

**SISCOLO**

**RELATÓRIO  
2006**

Prefeitura Municipal de Porto Alegre

Prefeito **José Fogaça**

Secretaria Municipal da Saúde

Secretário **Eliseu Santos**

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

Coordenador **José Ângelo Moren dos Santos**

Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis

Coordenador **Juarez Cunha**

SISCOLO

Coordenadora **Sirlei Fajardo**

Editoração: Ana Cattani

# **SISCOLO**

**Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero**

# **RELATÓRIO 2006**

Organizadores

**SIRLEI FAJARDO  
JUAREZ CUNHA  
LUCIANA R. FRANCO  
DENISE AERTS**

Setembro de 2007



## Sumário

Introdução	5
Fluxos	7
Resultados	8
Fórmula para cálculo de coeficiente	22
Referências	22



## INTRODUÇÃO

A mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura de, aproximadamente, 100% dos casos diagnosticados em fase inicial.

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), é estimado que o câncer de colo do útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, superado, apenas, pelo câncer de pele (não melanoma) e pelo câncer de mama.

Em agosto de 1998, o Ministério da Saúde (MS) iniciou uma ação nacional, convidando as mulheres de 35 a 49 anos de idade a comparecer aos serviços de saúde e realizar o exame citopatológico. Desde então, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero conta com ações contínuas em todos os Estados.

A partir de 1998, ocorreu a ampliação das ações de comunicação social, garantia do financiamento dos procedimentos ambulatoriais e criação de um software Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) para melhor gerenciamento das informações do Programa.

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero foi concebido com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero na mulher brasileira.

Em Porto Alegre, a gerência do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero foi repassada para a Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis (EVEV) em 2005. Naquela ocasião, houve problemas na instalação da versão anterior e a importação dos dados dos laboratórios não pode ser realizada. Somente em 2006, foi possível regularizar a importação dos dados e os laboratórios passaram a entregar o arquivo exporta-dados diretamente para a EVEV.

## FLUXOS

O SISCOLO recebe, mensalmente, dos laboratórios conveniados com a PMPA, os arquivos com os resultados dos exames (citopatológico e histopatológico) coletados pelos serviços de saúde. Esses dados são importados para a base do sistema, que armazena somente os exames alterados. As mulheres que apresentarem exames alterados são automaticamente direcionadas para um arquivo chamado registro de seguimento.

Os serviços de saúde devem realizar o acompanhamento das mulheres com exames alterados e informar sobre os encaminhamentos, preenchendo o formulário INFORMAÇÕES DE PACIENTES COM EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO ALTERADO – Seguimento (mod. S 533). Esse formulário deverá ser encaminhado para o SISCOLO (GCVS/ Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis, 5º andar frente).

Tanto o formulário para a REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO (mod. S 287), que deve acompanhar a lâmina coletada pelo Serviço de Saúde, como o de INFORMAÇÕES DE PACIENTES COM EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO ALTERADO – SEGUIMENTO (mod. S 533), são distribuídos pela Equipe de Material (EMAT/SMS) aos serviços de saúde, mediante solicitação no pedido mensal de impressos.

Os serviços de saúde que não enviarem as fichas de seguimento receberão o relatório “SEGUIMENTO E BUSCA ATIVA” para informar a situação atual das mulheres com exames alterados. Até este momento, a digitação pela EVEV dos formulários relacionados ao seguimento, ainda não está ocorrendo. Como dito anteriormente somente a partir de 2006 conseguimos trabalhar com o software.

## RESULTADOS

Apresentamos, a seguir, os dados do SISCOLO referentes ao ano de 2006. Alguns deles são apresentados em tabelas separadas, pois, no mês de julho, foi lançada uma nova versão do software do SISCOLO, com a nova nomenclatura para os laudos citopatológicos cervicais. Em um trabalho conjunto com a Saúde da Mulher, foi possível associar a nomenclatura anterior com a atual na construção das tabelas. Assim, as tabelas até julho/agosto estão apresentadas com a nomenclatura anterior e na seqüência, com a nova nomenclatura.

Segundo o DATASUS, a estimativa da população feminina, entre 11 e 69 anos, para Porto Alegre em 2006, foi de 597.603 mulheres. Considerando que 75% da população é SUS dependente, a população alvo para a Secretaria Municipal de Saúde seria de 448.202 mulheres. Em 2006, foram coletados 72.208 exames citopatológicos em mulheres residentes no município de Porto Alegre, representado 16,1% da população alvo. Desses, 3.053 (4,2%) apresentaram alterações citológicas.

Em função de dificuldades relacionadas ao sistema, não é possível saber quantos desses exames foram controles de exames alterados e quantos foram exames de rotina. Assim, enquanto não houver uma chave primária (cartão SUS), não será possível saber quantas mulheres realizaram o exame no período, na faixa etária preconizada pelas diretrizes do Ministério da Saúde.

As tabelas de 1 a 3 apresentam os dados referentes ao ASCUS (antiga nomenclatura), sendo, atualmente, denominadas de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica e células escamosas atípicas de significado indeterminado. Essas



alterações podem evoluir até carcinoma ou involuir. Foram encontrados 1.418 casos, representado 1,96% do total de exames realizados. A literatura cita até 5,0% dos citopatológicos realizados.

Tabela 1 - Exames com diagnóstico de **atipias de significado indeterminado em células glandulares (ASCUS)**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-14	1	-	-	1	-	-	-	-	2
15-19	18	7	13	14	14	8	11	1	86
20-24	20	18	15	25	28	22	9	5	142
25-29	24	14	21	16	27	17	8	6	133
30-34	15	14	14	16	15	17	5	5	101
35-39	14	15	8	14	17	11	4	1	84
40-44	18	14	15	10	20	13	4	1	95
45-49	15	11	9	8	21	21	2	3	90
50-54	10	7	12	4	11	7	4	1	56
55-59	6	4	4	5	4	8	3	-	34
60-64	3	-	2	2	4	4	-	1	16
Acima de 64	8	3	5	2	4	3	-	2	27
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>107</b>	<b>118</b>	<b>117</b>	<b>165</b>	<b>131</b>	<b>50</b>	<b>26</b>	<b>866</b>

Tabela 2 - Exames com diagnóstico de **células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006.

Faixa etária	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11 anos	-	1	1	-	-	-	2
12-14	-	-	-	-	-	-	-
15-19	1	14	15	10	8	-	48
20-24	-	11	17	14	7	-	49
25-29	2	22	11	17	17	-	69
30-34	1	10	13	10	10	-	44
35-39	1	9	8	6	8	-	32
40-44	2	7	6	9	5	-	29
45-49	1	7	9	8	7	-	32
50-54	1	3	3	3	3	-	13
55-59	-	2	3	3	2	-	10
60-64	15	10	8	17	7	-	57
Acima de 64	25	13	26	34	24	-	122
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>109</b>	<b>120</b>	<b>131</b>	<b>98</b>	<b>-</b>	<b>507</b>

Tabela 3 - Exames com diagnóstico de **células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-
20-24	1	-	1	-	1	3
25-29	-	1	1	3	-	5
30-34	-	1	-	-	1	2
35-39	1	3	1	1	1	7
40-44	-	-	1	2	-	3
45-49	-	1	1	2	3	7
50-54	1	-	-	2	2	5
55-59	-	-	-	1	1	2
60-64	2	-	-	-	2	4
Acima de 64	-	3	2	2	-	7
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>45</b>

As tabelas 4, 5 e 6, referentes ao AGUS (antiga nomenclatura), denominadas de células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica e glandulares atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau, atualmente, representaram 110 casos (0,2%) do total de exames realizados.

Tabela 4 - Exames com diagnóstico de **células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica (AGUS)**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	1	1	-	-	-	-	2
20-24	-	1	-	-	1	-	-	2
25-29	2	1	1	2	1	-	-	7
30-34	-	-	-	-	-	1	1	2
35-39	-	-	-	-	-	1	-	1
40-44	2	-	1	-	1	1	1	6
45-49	1	4	1	-	2	2	-	10
50-54	-	-	1	1	-	-	-	2
55-59	-	-	-	-	3	-	-	3
60-64	1	-	1	-	-	-	-	2
Acima de 64	-	-	1	1	-	2	-	4
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>41</b>

Tabela 5 - Exame com diagnóstico de **células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	1	-	-	-	-	1
25-29	-	-	-	1	1	-	2
30-34	-	-	-	-	-	-	-
35-39	-	-	-	-	-	1	1
40-44	-	1	1	1	-	1	4
45-49	-	1	-	2	-	1	4
50-54	-	-	-	1	-	-	1
55-59	-	1	-	-	1	-	2
60-64	2	-	1	-	-	1	4
Acima de 64	6	1	5	5	3	8	28
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>47</b>

Tabela 6 - Exame com diagnóstico de **células glandulares atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006.

Faixa etária	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	1	-	-	1
25-29	-	-	-	1	-	-	1
30-34	-	1	-	-	-	-	1
35-39	-	3	-	1	-	-	4
40-44	-	-	-	1	1	-	2
45-49	-	-	1	1	-	-	2
50-54	-	-	-	-	-	-	-
55-59	-	-	-	-	-	-	-
60-64	2	1	-	-	-	-	3
Acima de 64	6	-	-	2	-	-	8
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>22</b>

As tabelas 7 e 8 foram construídas utilizando a nova nomenclatura, pois não existia essa classificação anteriormente. A categoria origem indefinida é uma inovação da Nomenclatura Brasileira destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica.

Tabela 7 - Exames com diagnóstico de **células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásica**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-	-	-
30-34	-	-	-	-	-	-	-
35-39	-	-	-	1	-	-	1
40-44	-	1	-	-	-	-	1
45-49	-	1	-	-	-	-	1
50-54	-	-	-	-	-	-	-
55-59	-	-	2	-	-	-	2
60-64	-	-	-	-	-	-	-
Acima de 64	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	-	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	-	-	<b>5</b>

]

Tabela 8 - Exames com diagnóstico de **células atípicas de origem indefinida, não se pode afastar lesão de alto grau**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-	-	-
30-34	-	-	-	-	-	-	-
35-39	-	1	-	-	-	-	1
40-44	-	-	-	-	-	-	-
45-49	-	1	-	-	-	-	1
50-54	-	-	-	-	-	-	-
55-59	-	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-
Acima de 64	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	-	<b>2</b>	-	-	-	-	<b>2</b>

Na tabela 9, foi possível associar os casos de HPV e NIC I, referentes a todo o período de 2006. A partir de julho de 2006, com a vigência da nova nomenclatura, essas duas classificações passaram a ser denominadas de atipias celulares em célula escamosa com lesão intra-epitelial de baixo grau. A tabela mostra que 1.043 (1,4%) dos citopatológicos realizados apresentaram esse diagnóstico.

Tabela 9 - Exames com diagnóstico de **atipias celulares em célula escamosa com lesão intra-epitelial de baixo grau**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul*	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11anos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	<b>1</b>
12-14	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	2	<b>5</b>
15-19	16	14	15	12	8	22	6	10	13	12	12	11	<b>151</b>
20-24	21	22	11	27	25	22	13	31	19	23	13	8	<b>235</b>
25-29	8	21	15	22	17	24	10	16	10	16	12	10	<b>181</b>
30-34	12	6	8	11	9	12	9	16	9	11	11	9	<b>123</b>
35-39	8	8	5	11	8	4	5	8	3	4	10	3	<b>77</b>
40-44	6	2	9	5	9	6	6	8	3	3	9	6	<b>72</b>
45-49	1	2	3	4	4	9	2	4	2	4	3	1	<b>39</b>
50-54	5	1	-	6	5	4	-	1	1	-	4	1	<b>28</b>
55-59	3	1	3	1	2	4	1	2	-	1	-	-	<b>18</b>
60-64	4	-	-	1	2	1	7	1	5	6	9	13	<b>49</b>
Acima de 64	-	1	1	-	1	-	6	6	6	9	9	25	<b>64</b>
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>78</b>	<b>71</b>	<b>101</b>	<b>90</b>	<b>108</b>	<b>65</b>	<b>104</b>	<b>72</b>	<b>89</b>	<b>92</b>	<b>89</b>	<b>1.043</b>

\*A partir de julho o HPV esta inclusa nessa nomenclatura

Na tabela 10, também foi possível agrupar os casos de NIC II e NIC III, que, segundo a nova nomenclatura passaram a serem denominados de lesão intra-epitelial de alto grau. Essas representaram 155 casos (0,2%) do total coletado. Desses, em 90 casos, as mulheres estavam entre os 25 e 44 anos.

Tabela 10 - Exames com diagnóstico de **atipias celulares em célula escamosa com lesão intra-epitelial de alto grau**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul*	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11anos	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
12-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	3
20-24	2	-	1	1	3	2	1	-	-	2	1	1	14
25-29	2	-	2	3	2	2	2	5	1	1	1	2	23
30-34	1	4	5	3	1	3	4	3	-	-	3	2	29
35-39	1	-	2	3	2	2	-	1	-	2	1	1	15
40-44	3	2	2	1	1	2	1	5	-	3	1	2	23
45-49	2	1	1	1	2	1	2	1	-	-	2	2	15
50-54	1	-	2	1	2	-	-	-	1	-	-	-	7
55-59	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
60-64	-	1	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	4
Acima de 64	2	2	1	2	1	1	2	-	3	-	2	2	18
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>155</b>

A tabela 11 foi construída segundo a nova nomenclatura: atipias celulares em célula escamosa com lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão. Essas lesões representam maior gravidade, devendo ser investigadas e tratadas. Verifica-se a existência de seis casos desse tipo de lesão, nas quais não se pode excluir micro-invasão.

Tabela 11 - Exames com diagnóstico de **atipias celulares em célula escamosa com lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006.

Faixa etária	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	1	-	-	1	-	2
25-29	-	-	-	-	-	-	-
30-34	-	-	-	1	-	-	1
35-39	-	-	1	-	-	-	1
40-44	-	1	-	-	-	-	1
45-49	-	-	-	-	-	-	-
50-54	-	-	-	-	-	-	-
55-59	-	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-
Acima de 64	-	-	-	1	-	-	1
<b>Total</b>	-	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	-	<b>6</b>

A tabela 12 também foi montada conforme a nova nomenclatura: atipias celulares em célula escamosa com lesão intra-epitelial de alto grau, carcinoma epidermóide invasor. Coincidindo com os dados da literatura, todos os três casos de carcinoma epidermóide invasor ocorreram na faixa etária de 45 a 59 anos, sendo essa a de maior incidência.



Tabela 12 - Exames com diagnóstico de **atipias celulares em célula escamosa com lesão intra-epitelial de alto grau, carcinoma epidermóide invasor**, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11 anos	-	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-	-	-
30-34	-	-	-	-	-	-	-
35-39	-	-	-	-	-	-	-
40-44	-	-	-	-	-	-	-
45-49	-	-	1	-	-	-	1
50-54	-	-	-	-	-	-	-
55-59	-	1	-	-	-	1	2
60-64	-	-	-	-	-	-	-
Acima de 64	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	-	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-	<b>1</b>	<b>3</b>

Na tabela 13, foi possível agrupar o total de casos do período, utilizando a nova nomenclatura. Essa tabela mostra três casos de adenocarcinoma in situ, sendo que não houve nenhum caso de citologia com diagnóstico de adenocarcinoma invasor. Na tabela 14, não houve mudança da nomenclatura "outras neoplasias", que representaram 308 (0,4%) casos do total de exames realizados. Essa categoria significa que a lesão encontrada parece não ter como sítio primário o colo uterino, sugerindo ser metastática (quando for identificada neoplasia de origem glandular extra-uterina, deve ser colocada no quadro das outras neoplasias malignas, especificando qual o tipo em nota complementar). Esse resultado é bastante elevado, devendo ser melhor trabalhado com os laboratórios, no sentido de melhor qualificação do diagnóstico.

Tabela 13 – Exames com diagnóstico de **células glandulares com adenocarcinoma *in situ***, por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul*	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30-34	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
35-39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40-44	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
45-49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50-54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55-59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Acima de 64	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
<b>Total</b>	-	-	<b>1</b>	-	-	-	-	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-	-	<b>3</b>

Tabela 14 - Exames com diagnóstico de **outras neoplasias** por faixa etária, Porto Alegre, 2006

Faixa etária	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul*	ago	set	out	nov	dez	Total
Até 11anos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
12-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
20-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
25-29	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3	-	5
30-34	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
35-39	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2	-	4
40-44	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
45-49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50-54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55-59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	1	17	10	13	19	11	14	85
Acima de 64	-	-	-	-	1	-	29	21	40	41	35	39	206
<b>Total</b>	-	-	<b>1</b>	-	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>47</b>	<b>36</b>	<b>54</b>	<b>63</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>308</b>

Na análise dos resultados dos exames citopatológicos é necessário se levar em conta a qualidade do material coletado. Em função disso, alguns exames são rejeitados por problemas relacionados à ausência ou erro de identificação da lâmina; identificação da lâmina não coincidente com a do formulário e lâmina danificada ou ausente.

Além disso, existe também a possibilidade da amostra ser insatisfatória. Isso acontece quando o material é considerado como acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço) ou quando a leitura fica prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de sangue; piócitos; artefatos de dessecação; contaminantes externos; intensa superposição celular.

A tabela 15 apresenta os resultados em relação à adequação do material coletado, mostrando um excelente percentual de lâminas satisfatórias (99,6%).

Tabela 15 - Análise da **adequabilidade** do material das lâminas de citopatológico, Porto Alegre, 2006

<b>Lâminas analisadas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Satisfatório	71.747	99,6
Insatisfatório	312	0,4
<b>Total</b>	<b>72.059</b>	<b>100,0</b>

Tabela 16 - Análise da **aceitabilidade** das lâminas coletadas, Porto Alegre, 2006

<b>Lâminas coletadas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aceita	72.059	99,7
Rejeitada	208	0,3
<b>Total</b>	<b>72.267</b>	<b>100,0</b>

Existe uma diferença de 149 casos entre o número de exames coletados referidos anteriormente no texto (72.208) e lâminas analisadas (72.059). Acreditamos que a nova versão de software tenha causado algum problema nos registros, determinado essa diferença.

Segundo FREITAS et al. (2001), as lesões de colo uterino podem ser estadiadas de acordo com o quadro 1, sendo que a cada estadiamento corresponde uma probabilidade de sobrevida (quadro 2).

Quadro 1 – Estadiamento FIGO 1995

<b>Estádio</b>	<b>Características</b>
0	- tumor primário não pode ser avaliado - sem evidência de tumor primário - carcinoma <i>in situ</i>
I	- carcinoma confinado ao colo do útero (extensão ao corpo deve ser desconsiderada)
IA	- carcinoma invasor pré-clínico, diagnosticado apenas por microscopia (microinvasor)
IA1	- invasão do estroma até 3mm
IA2	- invasão do estroma de 3 a 5 mm a partir da membrana basal e até 7mm em extensão horizontal
IB1	- igual ou menor que 4 cm
IB2	- maior que 4 cm (bulky) - tumor invasor maior que 5mm limitado ao colo uterino
II	- carcinoma invade além do colo uterino, mas não a parede pélvica ou terço inferior da vagina
IIA	- invade a vagina até 1/3 inferior
IIB	- compromete os paramétricos sem atingir a parede
III	- carcinoma se estende à parede pélvica e/ou envolve o terço inferior da vagina e/ou causa hidroforese ou rim não-funcionante
IIIA	- tumor envolve o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica
IIIB	- tumor se estende à parede pélvica e/ou parede pélvica e/ou causa invasão do estroma
IV	- tumor invade a mucosa da bexiga ou reto e/ou se estende além da pelve verdadeira
IVA	- invasão de bexiga e/ou reto
IVB	- metástase à distância

O quadro abaixo mostra que, quanto mais precoce for o diagnóstico e tratada a lesão, a sobrevida em 5 anos é maior e, conseqüentemente, melhor a qualidade de vida.

Quadro 2 - Distribuição da sobrevida em 5 anos segundo o estágio

<b>Estádio</b>	<b>Sobrevida em 5 anos (%) *</b>
I	81,6
II	61,3
III	36,7
IV	12,1

\*Fonte: Rotinas em Ginecologia, FREITAS, F., et al., 2001

Os dados abaixo foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS e mostram os números absolutos e percentuais das internações por câncer de colo de útero.

Tabela 17- Distribuição das **internações** segundo classificação do CID 10 para neoplasia maligna do colo do útero, Porto Alegre, 2006

Diagnóstico CID10 cap 02	Internações	
	n	%
C53.0 Endocervix	750	87,6
C53.1 Exocervix	35	4,1
C53.8 Lesao invasiva do colo do utero	22	2,6
C53.9 Colo do utero não especificado	49	5,7
<b>Total</b>	<b>856</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIHSUS/DATASUS

A tabela 18 mostra que a faixa etária na qual ocorre maior número de óbitos por câncer do colo do útero é entre os 40 e 60 anos. A literatura relata que o pico de incidência desse tipo de câncer situa-se nessa faixa etária e apenas uma pequena porcentagem ocorre antes dos 30 anos. Os diagnósticos são tardios, pois somente um pequeno percentual realiza o exame citopatológico pelo menos três vezes na vida.

Desde 1998, quando o Ministério da Saúde iniciou a implantação do SISCOLO, verifica-se que o número de óbitos tem se praticamente inalterado.

Tabela 18 - Série histórica dos óbitos por **câncer do colo do útero e coeficientes** segundo faixa etária, Porto Alegre, 1996-2006

Faixa Etária	20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80 e +	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
<b>1996</b>	1	0,9	11	9,6	12	12,5	14	22,0	12	24,4	10	36,2	5	41,6
<b>1997</b>	2	1,8	7	6,1	14	14,5	8	12,5	19	38,3	5	17,9	3	24,8
<b>1998</b>	2	1,8	7	6,0	9	9,3	20	31,1	11	22,1	7	24,9	3	24,6
<b>1999</b>	1	0,9	6	5,1	19	19,4	14	21,7	14	27,9	6	21,3	5	40,8
<b>2000</b>	-	-	10	9,0	16	15,1	14	18,9	8	15,4	9	26,4	3	20,1
<b>2001</b>	2	1,7	7	6,3	21	19,7	18	24,2	9	17,2	5	14,5	3	19,9
<b>2002</b>	-	-	4	3,6	17	15,8	13	17,3	10	18,9	3	8,7	2	13,1
<b>2003</b>	-	-	6	5,3	11	10,1	13	17,2	5	9,4	7	20,0	6	39,2
<b>2004</b>	2	1,6	9	7,9	6	5,5	9	11,8	19	35,5	10	28,4	4	25,9
<b>2005</b>	3	2,4	7	6,0	8	7,2	15	19,4	18	33,0	8	22,4	2	12,7
<b>2006</b>	1	0,8	2	1,7	10	8,9	14	17,9	14	25,5	7	19,4	2	12,6

Fonte: SIM/EVEV/SMS-PMPA

A tabela 18 mostra que o coeficiente de mortalidade por câncer do colo do útero tem se mantido estável. Em 2006 ocorreram 856 internações hospitalares e dessas 50 mulheres foram a óbito.

## FÓRMULA PARA CÁLCULO DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE DO COLO DO ÚTERO

$$\text{Coef. de mort. específica por causa} = \frac{\text{óbitos por causa específica}}{\text{população estimada no período}} \times 100.000$$

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 13/10/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e condutas Preconizadas. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/htmlpt/home.html>>. Acesso em 25/07/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e condutas Preconizadas (Recomendações para Profissionais de Saúde). Rio de Janeiro, 2006. 2ª Edição. Disponível em: <[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)>. Acesso em 25/07/2007.

DATASUS. Sistema de Informação Hospitalar/SUS. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 12/09/2007.

FREITAS, Fernando et al. Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: ARTMED, 2001. 4ª edição

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE. Secretaria Municipal de Porto Alegre. Disponível em <[www.portoalegre.rs.gov.br](http://www.portoalegre.rs.gov.br)>.