

Chamada para eliminar o câncer de colo de útero na próxima década com foco no Brasil

Walquíria Quida Salles Pereira Primo¹

Presidente da Comissão Nacional Especializada da Febrasgo de Ginecologia Oncológica

Neila Maria de Góis Speck²

Presidente da Comissão Nacional Especializada da Febrasgo de Trato Genital Inferior

Cecilia Maria Roteli-Martins³

Presidente da Comissão Nacional Especializada da Febrasgo de Vacinas

César Eduardo Fernandes [3]

Diretor científico Febrasgo

Agnaldo Lopes [4]

Presidente Febrasgo

1. Universidade de Brasília, Brasília DF, Brasil.

2. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

3. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

4. Universidade Federal de Minas Gerais

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

UnB – Universidade de Brasília, Asa Norte, 70910-900, Brasília, DF, Brasil.

walquiriaprime@gmail.com

Como citar:

Primo WQ, Speck NM, Roteli-Martins CM. Chamada para eliminar o câncer de colo de útero na próxima década com foco no Brasil. Femina. 2020;48(12):XXX-XX.

* Este manuscrito é a versão em língua portuguesa do editorial publicado "" na Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(12):XX-XX.

Em 2020, a OMS aprovou, na 73ª Assembleia Geral, a adoção da “Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do Câncer do Colo do Útero, como um Problema de Saúde Pública”, baseado em três pilares: garantir que 1) 90% das meninas recebam a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) até os 15 anos de idade, 2) 70% das mulheres realizem um exame de rastreamento com teste do HPV até os 35 e outro até os 45 anos de idade e 3) 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras ou câncer invasivo recebam tratamento.⁽¹⁾

O câncer de colo de útero é uma doença prevenível, curável, com alta morbidade e mortalidade entre mulheres nos países sem programas de prevenção organizados como no Brasil. Globalmente surgem mais de 570.000 novos casos anualmente e morrem mais de 311.000 mulheres a cada ano. De acordo com a OMS, a maioria das mortes acontece nos países com baixo índice de desenvolvimento.

No Brasil, o câncer de colo uterino ocupa o terceiro lugar entre as neoplasias malignas entre as mulheres, com 15,43 casos por 100.000 mulheres ao ano, e o quarto em mortalidade. ^(1,2)

Nas ações globais de rastreamento desse câncer em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, de forma organizada, com citologia oncótica cervicovaginal e intervalo trienal, com cobertura de 70% dessa população, há redução significativa da sua mortalidade, com cifras inferiores a 2 mortes por 100.000 mulheres ao ano. Porém, a sensibilidade da citologia tem sido questionada, e o rastreio com teste de HPV tem demonstrado maior acurácia. No compromisso da OMS em eliminar o câncer de colo uterino, a proposta de rastrear com teste de HPV 70% das mulheres, por duas vezes, nas idades de 35 e 45 anos, acarretará a redução da sua mortalidade em cerca de um terço.

No Brasil, o rastreamento não é organizado no sistema público e feito exclusivamente pela citologia oncótica, de forma oportunística. As diretrizes de rastreamento, publicadas em 2016 pelo Ministério da Saúde, orientam o exame por citologia oncótica com intervalo trienal para mulheres de 25 a 64 anos com dois exames anteriores normais. Considerando que a população-alvo seria 50 milhões de mulheres, com intervalo trienal, poder-se-ia rastrear 17 milhões de mulheres ao ano. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que 10 milhões de mulheres são rastreadas ao ano, porém sem ser a população-alvo. Em relação aos exames de citologia oncótica, segundo a publicação de Costa *et al.* (2015)⁽³⁾ sobre dados levantados pelo Ministério da Saúde nos anos de 2012-2013:

- A cobertura está abaixo de 70%;
- 50% são realizados anualmente;
- 10% são realizados com intervalo trienal;
- 20% são realizados abaixo de 25 anos e até abaixo de 20 anos de idade.

As vacinas para HPV são altamente efetivas e promovem uma diminuição significativa das infecções por HPV e, conseqüentemente, também das lesões neoplásicas do colo do útero. Entretanto, no nosso país, a cobertura da vacinação tem sido abaixo do necessário para uma ação efetiva nas próximas décadas. As razões para explicar as baixas coberturas são principalmente as barreiras logísticas de acesso e a falta de educação contínua da população.

Em 2014, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) introduziu a vacina quadrivalente para meninas de 9 a 14 anos em esquema de duas doses com intervalo de seis meses. Em 2017, o programa passou a contemplar também os meninos de 11 a 14 anos, também no esquema de duas doses. Na primeira dose, no primeiro ano de implantação, a cobertura foi de mais de 80%. Na segunda dose, quando o governo retirou o procedimento das escolas e transferiu-o para as unidades de saúde, houve queda expressiva das coberturas. Nos anos subsequentes as coberturas vêm caindo, refletindo o pouco interesse nesse importante momento de pandemia. Para os meninos, as coberturas são insuficientes, sendo necessárias estratégias por parte de profissionais, educadores e pais para expandir o alcance dos programas de vacinação.

No estado do Amazonas, onde a incidência de câncer de colo de útero é de 50/100.000 mulheres, atualmente a cobertura é insuficiente tanto para as meninas quanto para os meninos em todas as idades. Portanto, em 2014, a meta da cobertura das vacinas de HPV na primeira dose foi alcançada em apenas três meses, mas a experiência mostrou que vacinar adolescentes contra HPV

fora do ambiente escolar dificulta o objetivo de conseguir a erradicação do câncer do colo de útero na próxima década.

Em 2020, de janeiro a julho, a mortalidade por câncer invasor de colo do útero esteve entre 25 e 30 óbitos por mês (uma morte a cada 24 horas) em todo estado do Amazonas, e as coberturas vacinais caíram a níveis preocupantes. O governo do Amazonas suspendeu os procedimentos de tratamento em razão da pandemia, sendo esperado um impacto importante na mortalidade nos próximos meses.

O câncer do colo do útero é, portanto, um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, mesmo sendo uma neoplasia evitável com medidas de prevenção primária (vacina contra o HPV) e prevenção secundária (exames de rastreamento), que têm comprovada eficácia e efetividade. Assim, o câncer do colo do útero é uma doença prevenível e, quando diagnosticado na fase inicial da doença, tem elevado índice de cura. O tratamento adequado e sem atrasos é fator prognóstico importante já comprovado com inúmeros trabalhos.

Os cânceres invasivos do colo do útero são geralmente tratados com cirurgia ou radioterapia combinada com quimioterapia. A escolha da melhor opção terapêutica depende do estadiamento clínico do tumor, da idade, da história reprodutiva, do estado geral da paciente e das condições disponíveis no serviço de saúde. No Brasil, aproximadamente 80% das mulheres com diagnóstico de doença invasiva, estão na fase avançada, fora de condições técnicas de cirurgia, sendo necessárias a radioterapia e a quimioterapia como tratamento, gerando, assim, um enorme custo social e financeiro.⁽⁴⁾

No Brasil, em consequência das características socioeconômicas e culturais encontradas, temos um cenário em que coexistem fatores relacionados à pobreza e ao desenvolvimento e, assim, o acesso a serviços de rastreamento e diagnóstico e os tratamentos oportunos são severamente comprometidos. Como consequência, as limitações de acesso a serviços de saúde não somente impedem as mulheres pobres de serem diagnosticadas, mas também impossibilitam que elas tenham tratamento adequado e suficientemente em tempo de se obter a cura. Em nosso país, esse câncer ocorre predominantemente em mulheres não brancas (62.7%) e com baixa escolaridade (62.1%), reforçando que essa neoplasia não é apenas uma questão de saúde mas também um problema social. [5]

O sistema público de saúde brasileiro atende 75,32% dos pacientes com câncer, ou seja, cerca de 448.959 casos de câncer foram atendidos na rede pública em 2016. O período entre o diagnóstico e o primeiro tratamento durou mais de 60 dias em 58,0% dos casos, ocorrendo mortes precoces em 11% delas [5]. Salienta-se que a radioterapia tem papel importante como tratamento adjuvante ou exclusivo, sobretudo no câncer do colo do útero, conforme a extensão dessas doenças e no Brasil existem apenas 50,8% da quantidade necessária de equipamentos de tratamento radioterápico.⁽⁶⁾

Referente aos óbitos, quase nove de cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer de câncer cervical antes dos 75 anos de idade é três vezes maior. É importante salientar as mortes preveníveis de mulheres jovens, quando tratadas adequadamente, no auge de suas vidas laborativas, sendo muitas chefes de família.

O objetivo dessa chamada é focar a atenção nesse grave problema de saúde que é o câncer de colo do útero, que, por ser assintomático nas fases iniciais, não consegue mobilizar a opinião pública de forma efetiva para que as ferramentas disponíveis para sua erradicação sejam aplicadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Launch of the global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/11/17/default-calendar/launch-of-the-global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer>
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2019 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Costa RFA, Longatto-Filho A, Pinheiro C, Zeferino LC, Fregnani JH. Historical analysis of the Brazilian Cervical Cancer Screening Program from 2006 to 2013: a time for reflection. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138945. doi: 10.1371/journal.pone.0138945
4. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHC. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer de colo de útero associado ao estadiamento inicial. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):417-26.
5. Gynecological cancer panorama in Brazil - *JCO Global Oncol* 6:1617-1630. 2020).
6. Mendez LC, Moraes FY, Fernandes GDS, Weltman E. Cancer deaths due to lack of universal access to radiotherapy in the Brazilian Public Health System. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2018;30(1):e29-e36. doi: 10.1016/j.clon.2017.09.003