como ASC no total de exames que puderam ter a leitura realizada (exames satisfatórios).

Espera-se que, no máximo, de 4% a 5% dos exames sejam classificados como ASC. Valores superiores podem indicar necessidade de treinamento dos profissionais do laboratório⁷.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames com ASC-US e ASC-H}}{\text{Total de exames satisfatórios}} \times 100$$

4. Percentual de Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado – ASC/Alterados

Esse indicador mostra o percentual de exames, entre os alterados, que não pode ser classificado como casos de lesão intraepitelial. Permite evidenciar quantos exames, entre os positivos, não têm o diagnóstico conclusivo de lesão intraepitelial.

Apesar de não existir um parâmetro definido para esse indicador, o percentual de ASC entre os exames alterados não deve ultrapassar 60% dos casos, segundo recomendação do INCA, ratificada pela Portaria no 1.504.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames com ASC-US e ASC-H}}{\text{Total de exames alterados}} \times 100$$

5. Razão entre Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado e Lesão Intraepitelial Escamosa – ASC/SIL

A razão ASC/SIL mostra a relação entre a frequência de resultados ASC e SIL encontrados. Permite verificar a dificuldade técnica em perceber alterações intraepiteliais escamosas (SIL) de baixo e alto grau. A não identificação de SIL influencia a decisão da conduta clínica a ser seguida.

Recomenda-se uma relação ASC/SIL não superior a 2 ou 3 casos de ASC para cada caso de SIL diagnosticado⁸.

Laboratórios com as razões ASC/SIL muito altas necessitam determinar a causa e rever os critérios citológicos tanto de ASC quanto de SIL.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames com ASC-US e ASC-H}}{\text{N}^\circ \text{ de exames com LSIL e HSIL}^*}$$

* Para cálculo desse indicador, as lesões intraepiteliais escamosas incluem os casos de baixo grau (LSIL) e alto grau (HSIL).

6. Percentual de Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau - HSIL/Satisfatórios

As lesões intraepiteliais de alto grau são as verdadeiramente precursoras do câncer do colo do útero, ou seja, aquelas que apresentam efetivo potencial para progressão, o que torna sua detecção o objetivo primordial do programa de rastreamento⁹.

O percentual de lesões de alto grau para todos os exames satisfatórios ficou acima de 0,5%¹⁰ para países bem-sucedidos na estratégia de rastreamento por câncer do colo do útero.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames HSIL}}{\text{Total de exames satisfatórios}} \times 100$$

A informação dos indicadores de qualidade interna dos laboratórios é apresentada na Tabela 2. Nota-se que, no Brasil, a quase totalidade dos exames são satisfatórios e, em média, cerca de 3% desses têm resultados alterados. O índice de positividade (IP) é baixo. Nove estados têm índices muito baixos, destacados em vermelho. Apenas sete estados e o Distrito Federal têm positividade esperada (realce em verde). Apesar de o percentual de ASC estar dentro da faixa esperada (de 4% a 5% de ASC entre os exames satisfatórios), a avaliação conjunta com a positividade revelou que um percentual expressivo de exames alterados trata-se de ASC. Sudeste, Sul e Centro-Oeste foram as regiões que mais tiveram exames positivos classificados como ASC. Tocantins, Ceará, São Paulo e Santa Catarina destacam-se com 60% ou mais de ASC entre os exames positivos.

⁷ Miller AB, Nazeer S, Fonn S, Brandup-Lukanow A, Rehman R, Cronje H, et al. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. *Int J Cancer*. 2000;86(3):440-7. International Agency for Research on Cancer. Cervix cancer screening. Lyon: IARC Press; 2005. 302 p. (IARC handbooks of cancer prevention; vol. 10).

⁸ Kurman RJ, Solomon D, editors. The Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. New York: Springer-Verlag; 1994.

⁹ IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2007;90:1-636.

¹⁰ Bortolon PC, Silva MAF, Corrêa FM, Dias MBK, Knupp VMAO, Assis M, Claro IB. Avaliação da Qualidade dos Laboratórios de Citopatologia do Colo do Útero no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 435-444.

Para ASC/SIL, nenhuma localidade teve razão maior que três, limite máximo encontrado em outros países. O percentual de HSIL ficou abaixo de 0,5% para as grandes regiões e para o Brasil. Somente Roraima e Rondônia apresentaram percentuais acima desse valor.

É importante frisar que a correta identificação das lesões precursoras do câncer do colo do útero, com confirmação diagnóstica, acesso ao tratamento e seguimento, é o que realmente evita a evolução da lesão para o câncer e contribui efetivamente para a diminuição de sua incidência e mortalidade.

Os resultados evidenciam a necessidade de se contar com serviços laboratoriais que tenham bons indicadores de qualidade e escala de produção suficiente para garantir tanto a qualificação profissional quanto o investimento em monitoramento interno da qualidade.

Destaca-se que os indicadores foram calculados para o conjunto de exames realizados por todos os prestadores das Unidades Federativas (UF) e que a aplicação dos indicadores a cada prestador pode expressar padrão diferente, sendo fundamental que essa análise seja realizada localmente, por prestador, de modo a permitir ações direcionadas que irão impactar nos resultados apresentados.

7. Tempo médio de liberação dos exames citopatológicos

Esse indicador está relacionado ao tempo para a liberação do laudo do exame citopatológico, considerando a data de entrada no laboratório até a data final de conclusão do resultado. Permite avaliar o desempenho dos laboratórios no processamento das lâminas.

Tabela 2. Indicadores de qualidade dos laboratórios de citopatologia do colo do útero, Brasil, 2012

UF	Total exames	Satisf.	Exames alterados	IP	% ASC/satisf.	% ASC/alt.	Razão ASC/SIL	% HSIL/Satisf.
Norte	538.111	528.536	14.487	2,7	1,3	46,9	1	0,4
Acre	57.265	56.293	1.161	2,1	0,8	36,9	1	0,4
Amapá	4.109	3.967	17	0,4	0,1	11,8	0	0,1
Amazonas	162.679	158.914	4.279	2,7	1,5	54,5	1	0,3
Pará	117.590	115.525	3.485	3,0	1,2	39,9	1	0,4
Rondônia	86.958	86.037	1.986	2,3	0,9	37,3	1	0,6
Roraima	26.210	25.681	2.156	8,4	3,9	46,2	1	0,9
Tocantins	83.300	82.119	1.403	1,7	1,1	64,9	2	0,2
Nordeste	2.594.392	2.537.482	51.382	2,0	1,0	47,5	1	0,2
Alagoas	99.732	95.564	1.527	1,6	0,8	53,0	1	0,1
Bahia	613.588	599.460	10.300	1,7	0,8	43,9	1	0,3
Ceará	444.158	442.657	10.194	2,3	1,4	60,2	2	0,2
Maranhão	226.798	220.759	3.864	1,8	0,8	46,0	1	0,2
Paraíba	260.969	256.456	3.280	1,3	0,5	35,7	1	0,2
Pernambuco	485.045	465.278	7.792	1,7	0,5	31,6	1	0,3
Piauí	168.374	167.108	4.032	2,4	1,4	56,4	2	0,2
Rio Grande do Norte	195.001	190.230	7.562	4,0	2,1	53,2	1	0,2
Sergipe	100.727	99.970	2.831	2,8	1,2	43,3	1	0,3
Sudeste	4.585.291	4.548.420	146.314	3,2	1,9	59,2	2	0,2
Espírito Santo	280.981	280.518	5.298	1,9	1,0	52,8	1	0,2
Minas Gerais	1.277.018	1.267.939	32.187	2,5	1,4	55,5	1	0,2
Rio de Janeiro	415.457	413.851	16.233	3,9	1,9	49,3	1	0,4
São Paulo	2.611.835	2.586.112	92.596	3,6	2,2	62,5	2	0,2
Sul	1.608.143	1.600.939	33.790	2,1	1,2	58,5	2	0,2
Paraná	657.215	655.123	14.763	2,3	1,3	56,6	1	0,3
Rio Grande do Sul	603.704	600.165	11.357	1,9	1,1	59,7	2	0,2
Santa Catarina	347.224	345.651	7.670	2,2	1,3	60,4	2	0,2
Centro-Oeste	671.219	662.107	24.819	3,7	1,9	50,9	1	0,4
Distrito Federal	114.861	114.571	5.653	4,9	2,4	48,8	1	0,5
Goiás	191.463	188.730	6.587	3,5	1,9	55,2	1	0,4
Mato Grosso	182.710	178.694	5.252	2,9	1,7	57,5	1	0,3
Mato Grosso do Sul	182.185	180.112	7.327	4,1	1,8	44,0	1	0,5
Brasil	9.997.156	9.877.484	270.792	2,7	1,5	55,5	1	0,3

Fonte: Siscolo/DATASUS. Acesso em: 04/07/2013.

O intervalo para entrega do resultado do exame pelos laboratórios auxilia a verificação de possíveis atrasos por parte do prestador, que podem prejudicar a qualidade do processo. Tempo superior a 30 dias pode indicar sobrecarga dos laboratórios, problemas gerenciais internos, entre outros. A análise deve considerar a escala de produção dos prestadores como auxílio à gestão para otimizar e qualificar essa etapa do Programa.

Método de cálculo:

Soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais e a liberação dos laudos em dado período

Total de exames liberados no período

Em 2012, a maior parte dos exames citopatológicos teve seus laudos liberados no máximo em 30 dias, com exceção do Rio de Janeiro, cujo tempo foi superior a 30 dias para cerca de 61% dos exames. Em Roraima, 45% dos exames também tiveram tempo médio de liberação acima de 30 dias. Os laudos foram liberados em até 20 dias após a data de entrada no laboratório na maior parte das UF. Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Goiás, Alagoas, Paraíba e Tocantins apresentaram os maiores percentuais, em ordem decrescente, de liberação do laudo em até 10 dias (Figura 2).

Em busca de melhoria da qualidade do exame citopatológico

Há algum tempo, o tema da qualidade do exame citopatológico vem preocupando os profissionais que lidam

com as ações de controle do câncer do colo do útero. A divulgação da Portaria nº 1.503 é um passo importante para incluir o tema na ordem do dia das coordenações e dos técnicos que atuam na área. Incentivos financeiros diferenciados estão sendo propostos para orientar as práticas no sentido desejado e devem ser conhecidos e apropriados por todos.

Além dos marcos regulatórios, é importante destacar a necessidade de articulação e compromisso das diversas áreas envolvidas na qualidade do exame, como atenção básica, saúde da mulher, controle e avaliação, entre outras, para tornar realidade nacional o que é uma condição básica para o sucesso do rastreamento do câncer do colo do útero.

A informação é estratégica nesse processo. Conheça mais e circule este Informativo entre todos os envolvidos.

Dicas e informes

- Está disponível no site do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero o *Manual de Gestão da Qualidade para Laboratórios de Citopatologia* e as *Planilhas do Manual*. Ambos os documentos podem ser acessados em *Textos de Referência* (acesse www.inca.gov.br/utero).

- O artigo *Avaliação da Qualidade dos Laboratórios de Citopatologia do Colo do Útero no Brasil*, publicado na Revista Brasileira de Cancerologia nº 58, volume 3, em 2012, apresenta o perfil dos laboratórios de citopatologia cervicouterina, analisando indicadores de monitoramento interno da qualidade. A discussão mostra a necessidade de reorganização da rede de laboratórios considerando a qualidade dos prestadores e a escala de produção. O artigo está disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc>.

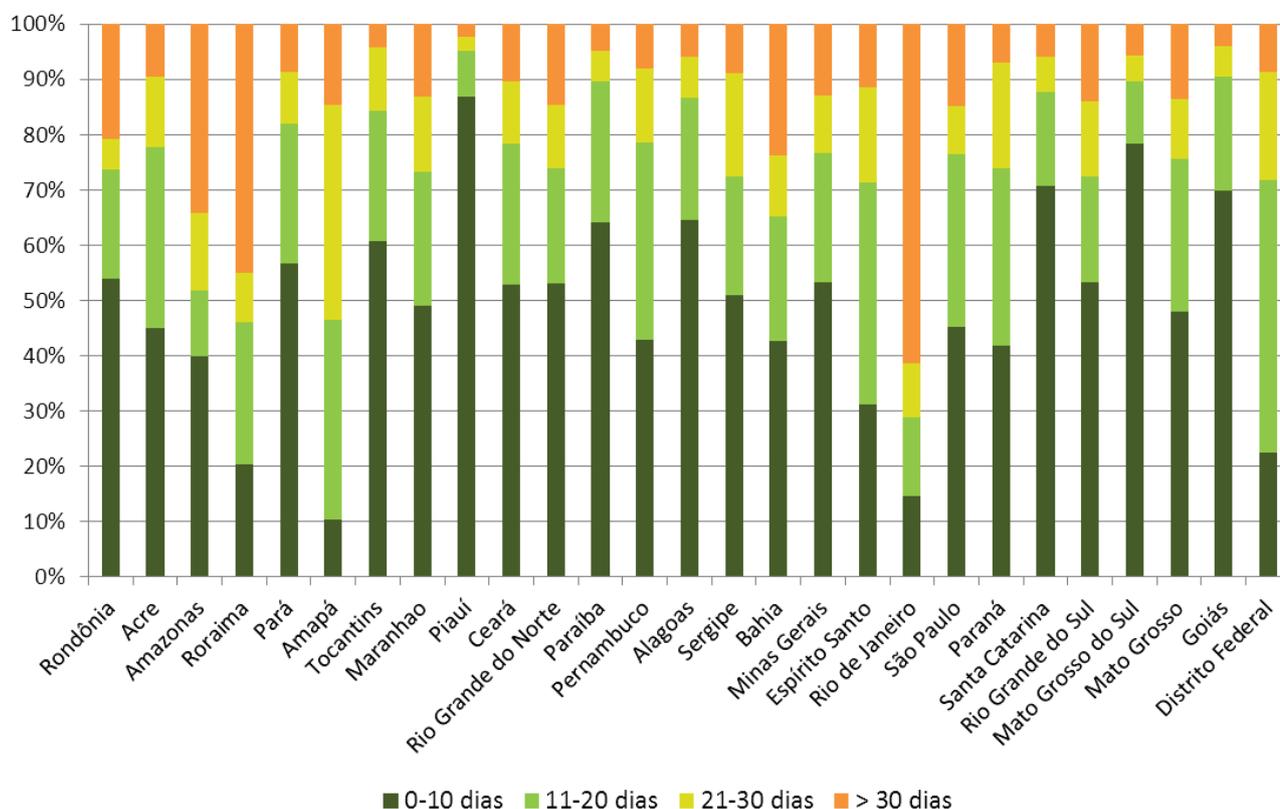


Figura 2. Percentual de exames segundo intervalo de tempo para diagnóstico no laboratório, por UF do prestador de serviço, Brasil, 2012
Fonte: Siscolo/DATASUS. Acesso em: 25/07/2013.

- Em entrevista publicada pela Revista Rede Câncer nº 21, em abril 2013, Marcos Félix e Itamar Bento Claro, técnicos da Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede do INCA, abordaram a importância da qualidade do diagnóstico para a efetividade do rastreamento do câncer do colo do útero. A matéria *Mais Qualidade para a Citopatologia* pode ser lida na íntegra em <http://www.inca.gov.br> (ver Publicações, Periódicos, Revista Rede Câncer).
- A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.504, de 23 de julho de 2013, que institui a *Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (QualiCito)*, foi publicada no dia 24 de julho de 2013, no Diário Oficial da União, seção 1, nas páginas 31, 32 e 33. A Portaria pode ser acessada em www.inca.gov.br/utero, em Legislação.

Expediente:

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

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

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ
ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
Área Técnica de Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero
Área Técnica de Detecção Precoce do Câncer de Mama
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5512/5639
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Edição
Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5979

Elaboração: Paula Chagas Bortolon, Marcos André Felix da Silva, Itamar Bento Claro, Elícia de Oliveira Soares Melo, Danielle Nogueira, Jeane Gláucia Tomazelli, Mônica de Assis

Coordenação: Maria Beatriz Kneipp Dias. *Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede/ Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância /INCA/SAS/MS.* Tel. (21) 3207-5512/5639. e-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

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

APOIO



ELABORAÇÃO



Ministério da
Saúde

