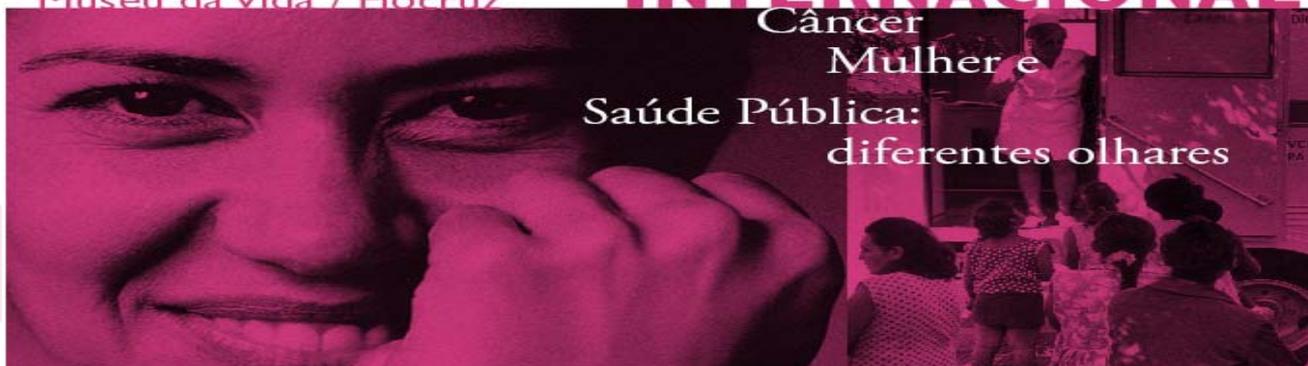


02 de  
dezembro

>> Local <<  
Museu da Vida / Fiocruz

SEMINÁRIO  
INTERNACIONAL



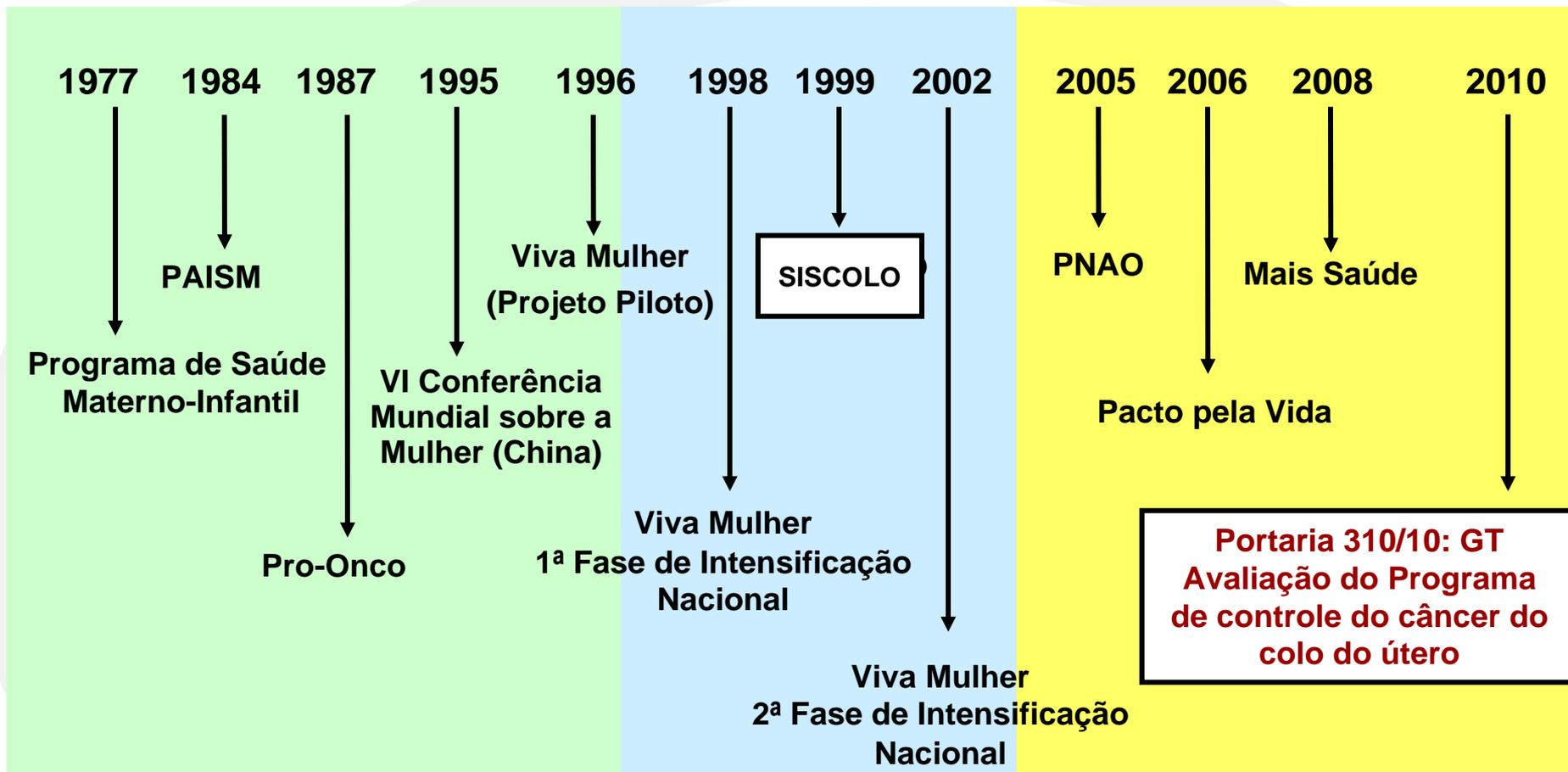
# O câncer de colo do útero no Brasil: Situação atual e novos desafios

*Claudio Pompeiano Noronha*

Coordenação Geral de Ações Estratégicas – CGAE  
Instituto Nacional de Câncer - INCA  
Ministério da Saúde

# Programa nacional de controle do câncer do colo do útero

## Histórico



# CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO BRASIL

## MORBIMORTALIDADE

	NÚMERO	TAXA (*)
➤ <b>NOVOS CASOS (2010)</b>	<b>18.430</b>	<b>18,5</b>
➤ <b>MORTALIDADE (2007)</b>	<b>4.691</b>	<b>4,87</b>
➤ <b>MORBIDADE (2008)</b>	<b>24.997</b>	
(INTERNAÇÕES PAGAS PELO SUS)		

Fonte: Datasus & INCA

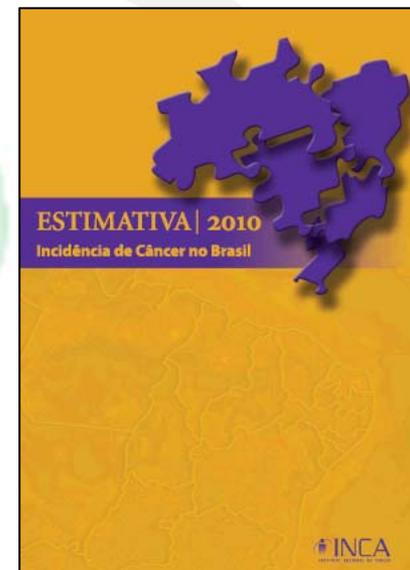
(\*) Taxa bruta por 100 mil mulheres

# Número de casos novos de câncer estimados para 2010 no Brasil

## Mulheres



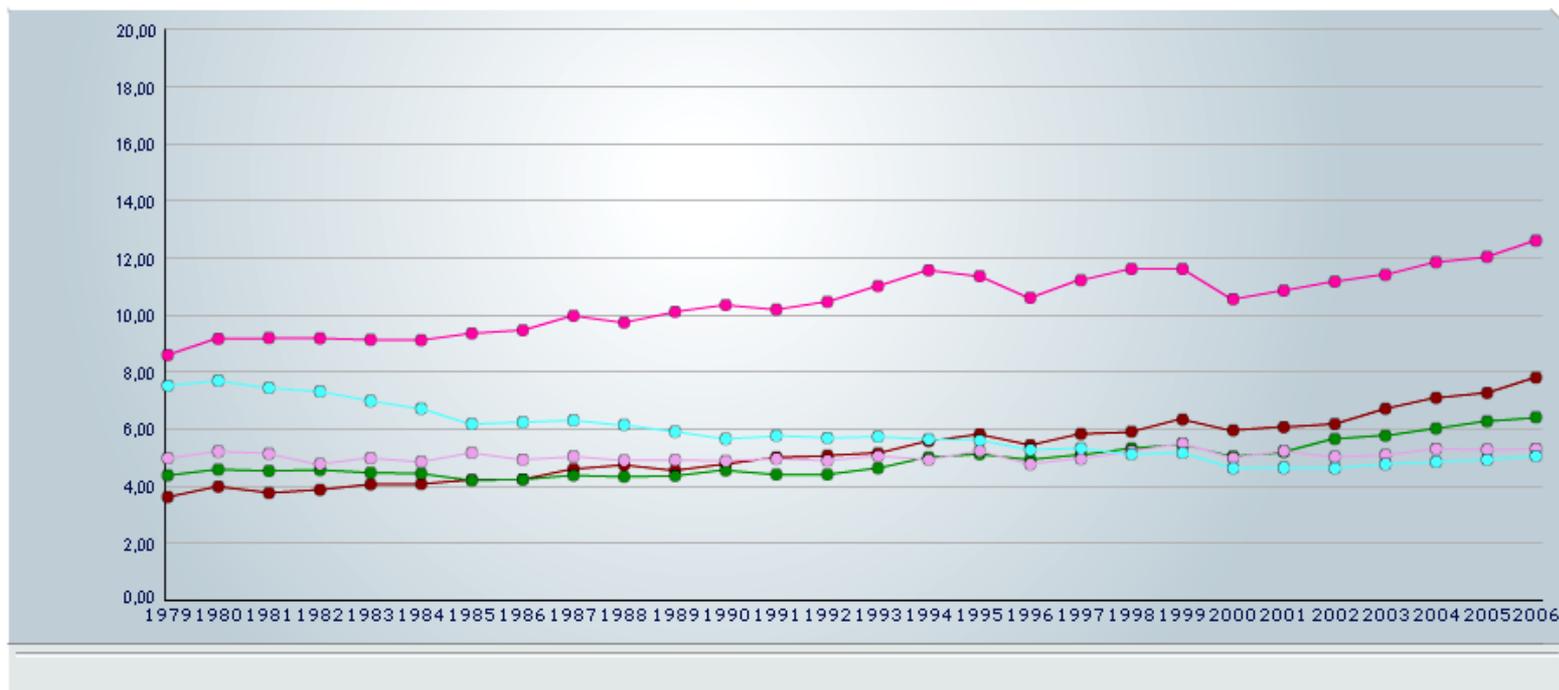
Mama Feminina	49.240	25,6%
Colo do Útero	18.430	9,6%
Cólon e Reto	14.800	7,7%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	9.830	5,1%
Estômago	7.680	4,0%
Leucemias	4.340	2,3%
Cavidade Oral	3.790	2,0%
Pele Melanoma	2.970	1,5%
Esôfago	2.740	1,4%
Outras Localizações	78.770	40,9%
<b>Todas as Neoplasias SEM pele*</b>	<b>192.590</b>	
Todas as Neoplasias	253.030	



\*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma  
Fonte: MS/INCA/ Estimativa de Câncer no Brasil, 2009  
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação



**Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2006, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 Mulheres, Brasil, entre 1979 e 2006.**



● Mama  
 ● Traquéia, Brônquios e Pulmões  
 ● Cólon e Reto  
 ● Colo do útero  
 ● Estômago

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM  
 MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE  
 MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação.

# **Ministério da Saúde**

## **Instituto Nacional de Câncer**

### **RELATÓRIO FINAL**

Este relatório contém as conclusões do Grupo de trabalho constituído pela Portaria GM nº 310 de 10 de fevereiro de 2010 para realizar análise do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e formulação de propostas ao aprimoramento de suas ações.

**Brasília - DF**

Setembro de 2010

# Grupo de trabalho instituído pela portaria MS 310/2010

## INCA

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva (coordenador)  
Cláudio Pompeiano Noronha  
Ana Maria Ramalho Ortigão  
Olimpio Ferreira de Almeida  
Maria Beatriz Kneipp Dias (suplente)  
Lucilia Maria Gama Zardo (suplente)  
José Vicent Payá Neto (suplente)

## SAS

Sandro José Martins  
Maria Inez Pordeu Gadelha (suplente)  
Elizabeth Suzana Wartchow  
Claunara Shilling Mendonça (suplente)

## SCTIE

Zich Moysés Junior  
Flavia Tavares Silva Elias (suplente)

## SVS

Eliane de Fátima Duarte  
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira (suplente)

## ANVISA

Maria Ângela da Paz  
Andressa Honorato de Amorim (suplente)

## COLABORADORES

Ana Paula Reche Correa - SCTI  
Carlos José Coelho de Andrade - INCA  
Claudia Lima - INCA  
Débora Cristina Malafaia Fernandes - INCA  
Flávia Miranda Corrêa - INCA  
Francisca Sonja Ale Girão Farias - SMS - Manaus  
Itamar Bento Claro - INCA

## ANS

Kylza Aquino Estrella  
Claudia Soares Zouain (suplente)

## FIOCRUZ

Fabio Bastos Russomano  
Maria José de Camargo (suplente)

## CONASS

Edmur F. Pastorello  
José Antonio Marques (suplente)

## CONASEMS

Wilton Néri  
Walter Lavinas (suplente)

## FEBRASGO

Etelvino de Souza Trindade  
Walquiria Quida Salles Pereira Primo  
(suplente)

## UF-PARÁ

Paulo Pimentel de Assumpção  
Sônia Fátima da Silva Moreira (suplente)

Lissandra Andion de Oliveira - INCA  
Marcos André Felix da Silva - INCA  
Maria da Graça Cruz Vieira - SESPA - Pará  
Maria Fátima Rossi - SESPA - Tocantins  
Márcia Muniz Cavalcante de Oliveira - SESPA  
- Amazonas

# Programa Nacional de Controle Câncer de Colo do Útero

## componentes fundamentais avaliados pelo GT

- Definição da população alvo, método e intervalo de rastreamento; e meta de cobertura.
- Infra-estrutura assistencial nos três níveis de atenção.
- Sistema de informação para monitorar todo o processo de rastreamento.
- Diretrizes de diagnóstico e tratamento estabelecidas.
- Processo de capacitação e treinamento continuados de profissionais de saúde.
- Informação para a população alvo.
- Garantia da qualidade das ações.
- Compromisso técnico e político dos gestores para continuidades das ações.
- Garantia de suporte financeiro.

# Cronograma de atividades

- 25/03/10** - Apresentação do Relatório elaborado pelo INCA sobre a Região Norte.
- 15/04/10** - Apresentação da planilha elaborada pelos Técnicos da DARAQ, intitulada:
- “Os Avanços e Desafios do Programa de Câncer do Colo do Útero no Brasil” com a finalidade de contribuir à elaboração do documento final de avaliação do Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero.
- 13/05/10** - Apresentação dos estados da Região Norte convidados:
- Pará: Maria da Graça Cruz Vieira
- Tocantins: Maria Fátima Rossi
- Amazonas: Marília Muniz Cavalcante de Oliveira
- 17/06/10** - Discussão sobre a incorporação de novas tecnologias
- 1 - Processo de Incorporação Tecnológica no MS – exposição de Zich Moyses Junior.
- 2 - Estado da Arte sobre Novas Tecnologias de Rastreamento para o Câncer do Colo do Útero – Flavia Miranda.
- 3 - Vacina Contra HPV: Recomendações atuais do MS – Claudio Noronha.
- 4 - Resultados dos Estudos “Patrícia e Future” – Paula Maldonado
- 5 - Evidências sobre Custo e Efetividade – Carlos José C. de Andrade.
- 01/09/10** - Apresentação, discussão e aprovação do Relatório do GT e suas proposições na Reunião do Colegiado de Dirigentes do Ministério da Saúde
- 26/11/10** - Lançamento do Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero.

# 1. Gestão

## Financiamento

### Avaliação

- A existência de uma mesma fonte de financiamento para as ações de assistência e de rastreamento estabelece inexoravelmente uma competição entre ações destinadas aos doentes e aos sadios (rastreamento) com natural prejuízo destes últimos, considerando que o sub financiamento do sistema de saúde leva à restrição de oferta.

### Proposta

- Criar estratégias de incentivo à estruturação gerencial do programa de rastreamento organizado, que embora apresente um custo operacional maior que o atendimento à demanda espontânea, representa uma estratégia altamente custoefetiva.
- Incorporar os exames de rastreamento ao teto de vigilância em saúde, alterando o modelo de financiamento hoje existente.

# 1. Gestão

## Sistema de Informação - SISCOLO

### Avaliação

- Permite o acompanhamento dos indicadores de processo do programa, como, por exemplo, avaliar se a população-alvo está sendo atingida, estimar a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres rastreadas, obter dados sobre a qualidade da coleta de material, calcular o percentual de mulheres em tratamento após a realização do diagnóstico, dentre outros. Como principal ponto fraco do sistema destaca-se a falta de cadastro das mulheres de forma a permitir o pareamento dos exames com uma determinada mulher na unidade de atenção primária.

### Proposta

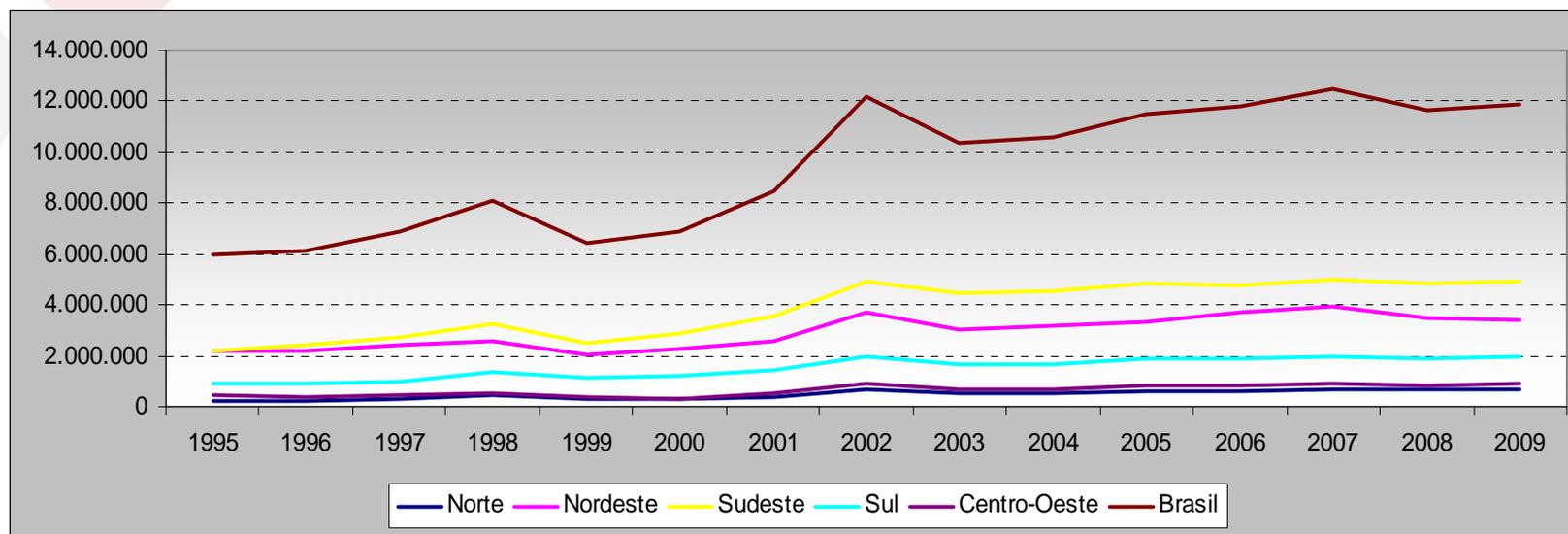
- Aprimorar o SISCOLO e implantar um sistema de informação para a atenção básica que permita a importação/exportação de dados do SISCOLO, para a identificação das mulheres que não realizaram a coleta, condição imprescindível para a implantação do rastreamento organizado.
- Fortalecer a qualificação das equipes gerenciais com ênfase no planejamento e monitoramento das ações, estimulando os gestores para utilização dos indicadores do SISCOLO como ferramenta de planejamento e avaliação do programa.

## 2. Acesso e cobertura

### Avaliação

- A oferta de exames pelo SUS atualmente iguala na rotina o realizado anteriormente nas campanhas.

Número de exames citopatológicos realizados no SUS, por ano, Brasil e Regiões, de 1995 a 2009



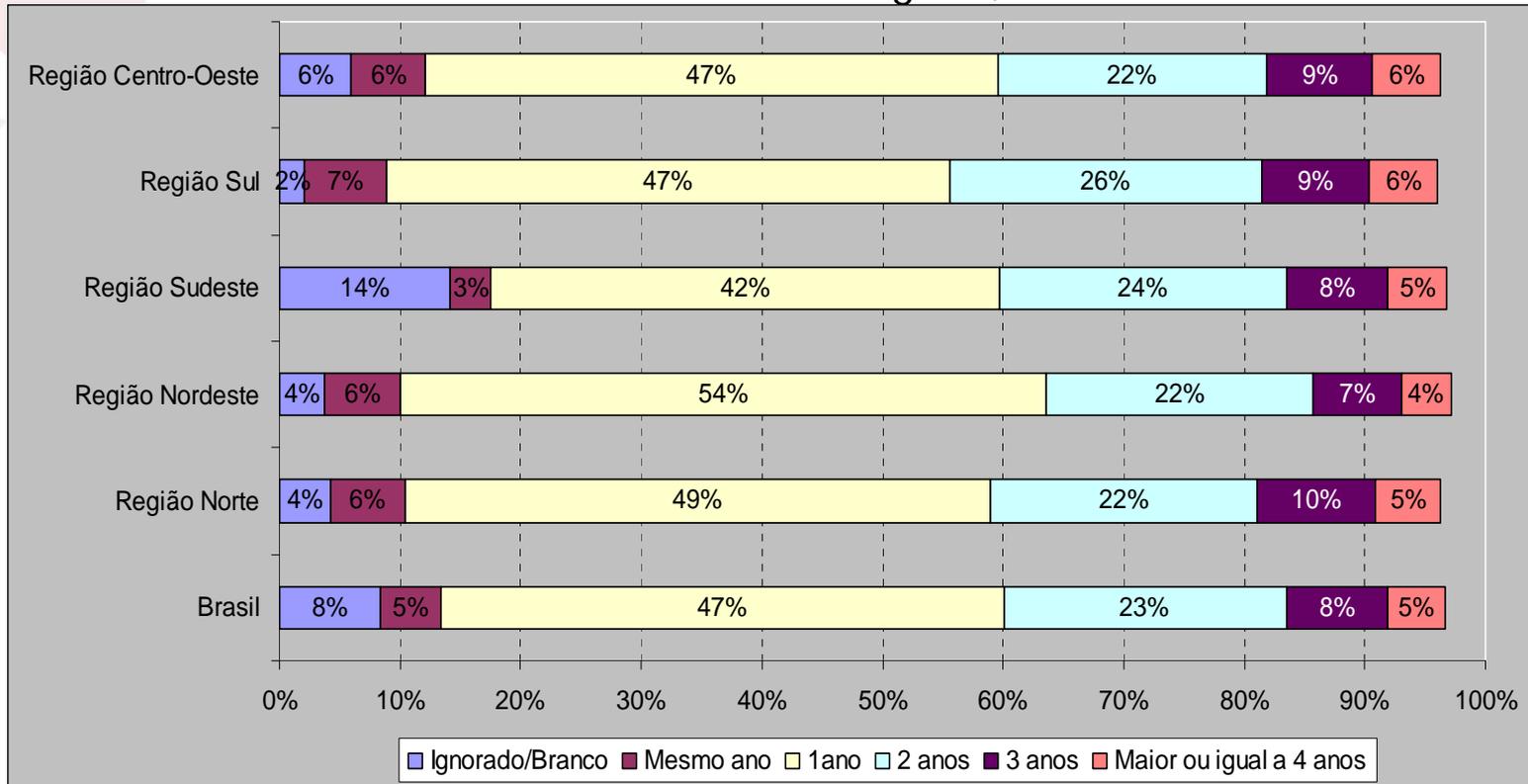
Fonte : SIA/SUS - DATASUS

## 2. Acesso e cobertura

### Avaliação

Porém observa-se que grande parte dos exames são ofertados como repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado.

Tempo de realização de citologia anterior entre mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos. Brasil e regiões, 2009



Fonte: SISCOLO INCA - DATASUS

## 2. Acesso e cobertura

### Propostas

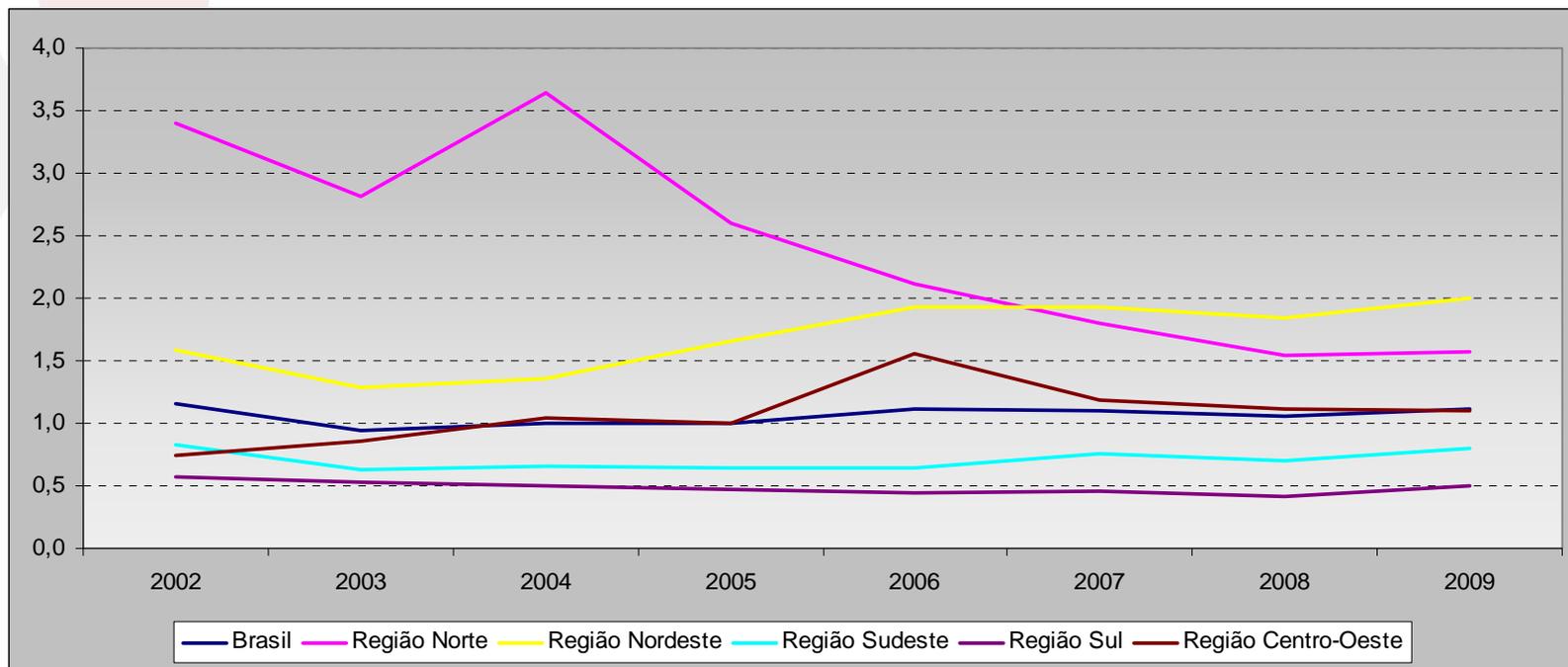
- Fortalecer as parcerias com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Genitoscopia (ABG), Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (SMFC), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), outras entidades profissionais e com o movimento organizado de mulheres para adoção e difusão de recomendações técnicas para o controle do câncer do colo do útero construídas com base em evidências científicas.
- Divulgar intensivamente as recomendações e condutas, em conjunto com órgãos de comunicação, em canais, tais como: sítios especializados da internet, revistas de divulgação científica, boletins para Secretarias de Saúde, informativos do CONASS e CONASEMS, de ONG, de sociedades científicas, dentre outros.

### 3. Qualidade dos exames citopatológicos

#### Avaliação

- No Brasil o indicador de percentual de amostras insatisfatórias manteve-se estável entre 2002 e 2009, abaixo de 1,2%, ou seja, menor que o parâmetro da OMS (até 5%).

Percentual de amostras insatisfatórias por regiões e Brasil, entre 2002 e 2009



Fonte: SISCOLO INCA – DATASUS

### 3. Qualidade dos exames citopatológicos

Percentual de municípios com amostras insatisfatórias > 5%, por Estados, 2009

#### Avaliação

- Apesar deste quadro favorável observa-se que em alguns estados das regiões Norte e Nordeste mais de 30% dos municípios apresentam índice de amostras insatisfatórias acima de 5%.

Estados	Total de municípios	Nº municípios com amostra insatisfatória $\geq 5\%$	%
AC	22	4	18,2%
AL	102	34	33,3%
AM	62	7	11,3%
AP	16	5	31,3%
BA	417	116	27,8%
CE	184	2	1,1%
DF	1	-	0,0%
ES	78	-	0,0%
GO	246	15	6,1%
MA	217	37	17,1%
MG	853	27	3,2%
MS	78	2	2,6%
MT	141	5	3,5%
PA	143	21	14,7%
PB	223	19	8,5%
PE	185	111	60,0%
PI	223	3	1,3%
PR	399	-	0,0%
RJ	92	-	0,0%
RN	167	9	5,4%
RO	52	3	5,8%
RR	15	1	6,7%
RS	497	24	4,8%
SC	293	3	1,0%
SE	75	1	1,3%
SP	645	26	4,0%
TO	139	3	2,2%
<b>Brasil</b>	<b>5,564</b>	<b>478</b>	<b>8,6%</b>

### 3. Qualidade dos exames citopatológicos

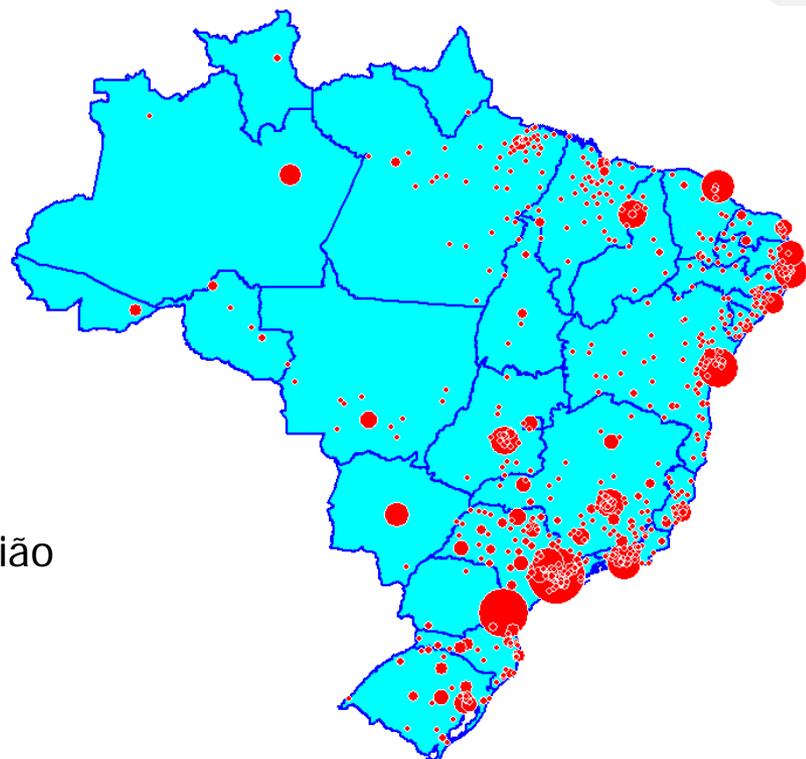
#### Avaliação

- A escala de produção é de grande relevância para a qualidade da leitura das lâminas de exame colpocitológico. A OPAS recomenda que um laboratório de excelência, para manutenção de padrões de qualidade, necessita apresentar uma produção mínima de 15.000 exames/ano.

Percentual de laboratórios por número de exames/ano processados, 2008

<i>Nº exames/ano</i>	<i>Percentual</i>
$\geq 15.000$	15%
$\geq 10.000$	25%
$\leq 5.000^*$	58%

\*Este último percentual é de 70% na Região Norte



1.101 laboratórios distribuídos em 577 municípios.

### 3. Qualidade dos exames citopatológicos

#### Propostas

- Promover a implantação de Programa de Monitoramento Interno e Externo da Qualidade do Exame Citopatológico (MIQ e MEQ).
- Implantar estratégias de educação continuada para os profissionais da rede básica para a coleta adequada do material citológico do colo do útero, com a participação do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) e Área Técnica de Saúde da Mulher/MS e seus parceiros a nível Estadual e Municipal.
- Desenvolver uma política para a indução de escala de produção de exames citopatológicos como estratégia de melhoria de expertise técnica, acoplada a mudança no modelo de financiamento das ações de rastreamento.

## 4. Acesso e qualidade do tratamento

### Avaliação

- Baixa adesão médica das diretrizes que recomendam o tratamento ambulatorial das lesões de alto grau em unidades de nível de atendimento secundário, por meio de exérese da zona de transformação (EZT), permitindo o tratamento imediato das lesões após confirmação colposcópica do diagnóstico – prática chamada “Ver e Tratar”; sendo frequente o encaminhamento das mulheres com lesões de alto grau para realização do procedimento em regime de internação.
- O percentual médio de seguimento/tratamento informado é de 17,5 no país (SISCOLO), demonstrando que poucos gestores acompanham os resultados do seguimento e tratamento das mulheres, apesar da existência de módulo para tal no sistema de informação.

## 4. Acesso e qualidade do tratamento

Percentual de seguimento/tratamento das lesões de alto grau, por Unidade Federada em 2009

UF	Sem seguimento				Em seguimento		Seguimento concluído						Recusa/ Abandono		TOTAL	% Seguimento 2008
	Não localizada		Sem informação				Alta/cura		Transferência		Óbito					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
AC	0	0,0	17	14,3	92	77,3	1	0,8	9	7,6	0	0,0	0	0,0	119	85,7%
AL	0	0,0	328	97,6	8	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	336	2,4%
AM	0	0,0	70	34,7	116	57,4	15	7,4	0	0,0	1	0,5	0	0,0	202	65,3%
AP	0	0,0	47	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	0,0%
BA	19	0,4	4.291	94,0	243	5,3	2	0,0	7	0,2	1	0,0	4	0,1	4.567	5,5%
CE	138	13,3	220	21,2	614	59,2	22	2,1	11	1,1	5	0,5	28	2,7	1.038	62,8%
DF	11	2,0	471	85,8	44	8,0	1	0,2	19	3,5	0	0,0	3	0,6	549	11,7%
ES	17	2,0	548	64,7	252	29,8	17	2,0	6	0,7	2	0,2	5	0,6	847	32,7%
GO	3	0,2	1.756	98,8	18	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1.777	1,0%
MA	34	3,7	825	89,9	36	3,9	20	2,2	1	0,1	1	0,1	1	0,1	918	6,3%
MG	11	0,3	3.668	93,2	216	5,5	17	0,4	17	0,4	1	0,0	5	0,1	3.935	6,4%
MS	6	1,0	331	54,9	211	35,0	28	4,6	19	3,2	3	0,5	5	0,8	603	43,3%
MT	1	0,2	368	75,7	103	21,2	3	0,6	10	2,1	0	0,0	1	0,2	486	23,9%
PA	20	1,1	1.698	89,2	152	8,0	15	0,8	6	0,3	3	0,2	10	0,5	1.904	9,2%
PB	22	2,8	620	79,8	94	12,1	34	4,4	6	0,8	0	0,0	1	0,1	777	17,2%
PE	17	1,4	962	78,6	225	18,4	3	0,3	13	1,1	1	0,1	3	0,3	1.224	19,8%
PI	3	0,5	580	90,8	38	6,0	18	2,5	0	0,0	0	0,0	2	0,3	639	8,5%
PR	39	1,8	1.124	52,3	531	24,7	84	3,9	354	16,5	4	0,2	10	0,5	2.148	45,3%
RJ	10	0,5	1.361	66,0	639	31,0	17	0,8	28	1,4	1	0,1	5	0,2	2.061	33,2%
RN	2	0,4	477	93,4	24	4,7	6	1,2	1	0,2	0	0,0	1	0,2	511	6,1%
RO	3	1,4	97	44,7	106	48,9	4	1,8	4	1,8	0	0,0	3	1,4	217	52,5%
RR	0	0,0	105	33,2	203	64,2	1	0,3	5	1,6	1	0,3	1	0,3	316	66,5%
RS	1	0,1	1.134	92,1	95	7,7	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1.232	7,8%
SC	10	1,0	954	92,3	33	3,2	21	2,0	4	0,4	1	0,1	11	1,1	1.034	5,7%
SE	0	0,0	234	57,9	154	38,1	15	3,7	1	0,3	0	0,0	0	0,0	404	42,1%
SP	81	1,1	6.151	85,3	619	8,6	134	1,9	166	2,3	7	0,1	54	0,8	7.212	12,8%
TO	2	1,5	32	24,2	97	73,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	132	74,2%
<b>Brasil</b>	<b>450</b>	<b>1,3</b>	<b>28.469</b>	<b>80,8</b>	<b>4.963</b>	<b>14,1</b>	<b>478</b>	<b>1,4</b>	<b>687</b>	<b>1,9</b>	<b>32</b>	<b>0,1</b>	<b>154</b>	<b>0,4</b>	<b>35.235</b>	<b>17,5%</b>

## 4. Acesso e qualidade do tratamento

### Propostas

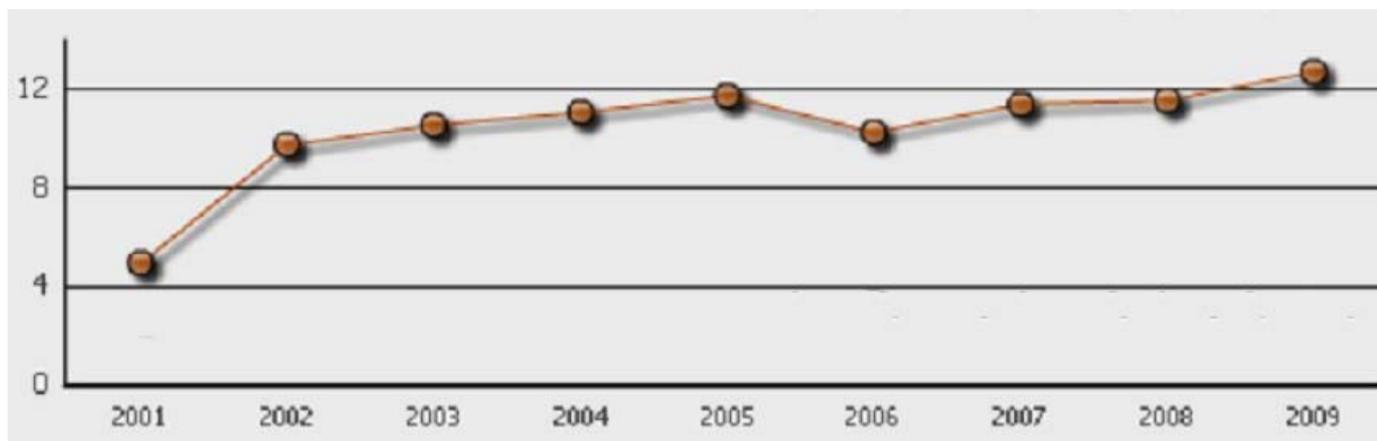
- Promover a implantação de Centros Qualificadores de Ginecologistas para Assistência Secundária às Mulheres com Lesões Intraepiteliais do Colo do Útero, estruturados em rede, em parceria do Instituto Nacional de Câncer com o Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e com o Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ. Estes Centros terão por objetivo ampliar o acesso ao tratamento com a capacitação de ginecologistas que trabalham nas unidades secundárias e apoiar o gestor na organização e programação da oferta de serviços;
- Implantar a vigilância das mulheres com lesões de alto grau.
- Fortalecer a regulação eficaz e eficiente do encaminhamento para realização do tratamento na rede secundária ou para atendimento no CACON/UNACON.

## 5 - Impacto das ações na situação da saúde

Em 2009 para cada caso de câncer detectado, foram diagnosticadas 12 lesões precursoras, mostrando evolução positiva em relação à 2001.

- Tais resultados terão impacto na incidência do câncer do colo do útero na dependência do tratamento adequado das lesões de alto grau.

Razão entre NIC II - III / Carcinoma Invasor no Brasil (2001 – 2009)



# Mortalidade proporcional para os cânceres mais freqüentes em **mulheres**, Brasil e regiões geográficas, 2007

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul
1º	Mama feminina (15,6%)	Colo do Útero (15,7%)	Mama feminina (14,1%)	Mama feminina (13,6%)	Mama feminina (17,1%)	Mama feminina (14,9%)
2º	Pulmão (9,9%)	Mama feminina (11,4%)	Colo do Útero (9,4%)	Pulmão (10,3%)	Cólon e Reto (9,9%)	Pulmão (11,8%)
3º	Cólon e Reto (8,5%)	Estômago (10,6%)	Pulmão (8,3%)	Colo do Útero (9,1%)	Pulmão (9,9%)	Cólon e Reto (9,0%)
4º	Colo do Útero (6,6%)	Pulmão (9,8%)	Estômago (7,0%)	Cólon e Reto (8,5%)	Estômago (6,3%)	Estômago (5,7%)
5º	Estômago (6,5%)	Fígado e vias biliares (5,4%)	Fígado e vias biliares (5,6%)	Estômago (5,9%)	Colo do Útero (5,5%)	Pâncreas (5,3%)

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação (exceto pele não-melanoma)



## Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, em 2006

Região	Taxas Específicas											Taxa Bruta	Classificação	Taxas Padronizadas	
	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais			Pop. Mundial (1)	Pop. Brasil (2)
Região Centro-Oeste	0,00	0,00	0,00	0,14	0,85	3,35	9,05	18,45	28,63	34,89	47,74	5,08	3	6,82	5,87
Região Nordeste	0,00	0,00	0,00	0,03	0,61	4,50	10,03	17,15	23,73	30,85	41,04	5,45	2	6,38	5,59
Região Norte	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	6,27	20,73	27,43	32,21	42,45	58,47	6,37	1	10,00	8,81
Região Sudeste	0,00	0,00	0,00	0,03	0,43	2,30	7,05	11,58	14,90	19,07	26,65	4,10	5	4,12	3,59
Região Sul	0,00	0,00	0,00	0,08	1,08	4,10	8,40	14,15	17,29	22,11	22,37	5,03	4	5,05	4,47

(1) População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

(2) População Padrão Brasileira - Censo Demográfico de 2000 - IBGE

Fontes: MS/ SVS/ DASIS/ CGIAE/ Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM  
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE  
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

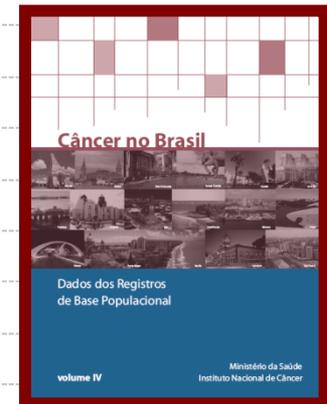
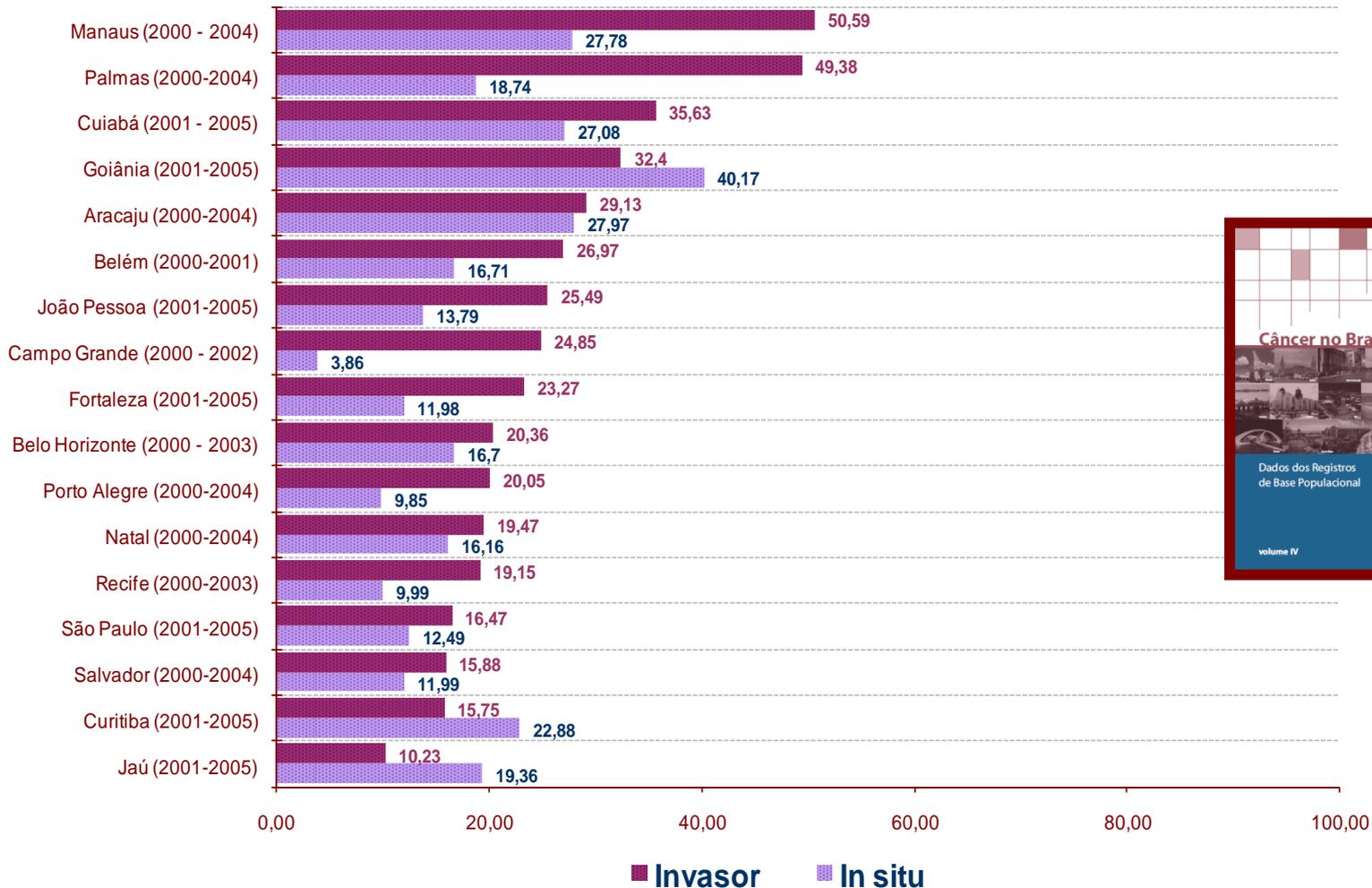
## **Coeficientes de incidência estimados para 2010\* para os tipos de câncer mais frequentes (exceto pele não-melanoma) em mulheres, Brasil e regiões geográficas.**

	<b>Brasil</b>	<b>Região Norte</b>	<b>Região Nordeste</b>	<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>Região Sudeste</b>	<b>Região Sul</b>
<b>1º</b>	Mama feminina (49,3)	Colo do Útero (22,8)	Mama feminina (30,1)	Mama feminina (37,7)	Mama feminina (64,5)	Mama feminina (64,3)
<b>2º</b>	Colo do Útero (18,5)	Mama feminina (16,6)	Colo do Útero (18,4)	Colo do Útero (19,8)	Cólon e Reto (20,5)	Cólon e Reto (21,7)
<b>3º</b>	Cólon e Reto (14,8)	Estômago (5,6)	Cólon e Reto (6,3)	Cólon e Reto (11,4)	Colo do Útero (16,4)	Colo do Útero (21,5)
<b>4º</b>	Pulmão (9,8)	Pulmão (5,0)	Estômago (6,0)	Pulmão (9,0)	Pulmão (11,4)	Pulmão (16,1)
<b>5º</b>	Estômago (7,7)	Cólon e Reto (4,0)	Pulmão (5,7)	Estômago (6,0)	Estômago (8,8)	Estômago (9,8)

\*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma (por 100.000 habitantes)

Fonte: MS/INCA/ Estimativa de Câncer no Brasil, 2009  
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

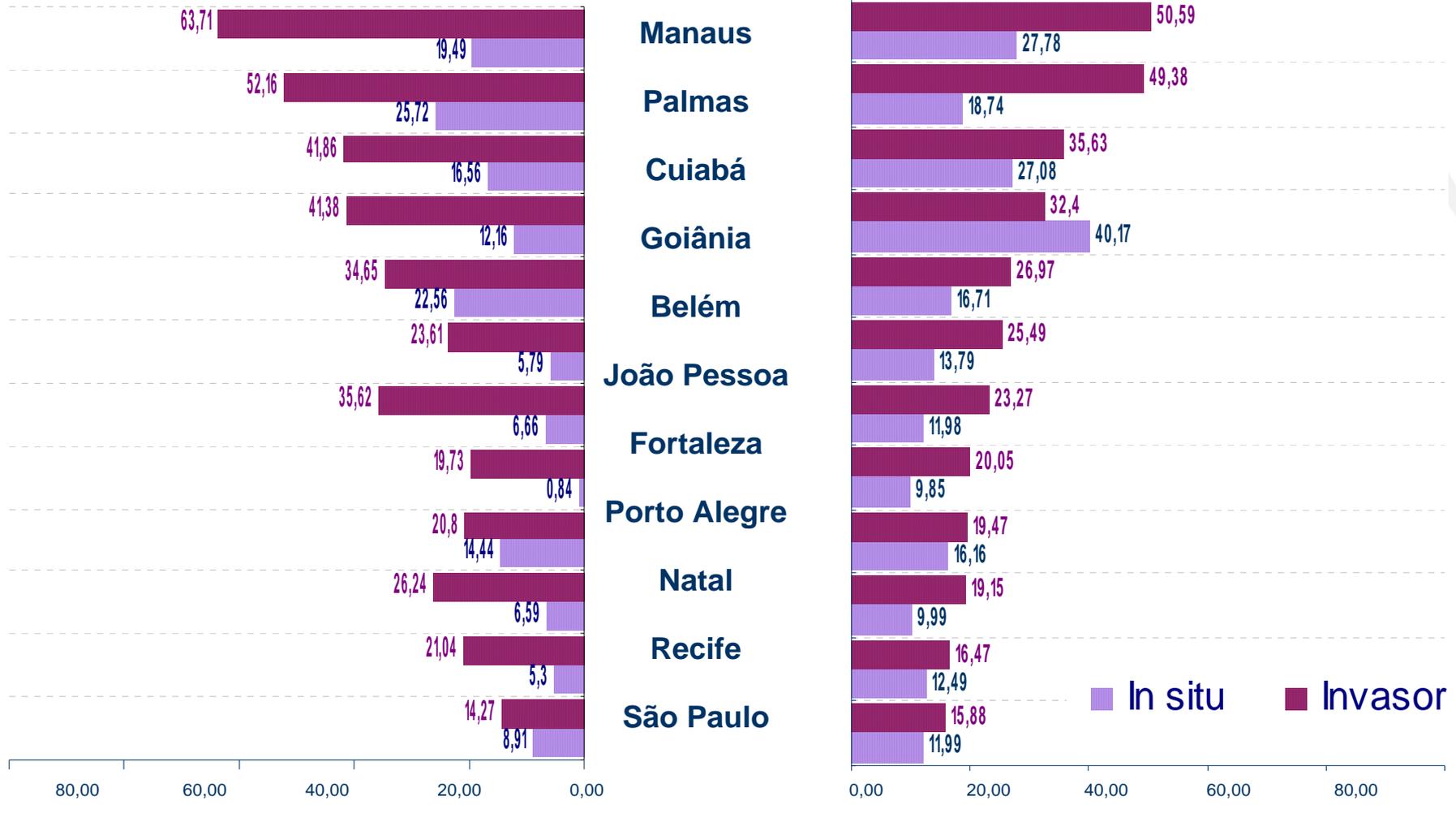
## Distribuição das taxas de incidência por Câncer de Colo do útero, ajustadas por idade\*, segundo o RCBP, período de referência e tipo histológico<sup>2</sup>.



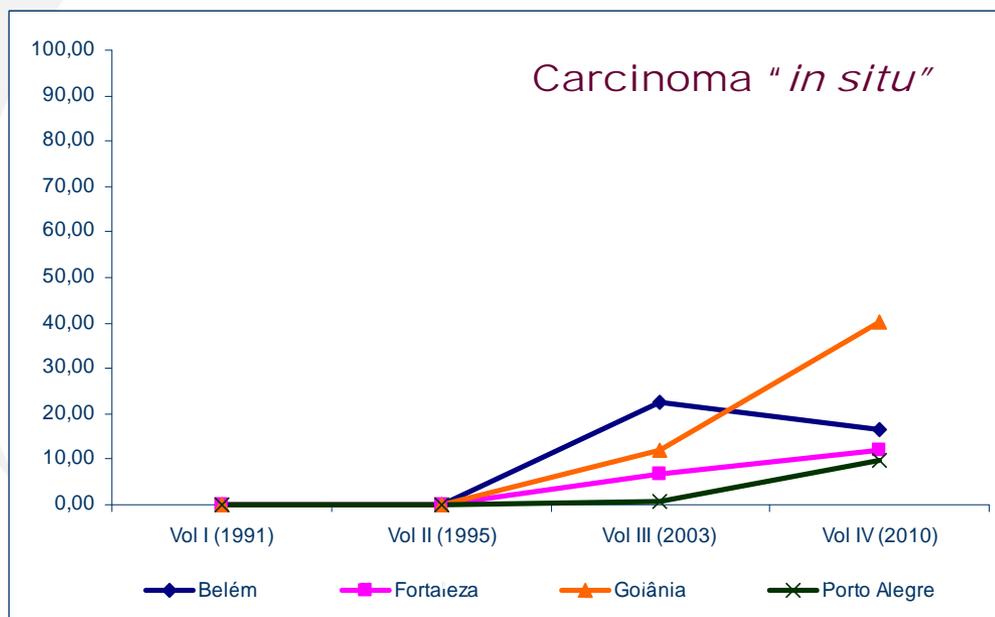
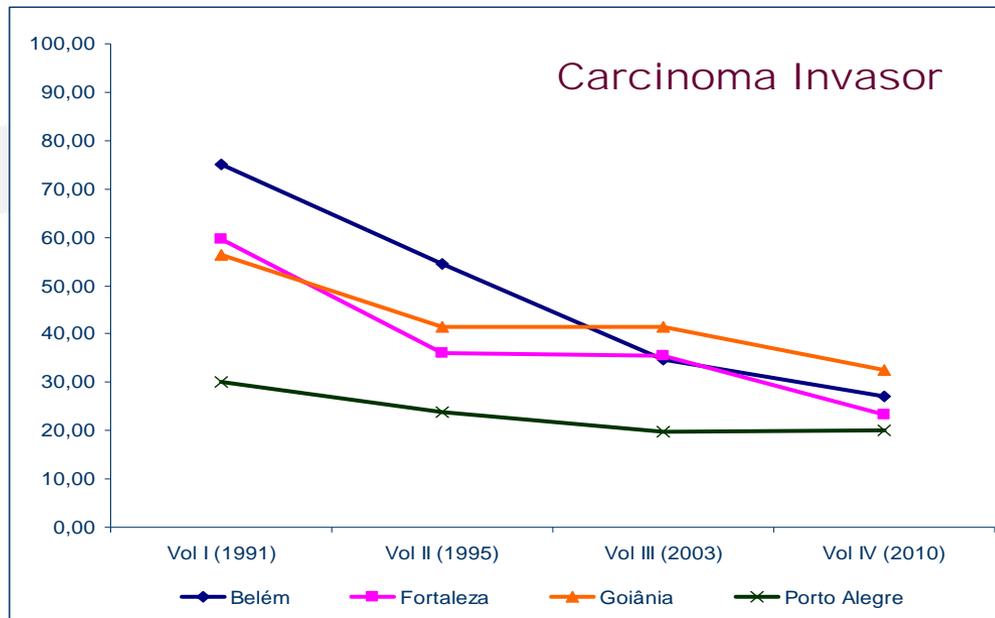
Distribuição das taxas de incidência por Câncer de Colo do útero, ajustadas por idade\*, segundo o RCBP, ano da publicação e tipo histológico<sup>2</sup>.

Volume III (2003)

Volume IV (2010)



Taxas de incidência por Câncer de Colo do útero, ajustadas por idade\*, segundo o RCBP, tipo histológico e ano de publicação



# Intensificação das ações de controle do câncer de colo do útero na Região Norte

## Propostas

- Estabelecimento de uma ação integrada e sinérgica para a redução da mortalidade por câncer de colo uterino que integre, além dos órgãos do SUS, a sociedade civil em geral, as sociedades médicas comprometidas e as Forças Armadas. Seria importante ampliar a integração com Forças Armadas para repasse de informações e adoção de protocolos únicos de conduta, como ação de governo, com propostas interministeriais.
- Ampliação e aprimoramento do rastreamento convencional dando prioridade para esta região na implantação das ações descritas nos eixos 1, 2 e 3, em especial nos municípios que concentram maior número de mulheres com diagnóstico de lesão de alto grau e óbitos por câncer do colo do útero.
- Utilização de unidades móveis de rastreamento em locais com difícil acesso à atenção básica para convocação (busca ativa), monitoramento dos resultados e seguimento das lesões encontradas.
- Manutenção deste Grupo de Trabalho (Portaria 310) para o acompanhamento e avaliação da implementação das ações de controle para a Região Norte.
- Realização de estudos-piloto sobre alternativas tecnológicas de rastreio para populações muito afastadas de grandes centros, onde a metodologia convencional encontra barreiras para implantação.

# Avaliação de novas tecnologias para a prevenção e controle do câncer do colo do útero de acordo com a realidade do Brasil

## A: Vacinas contra HPV

### Avaliação

- Ambas as vacinas são profiláticas, isto é, a proteção conferida é maior quando aplicada em mulheres livres da infecção, ou, antes do início da vida sexual.
- Não há diferença de eficácia entre as duas vacinas em relação à prevenção de lesões intraepiteliais cervicais.
- Dificuldades de adesão ao esquema vacinal apontam para efetividade menor do que aquela observada nos ensaios clínicos.
- Ainda existem lacunas de conhecimento relacionadas à duração da eficácia, à eventual necessidade de dose de reforço e à proteção cruzada.
- A abrangência da proteção conferida pela vacina é dependente da proporção dos tipos 16 e 18 de HPV prevalentes na população.
- A vacinação não exclui a necessidade do rastreo e causa impacto significativo no custo do sistema de saúde sem correspondente economia para as ações de rastreamento.
- A redução da prevalência de lesões intraepiteliais cervicais aponta para necessidade de utilização de testes mais sensíveis e específicos para o rastreo de populações vacinadas.
- As desigualdades existentes de acesso ao rastreo poderão ser perpetuadas no acesso as vacinas.

# Avaliação de novas tecnologias para a prevenção e controle do câncer do colo do útero de acordo com a realidade do Brasil

## A: Vacinas contra HPV

### Propostas

- Referendar as conclusões do Grupo de Trabalho instituído pela portaria no 3.124 de 2006.
- Considerar o desenvolvimento de nova geração de vacinas contra HPV, que se propõe a ser menos custosa e complexa, com espectro de ação mais amplo e propósito de repasse de tecnologia para países em desenvolvimento.
- Acompanhar a conclusão dos demais estudos sobre vacinas em andamento, com especial atenção para estudos de custo-efetividade direcionados para o cenário brasileiro.
- Notificar e alertar as Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, sobre as consequências da adoção não criteriosa do uso das vacinas, com possível impacto negativo desta prática na alocação de recursos financeiros disponíveis para a assistência à saúde.

# Novas Tecnologias de Rastreamento para o Câncer do Colo de Útero

## Avaliação

- **Técnicas Citológicas**

- Citologia em meio líquido ou automatizada, além de mais caras, não apresentam melhor desempenho quando comparadas com a técnica convencional. A automação pode ser considerada uma alternativa para áreas carentes de profissionais especializados.

- **Inspeção Visual Simples**

- A inspeção visual simples com ácido acético é mais sensível, porém menos específica que a citologia.

- **Biologia Molecular**

- Testes de DNA-HPV Oncogênico apresentam maior sensibilidade e menor especificidade do que a citologia.
- Testes Rápidos de DNA-HPV Oncogênico apresentam baixa densidade tecnológica e podem ser realizados por equipe de generalistas sem especialização laboratorial, após treinamento básico.

# Novas Tecnologias de Rastreamento para o Câncer do Colo de Útero

## Propostas

1. Avaliar a realização de projeto de pesquisa com a utilização de teste rápido de DNA HPV para o rastreio em populações isoladas, seguido de “Ver e Tratar”.
2. Realizar estudos de avaliação de custo-efetividade de citologia automatizada e de viabilidade de implantação desta tecnologia em regiões com problemas de oferta, na perspectiva de desenvolvimento de escala de produção para laboratórios selecionados.

# AVANÇOS

- O SUS dispõe de um programa descentralizado, com protocolos definidos e pactuação de metas para o rastreamento (Pacto pela Saúde) e são realizados anualmente 12 milhões de exames.
- Existe um sistema de informações que cobre todo o país e que fornece informações para o monitoramento e o planejamento (SISCOLO).
- O percentual de municípios que realizam coleta passou de 89,5% no biênio 2004-2005 para 95% em 2007-2008.
- A Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do rastreamento, está presente atualmente em 95% dos municípios, com cobertura de 52,6% da população.
- O percentual de amostra insatisfatórias no país, indicador de qualidade da coleta do exame, está em 1%, bem abaixo do limite máximo aceitável de 5%.
- Há oferta de exames laboratoriais em todos os Estados do país.
- Há unidades de confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras em todos os Estados e protocolo de tratamento ambulatorial em consulta única (Ver& Tratar).
- A oferta de braquiterapia para tratamento dos casos de câncer invasor diagnosticados é suficiente para a necessidade nacional.

# DESAFIOS

- Em alguns estados das regiões Norte e Nordeste mais de 30% dos municípios apresentam índice de amostras insatisfatórias acima de 5%, evidenciando necessidade de maior investimento na qualidade da coleta do exame na atenção básica.
- Ainda existem equipes de Saúde da Família que não incorporaram na rotina da atenção à saúde da mulher a coleta do exame citopatológico (preventivo do câncer).
- Enquanto uma parte das mulheres se submetem a exames com uma rotina mais frequente que o necessário, outras nunca tem acesso, apesar do SUS realizar 12 milhões de exames ao ano, que seria suficiente para a cobertura da população alvo.
- Muitos profissionais de saúde não utilizam os protocolos de rastreamento construídos com base em evidências e altamente efetivos nos países desenvolvidos para a redução da incidência do câncer de colo de útero.
- Dos 1226 Laboratórios que realizam exames citopatológicos no SUS, a grande maioria não possui programas de monitoramento de qualidade.
- Existem barreiras para o acesso ao tratamento adequado e oportuno das lesões precursoras: oferta aquém do necessário, utilização de tratamentos com internação hospitalar em situações onde o recomendado é tratamento ambulatorial especializado, tornando o tratamento mais longo e oneroso e facilitando as perdas de seguimento.
- Baixo índice de seguimento dos casos positivos no rastreamento para garantir o tratamento e a alta.

# Síntese das Propostas para Fortalecimento das Ações

1. Aprimoramento gerencial das equipes (SES e SMS)
2. Aprofundar articulação com a Atenção Básica em todos os níveis
3. Ações para melhorar a adesão as recomendações e condutas
4. Implantar o Monitoramento de Qualidade dos Exames Citopatológicos
5. Implantar os Centros Qualificadores de Ginecologistas para Assistência Secundária às Mulheres com Lesões Intraepiteliais do Colo do Útero
6. Aprimorar a gestão sobre as ações de seguimento das mulheres com lesão de alto grau

## Principais Propostas de Mudança

1. **Mudança do modelo de financiamento e gestão dos exames de rastreamento**
2. **Ações de comunicação de massa para população alvo**
3. **Intensificação das ações na Região Norte**
4. **Avaliar novas tecnologias (vacina e técnicas de rastreamento)**

# Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero

## Sumário Executivo

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero



## **Plano de Ação**

**Eixo 1: Fortalecimento do rastreamento organizado na atenção primária e da gestão descentralizada do programa de rastreamento.**

**Eixo 2: Garantia de qualidade do exame citopatológico**

**Eixo 3: Garantia de tratamento adequado das lesões precursoras**

**Eixo 4: Intensificação das ações de controle do câncer de colo do útero na Região Norte**

**Eixo 5: Avaliação de alternativas de ações para o controle do câncer de colo:**

# PRINCIPAIS AÇÕES NOS 5 EIXOS

**EIXO 1** busca garantir que todas as equipes de saúde da família do país atuem no rastreamento organizado do câncer de colo, para isso o PLANO prevê:

- ✓ aperfeiçoar o financiamento dos exames preventivos;
- ✓ Desenvolver um novo sistema de registro dos exames, facilitando-se o cadastro de todas as mulheres da população alvo, para que sejam acompanhadas com mais agilidade pela equipe de saúde.
- ✓ destinar mais recursos para o desenvolvimento de campanhas de esclarecimento da população sobre o exame preventivo.
- ✓ Criar Comitês nas regiões mais críticas para impulsionar o desenvolvimento de ações articuladas entre os diferentes segmentos da sociedade.
- ✓ Realizar parcerias com Universidades e Sociedades profissionais para atualização continuada das equipes de saúde, com conhecimentos com sólida base científica.

**EIXO 2** Implantar em todos os Laboratórios que fazem os exames preventivos para o SUS Programas de Monitoramento de Qualidade dos exames, supervisionados pelas secretarias de saúde.

# PRINCIPAIS AÇÕES NOS 5 EIXOS

## EIXO 3 Garantia de qualidade do tratamento

**Implantar Centros Qualificadores de Ginecologistas para aperfeiçoar e ampliar a oferta de tratamento das lesões precursoras, com regulação de acesso.**

**Aprimorar as ações de seguimento das mulheres com lesão de alto grau: vigilância de caso.**

## EIXO 4 Promover a intensificação das ações na Região Norte.

**Dar prioridade à Região Norte em todas as ações propostas e conduzir ações especiais para as condições diferenciadas regionais, com o objetivo de redução em 70% da incidência do câncer de colo na Região, em 10 anos.**

## EIXO 5 Avaliação de alternativas de ações para o controle do câncer de colo:

**Promover pesquisas visando atualização e aperfeiçoamento continuado do controle do câncer de colo.**

# Obrigado

*Claudio Pompeiano Noronha*

*[cnoronha@inca.gov.br](mailto:cnoronha@inca.gov.br)*

Coordenação Geral de Ações Estratégicas – CGAE  
Instituto Nacional de Câncer - INCA  
Ministério da Saúde