

DOSSIÊ DE ESTRATÉGIAS DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO BRASIL

Neila Maria de Góis Speck
Jesus Paula Carvalho

DOSSIÊ DE ESTRATÉGIAS DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO BRASIL

NEILA MARIA DE GÓIS SPECK*
JESUS PAULA CARVALHO**

*Presidente da Comissão Nacional Especializada de Trato Genital Inferior da Febrasgo
** Presidente da Comissão Nacional Especializada de Ginecologia Oncológica da Febrasgo

O texto se refere ao relatório final do Fórum “Rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil”, promoção conjunta das duas CNEs, durante o 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Belém, PA, em novembro de 2017, e será apresentado ao Ministério da Saúde como proposta da Febrasgo para ser analisada pelas seções competentes daquele órgão.

Os apresentadores dos temas debatidos foram:
Dra. Walquiria Quida Salles Pereira Pinto;
Dra. Diama Bhadra Andrade Peixoto do Vale
Dra. Sophie Françoise Mauricette Derchain
Os relatores do Fórum foram:
Dra. Neila Maria de Góis Speck
Dr. Jesus de Paula Carvalho

Introdução

O câncer do colo do útero é a terceira neoplasia mais frequente em mulheres brasileiras. Grande variação regional é observada, refletindo os diferentes níveis de desenvolvimento das regiões. Apesar da mortalidade e incidência serem altas no Brasil, na última década vem sendo observada uma discreta redução nessas taxas. Este fato pode representar uma melhora nos indicadores de desenvolvimento ou ser resultado de recentes políticas públicas no controle do câncer.

Em nosso meio apenas 20% dos casos de câncer do colo do útero são diagnosticados em estágio inicial (Estadio I), que são os cânceres diagnosticados através do rastreamento. Cerca de 80% dos casos são diagnosticados em mulheres que não estão participando do rastreamento. Isto indica uma baixa cobertura da população alvo e/ou uma baixa eficiência do programa de rastreamento vigente (INCA, 2015).

O rastreamento organizado é também chamado de base populacional, onde todas as pessoas da população alvo são convocadas para a realização do teste. Já no rastreamento oportunístico as pessoas participam de acordo com a procura espontânea ao serviço de saúde. O rastreamento oportunístico, que é o que acontece no Brasil, é de baixa eficiência porque um grande número de mulheres fora da população alvo é rastreada, ou por estar fora da faixa etária ou por estar realizando o teste a um intervalo menor do que o recomendado. E o mais importante, é que o rastreamento oportunístico deixa de rastrear parte da população alvo, atingindo portanto uma baixa cobertura.

No Brasil, se considerarmos que a nossa população alvo é de cerca de 50 milhões de mulheres, e que a recomendação é de que sejam realizados exames a cada três anos, cerca de 17 milhões de mulheres deveriam realizar o exame anualmente. O SUS realiza anualmente cerca de 10 milhões de exames; entretanto,

como o nosso programa é oportunístico, sabemos que boa parte desses exames é realizado fora das recomendações, então a taxa de cobertura é baixa.

Em países que adotam programas organizados de rastreamento as mulheres são convocadas principalmente de forma individual por carta. A convocação é realizada através de registros de base populacional na maior parte dos programas. Para que isso aconteça a mulher deve estar inserida num sistema de informação que seja capaz de identificar as mulheres alvo.

Uma questão importante no rastreamento do câncer do colo do útero que contribui para a baixa eficiência do programa é a baixa sensibilidade da citologia como teste de rastreamento, e a dificuldade de se estabelecer um controle de qualidade deste teste. Estudos demonstraram a superioridade da pesquisa do DNA-HPV (ou teste de HPV) na detecção de lesões precursoras e câncer, às custas de uma discreta redução da especificidade.

O principal valor do teste HPV é o seu alto valor preditivo negativo, ou seja, um exame negativo praticamente assegura a ausência de lesão por um longo período de tempo. Já a presença do teste positivo estratifica a mulher para exames subsidiários, como a citologia e se alterada, a colposcopia. O teste de DNA-HPV pode ser utilizado como método de rastreamento primário, e o intervalo de cinco anos entre os exames é seguro. O teste de HPV por ser automatizado permite um controle de qualidade mais eficiente e pode ser uma estratégia pra aumentar a cobertura se considerarmos a possibilidade de atingir com mais facilidade a população com dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Isso porque com o teste de HPV é possível oferecer a técnica da auto-coleta, com discreta perda da sensibilidade e especificidade.

Revisão da literatura

No Brasil, em 2016, são esperados 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. É a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, excluído pele não melanoma. Em 2013, ocorreram 5.430 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres. As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Na análise regional, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte do Brasil, com 23,97 casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, ele ocupa a segunda posição, com taxas de 20,72/100 mil e 19,49/100 mil, respectivamente, e é o terceiro mais incidente na região Sudeste (11,3/100 mil) e quarto na Sul (15,17/100 mil). Quanto à mortalidade, é também na região Norte que se evidenciam as maiores taxas do país, sendo a única com nítida tendência temporal de crescimento. Em 2013, a taxa padronizada pela população mundial foi de 11,51 mortes por 100.000 mulheres, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nesta região. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde este câncer representou a terceira causa, as taxas de mortalidade foram de 5,83/100 mil e 5,63/100 mil. As regiões Sul e Sudeste tiveram as menores taxas (4,39/100 mil e 3,59/100 mil) representando a sexta colocação entre os óbitos por câncer em mulheres.

(Nível de Evidência NE -1A). Schilithz AOC et al Estimativa 2016 Incidência de Câncer no Brasil (2015) Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva p25-113

A identificação de alguns tipos de papilomavírus humano (HPV) como necessário, mas não suficiente, causa de câncer cervical, sugeriu o uso de testes de HPV na prevenção do câncer cervical. Estaria indicado como teste primário de triagem, para alteração citológica limítrofe, para seguimento após teste primário positivo, mas sem histologia anormal e como teste de cura após tratamento de lesão de alto grau. Baseado em revisão extensa de literatura conclui-se que o rastreio do câncer de colo do útero com base no teste de DNA do HPV como teste primário de triagem é mais protetor do que o rastreamento baseado em citologia. O excesso de encaminhamento à colposcopia e o excesso de diagnóstico de lesões com potencial regressivo podem ser evitados seguindo os protocolos apropriados. Intervalo de rastreio maiores (≥ 5 anos), idade para iniciar (30-35 anos) e parada (64-65anos). Além do mais, o teste de HPV é eficiente para triagem da citologia ASC-US, onde a positividade requer exames subsidiários e a negatividade libera a mulher do exame; para acompanhamento diagnóstico e como teste de cura. **(NE - 2A) Ronco G, Rossi PG, Role Of Hpv Dna Testing In Modern Gynaecological Practice, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology (2017), doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.08.002.**

De acordo com o Centro de Informação sobre o HPV e o Câncer do Instituto Catalão de Oncologia (ICO), a prevalência de HPV relatada em diferentes estudos entre mulheres com citologia normal variou entre 3,8% no Peru (mulheres entre 18 e 65 anos) e 49,9% na Argentina (mulheres de 18 a 69 anos). Como esperado, a prevalência aumentou consistentemente com a gravidade das lesões, especialmente para determinados tipos de HPV, como HPV16 e HPV18, o mesmo também foi observado em outras regiões do mundo. A prevalência desses dois tipos de HPV foi de 4,5% em mulheres com normalidade da citologia e 69,5% em mulheres com câncer cervical invasivo. No entanto, os dados disponíveis mostram alguma variabilidade na prevalência de HPV16 e HPV18 em países da América Central e do Sul, variando de 38,3% na Bolívia a 85,2% no Chile para câncer invasivo e de 37,8% em Cuba para 71,0 % no Chile para lesões de alto grau (HSIL). Essas variações podem influenciar a relação custo-eficácia dos programas de vacinação contra o HPV, bem como o desempenho de estratégias de triagem baseadas em genótipos de HPV. No entanto, as limitações na qualidade dos dados devem ser revistas. Os países da região com taxas de incidência mais baixas têm uma maior prevalência desses dois tipos de HPV em câncer invasivo e vice-versa (ou seja, uma incidência de câncer de 13,9 por 100.000 e prevalência de câncer de HPV16 / 18 de 85,8% no Chile, mas uma incidência de câncer de 22,2 por 100.000 e prevalência de câncer de HPV16 / 18 de 38,3% na Bolívia). **(NE -1A) Murillo R, Herrero R, Sierra MS, Forman D (2016). Etiology of cervical cancer (C53) in Central and South America. In: Cancer in Central and South America. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: http://www-dep.iarc.fr/CSU_resources.htm, accessed [11/09/2017].**

Apesar das vacinas contra o HPV, o rastreio permanecerá necessário durante décadas para controlar o câncer cervical. Recentemente, o teste de HPV sozinho ou com citologia foi introduzido como uma alternativa à triagem citológica. No entanto, a maioria das infecções por HPV são inofensivas e são necessários testes adicionais para identificar mulheres com infecções progressivas ou pré-câncer. Com três opções para triagem primária e sem estratégias claras para triagem de mulheres positivas para o rastreio, há uma grande confusão

sobre a melhor abordagem. Além disso, o aumento da cobertura da vacinação contra o HPV conduzirá a uma menor prevalência da doença e forçar novas abordagens de triagem. Atualmente as estratégias de triagem recomendadas para a triagem primária de HPV incluem genotipagem de HPV para HPV16 e HPV18 e citologia. Outras alternativas que atualmente são avaliadas incluem a citologia de coloração dupla p16 / Ki-67, metilação do hospedeiro e teste de metilação viral. Um ótimo rastreio integrado e a estratégia de triagem deve tranquilizar a grande maioria das mulheres que estão em um risco muito baixo de câncer cervical, enviar as mulheres com maior risco para colposcopia no momento certo, quando a doença pode ser detectada por colposcopia e minimizar o grupo de risco intermediário que requer vigilância contínua. **(NE – 2A) Wentzensen N, et al. Triage of HPV positive women in cervical cancer screening (2016) Journal of Clinical Virology (76) S49-S55**

Em estudo mexicano comparando estratégias de rastreamento com o desempenho dos testes de HPV com citologia convencional para rastreio de câncer cervical, foram obtidos espécimes de esfregaços de Papanicolaou, espécimes vaginais auto-coletados e espécimes coletados por profissional da saúde para testes de HPV em colo em 7868 mulheres; as idades compreendidas entre os 15 e os 85 anos, atendendo às diretrizes de rastreamento do câncer cervical no Instituto Mexicano de Segurança Social (IMSS), entre maio e outubro de 1999. Os espécimes de auto-coleta e coletados por profissionais foram selecionados para o teste de DNA HPV oncogênico por Captura híbrida 2. Mulheres que receberam interpretações citológicas de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) e / ou um teste HPV positivo foram encaminhadas para colposcopia e estudos histológicos. As estimativas relativas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos de cada teste foram calculados utilizando diagnósticos histológicos de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) graus 2 ou 3, ou câncer. Como resultados a taxa de detecção de HPV oncogênico foi de 11,6% para auto-coleta e 9,3% para coleta por profissional. Foram observadas anormalidades de esfregaços de Papanicolaou em 2,4% das mulheres. Das 1147 mulheres que tiveram pelo menos um resultado de teste anormal, 88,5% foram submetidas à colposcopia, e 101 casos de NIC 2 / 3 confirmados por biópsia ou casos de câncer foram identificados. As estimativas de sensibilidade relativa para o teste de Papanicolaou, auto-coleta e coleta profissional foram 59,4% (IC 95%: 49,2-68,9), 71,3% (IC 95%: 61,3-79,6) e 93,1% (IC 95%: 85,8-96,9), respectivamente, enquanto as especificidades foram de 98,3% (IC 95%: 98,0-98,6), 89,2% (IC 95%: 88,5-89,9) e 91,8% (95% CI: 91,2-92,4), respectivamente. Os valores preditivos positivos de Papanicolaou, auto-coleta e coleta profissional foram 36,1, 9,1 e 14,9, a colposcopia as referências necessárias para detectar um caso de NIC 2 / 3 ou câncer foram 2,8, 11,0 e 6,7, respectivamente. Ambos os testes de HPV detectaram mais casos de NIC 2 / 3 ou câncer cervical do que a citologia convencional. No entanto, os ensaios de HPV aumentaram o número de referências para a colposcopia. Este estudo sugere que o teste de HPV pode ser um meio efetivo para melhorar o desempenho da triagem para o câncer. **(NE – 2a) Salmerón, J et al, Comparison of HPV- based assays with Papanicolaou smears for cervical cancer screening in Morelos State, Mexico (2003) Cancer Causes & Control 14 (6) 505-512**

No estudo Athena o objetivo foi descrever os dados de uma análise prospectiva e multicêntrica de rastreamento do câncer cervical nos EUA. Um total de 47.208 mulheres com idade igual ou superior a 21 anos submetidas a rastreio de rotina foram matriculadas. A citologia líquida e os testes de HPV foram

realizados. As mulheres com citologia anormal foram submetidas à colposcopia, assim como as mulheres positivas para HPV de alto risco (hrHPV) e um subconjunto aleatório de mulheres negativas para ambos os testes com idade igual ou superior a 25 anos. A prevalência de anormalidades citológicas foi de 7,1%; positividade para hrHPV, genotipagem para HPV 16 e HPV 18 (teste de cobas) em 12,6%, 2,8% e 1,0% das mulheres, respectivamente. Anormalidades citológicas e positividade ao hrHPV diminuíram com o aumento da idade. A prevalência ajustada de neoplasia intraepitelial cervical de grau 2 (NIC 2) ou maior em mulheres com idade entre 25-34 anos foi de 2,3%, diminuindo para 1,5% entre mulheres mais velhas. Concluiu-se que o estudo fornece importantes estimativas da prevalência de anormalidades citológicas, positividade ao hrHPV e NIC 2 ou maior em uma população de triagem dos EUA. **(NE – 1B) Wright Jr, TC et al The ATHENA human papillomavirus study: design, methods, and baseline results(2012) American Journal of Obstetrics & Gynecology 46 e1-e11**

Neste mesmo estudo, comparou-se estratégias de triagem do câncer de colo do útero com o padrão atual de triagem para a detecção de doença cervical de alto grau. As mulheres (n = 34.254) com idade igual ou superior a 30 anos foram submetidas a rastreamento com citologia e testes de HPV com genotipagem simultânea para os HPV16 / 18; aquelas com citologia contendo células escamosas atípicas de significado indeterminada (ASCUS+) ou maior ou HPV-positivo foram encaminhados para colposcopia. Em geral, as estratégias de triagem que ofereciam maior sensibilidade também requeriam mais encaminhamento para colposcopia. O teste de HPV foi mais sensível do que a citologia para a detecção de neoplasia intraepitelial cervical de grau 2 ou superior (NIC 2+), mas as estratégias que dependem de citologia para triagem de mulheres positivas para HPV diminuíram essa sensibilidade. Várias estratégias de associação da citologia com HPV, aumentaram a sensibilidade no diagnóstico. Estratégias que incluíram testes integrados de HPV 16 / 18 forneceram uma remessa mais eficiente para colposcopia. Concluiu-se que estratégias que maximizam a detecção de mulheres com maior risco de neoplasia intraepitelial cervical grau 3 ou superior referenciando-as imediatamente à colposcopia; para mulheres com risco intermediário, diminuir o encaminhamento para colposcopia. Incorporando ao rastreio com HPV a triagem de mulheres positivas para HPV16 / 18 e citologia, proporcionou um bom equilíbrio entre maximizar a sensibilidade e a especificidade, limitando o número de colposcopias. **(NE – 1B) Cox JT, Castle PE, Behrens CM, et al. Comparison of cervical cancer screening strategies incorporating different combinations of cytology, HPV testing, and genotyping for HPV 16/18: results from the ATHENA HPV study. Am J Obstet Gynecol 2012;208:1.e1-1.e11**

O teste de genotipagem de HPV 16 e 18, pode permitir que os clínicos identifiquem as mulheres com maior risco de neoplasia intraepitelial cervical subjacente perdida pela citologia oncológica. O objetivo do estudo foi determinar a relação custo-eficácia da adição de triagem de genótipos de HPV-16 e 18 às atuais estratégias de triagem de câncer cervical nos Estados Unidos. Foi desenvolvido um modelo Markov de vida para avaliar a relação custo-eficácia dos seguintes algoritmos de triagem de câncer cervical: (1) citologia em meio líquido (LBC), (2) triagem LBC + HPV, (3) triagem HPV + LBC, (4) co-teste, (5) co-teste + genotipagem HPV, e (6) somente HPV + genotipagem HPV. Os custos foram estimados a partir de uma perspectiva do pagador em dólares norte-americanos de 2007. As medidas de resultado incluíram o risco ao longo da vida de câncer de colo do útero, os anos de vida ajustados pela qualidade salvos (QALYs) e os índices incrementais de custo-

efetividade (ICERs). Em nosso modelo, o uso de estratégias de genotipagem do HPV impediu 51-73 mortes por 100.000 mulheres selecionadas em comparação com o rastreamento usando LBC, seguido de triagem de HPV e 4-26 óbitos em comparação com co-teste com LBC e HPV de alto risco. O uso de genotipagem de HPV para triagem de todas as mulheres positivas para HPV de alto risco a cada três anos teve um ICER de US \$ 34,074 por QALY em comparação com o co-teste de HPV e LBC. A genotipagem do HPV com co-teste foi a estratégia mais eficaz e teve um ICER de US \$ 33.807 por QALY em comparação com a genotipagem do HPV para todas as mulheres com HPV de alto risco. A adição de triagem de genótipos de HPV-16 e 18 ao co-teste e LBC foi uma estratégia de triagem econômica nos Estados Unidos. **(NE- 2B) Vijayaraghavan A et al Cost effectiveness of using human papillomavirus(HPV) 16/18 genotype triage in cervical cancer screening(2010) Gynecologic Oncology 119(2) 237-242**

A auto-coleta vaginal do teste de HPV pode ser uma alternativa para as mulheres que recusam a triagem citológica. Foi organizada uma campanha de triagem cervical utilizando auto-amostragem hRHPV, incluindo 22.702 mulheres com idade entre 35 e 69 anos residentes em bairros socioeconômicos baixos de Marselha. Um seguimento citológico e / ou histológico foi realizado para um subconjunto de mulheres portadoras de tipos hRHPV. O teste *Abbott RealTime High Risk HPV* foi utilizado para triagem, enquanto o teste *INNO-LiPA HPV Genotyping Extra* foi usado para genotipagem. Foram realizadas 4245 auto-amostras (taxa de participação, 18,7%), dos quais 609 (14,3%) foram hRHPV + pelo teste de triagem incluindo 114 HPV 16 (18,7%), 41 HPV 18 (6,7%), 454 hRHPV não-16 / 18 (75,4%). Uma amostra de 260 de 454 hRHPV não-16/18 foi genotipada pelo INNO-LiPA, que revelou HPV52 (35%), 66 (22,6%), 51 (19,6%), 31 (15,7%), 39 (13%), 56 (10,4%) e 53, 35, 59, 33, 58, 82, 45, 68, 73 (<10% cada). No mês 12, um 2º kit de auto-coleta foi enviado para 274 das mulheres 609 anteriormente hRHPV + que não possuíam um teste de Papanicolaou previamente realizado. Destas 274 mulheres, 130 forneceram uma amostra para testes de HPV; um não era interpretável, 56 eram HPV negativos e 73 eram hRHPV + (10HPV16 +, 3HPV18 +, 60hRHPV não-16/18 +). Das 345 mulheres com seguimento citológico e / ou histológico 19 (5,5%) apresentaram lesões ≥NIC 2 (11 foram HPV16 + e 8 hRHPV não-16/18). Este estudo ilustra a eficácia potencial da auto-amostragem como uma estratégia de triagem de câncer para mulheres com deficiência socioeconômica que não participam de programas regulares de triagem de Papanicolaou. **(NE – 2A) Tamalet C et al Genotyping and follow-up of HR-HPV types detected by self-sampling in women from low socioeconomic groups not participating in regular cervical cancer screening in France(2016) Journal of Clinical Virology (78) 102-107**

A persistência de papilomavírus humano de alto risco (hRHPV) é a principal causa de neoplasia cervical. A detecção precoce de hRHPV é importante para identificar mulheres em risco de desenvolver lesões cervicais. Aproximadamente 85% dos novos casos de câncer cervical em todo o mundo e 50% das mortes totais de câncer cervical ocorreram em países em desenvolvimento. Aqui, uma nova metodologia para apoiar um programa de rastreio de câncer cervical foi avaliada em mulheres de várias regiões brasileiras. Duas mil mulheres com idade entre 18 e 77 anos foram matriculadas em um programa oportunista de seleção de câncer de colo do útero e foram distribuídas aleatoriamente em grupos de amostragem cervical por auto-coleta ou com orientação profissional de saúde. O teste QIAGEN careHPV™ foi realizado em todas as amostras. Testes de Papanicolaou foram realizados em todas as mulheres usando citologia em meio líquido.

Os resultados positivos de hRHPV foram obtidos em 12,3% (245/2000) das mulheres; taxas semelhantes foram observadas em amostras coletadas por profissionais de saúde. Oitenta e nove por cento (1719/2000) de citologias cervicais classificadas como normais foram negativas para hRHPV. Entre as amostras citológicas, 36,6% classificadas como ASC-US + foram positivas para hRHPV, 78,8% de positividade do hRHPV foram lesão de baixo grau e 75,0% foram lesão de alto grau. Os espécimes vaginais / cervicais amostrados de acordo com material de auto-coleta e com material de coleta profissional não diferiram em suas taxas de detecção de hRHPV. Portanto, o teste de DNA do HPV em material cervico-vaginal de auto-coleta é uma alternativa à triagem primária em locais de recursos baixos. **(NE – 2C) Lorenzi AT, et al Self-collection for high-risk HPV detection in Brazilian women using the careHPV™ test (2013) Gynecologic Oncology 131 (1) 131-134**

Dentre o planejamento estratégico do Ministério da Saúde do Brasil para controle de doenças crônicas não transmissíveis, está o controle do câncer do colo do útero:

Controle do Câncer do Colo do Útero

> AÇÕES PRIORITÁRIAS

O controle do câncer do colo do útero está previsto no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [1]. No Plano, são destacadas as seguintes ações:

- Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.
- Implantar o Programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia.
- Capacitar profissionais da Atenção Básica e Secundária para o rastreamento do câncer do colo do útero.
- Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.
- Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país.
- Garantir tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero.
- Consolidar um sistema nacional, padronizado e integrado de informação sobre o câncer.

Referência

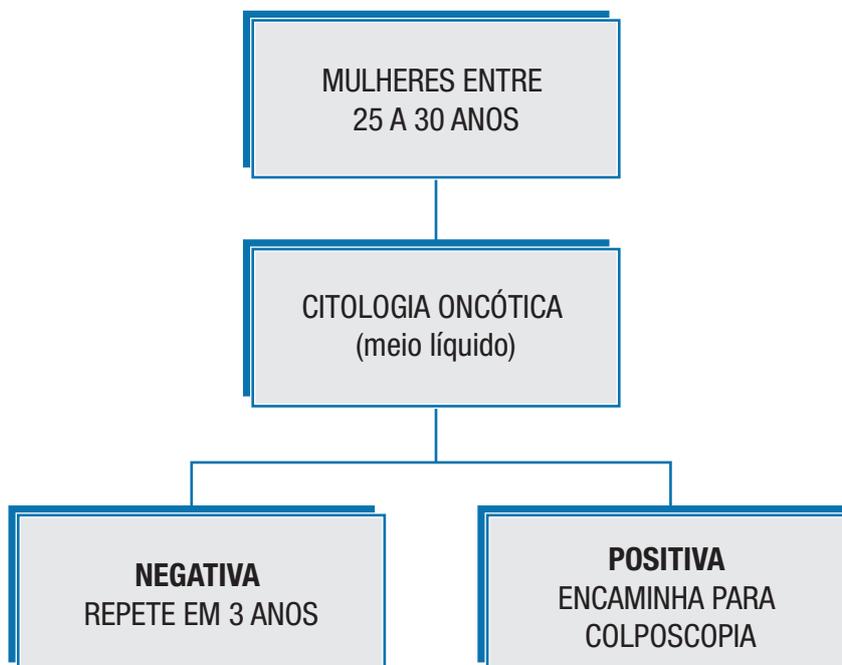
[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. [Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis \(DCNT\) no Brasil](#). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

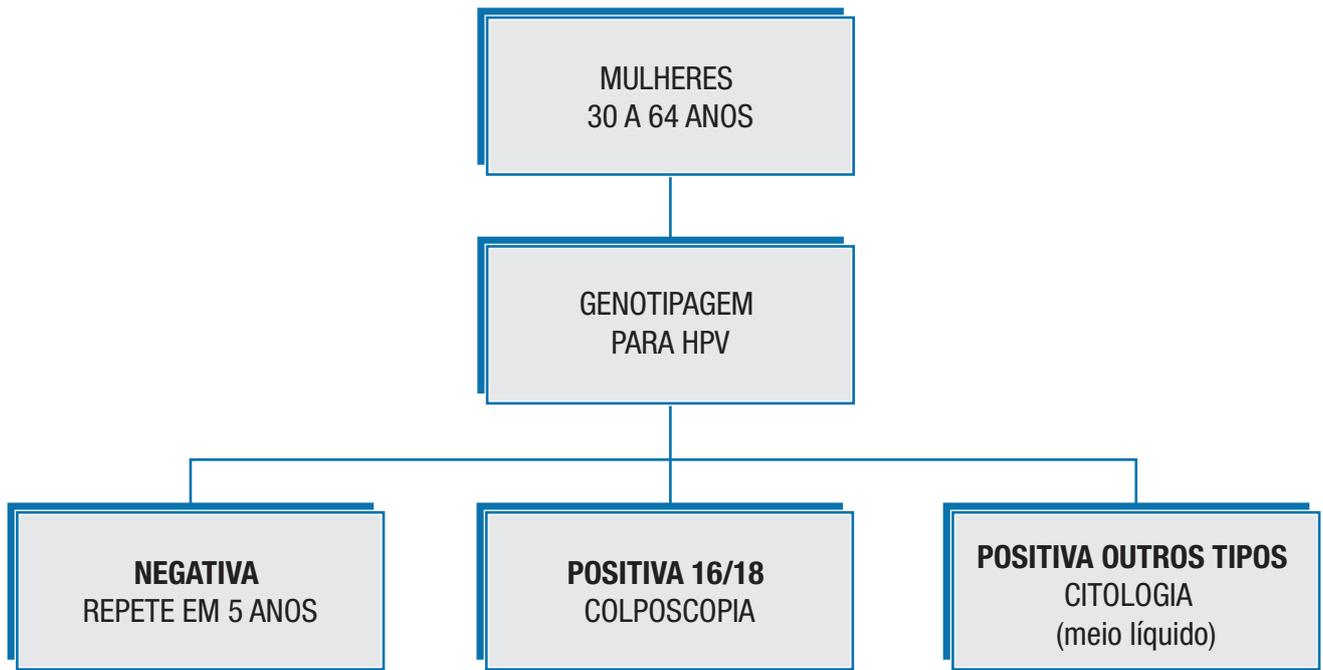
Assim, nós como entidade respeitada na especialidade de Ginecologia, vimos fazer proposta de adequação das ações de rastreamento deste câncer no nosso país.

PROPOSTA DA FEBRASGO PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO, COMO ACRÉSCIMO ÀS DIRETRIZES DO ANO DE 2016 DO MS-INCA

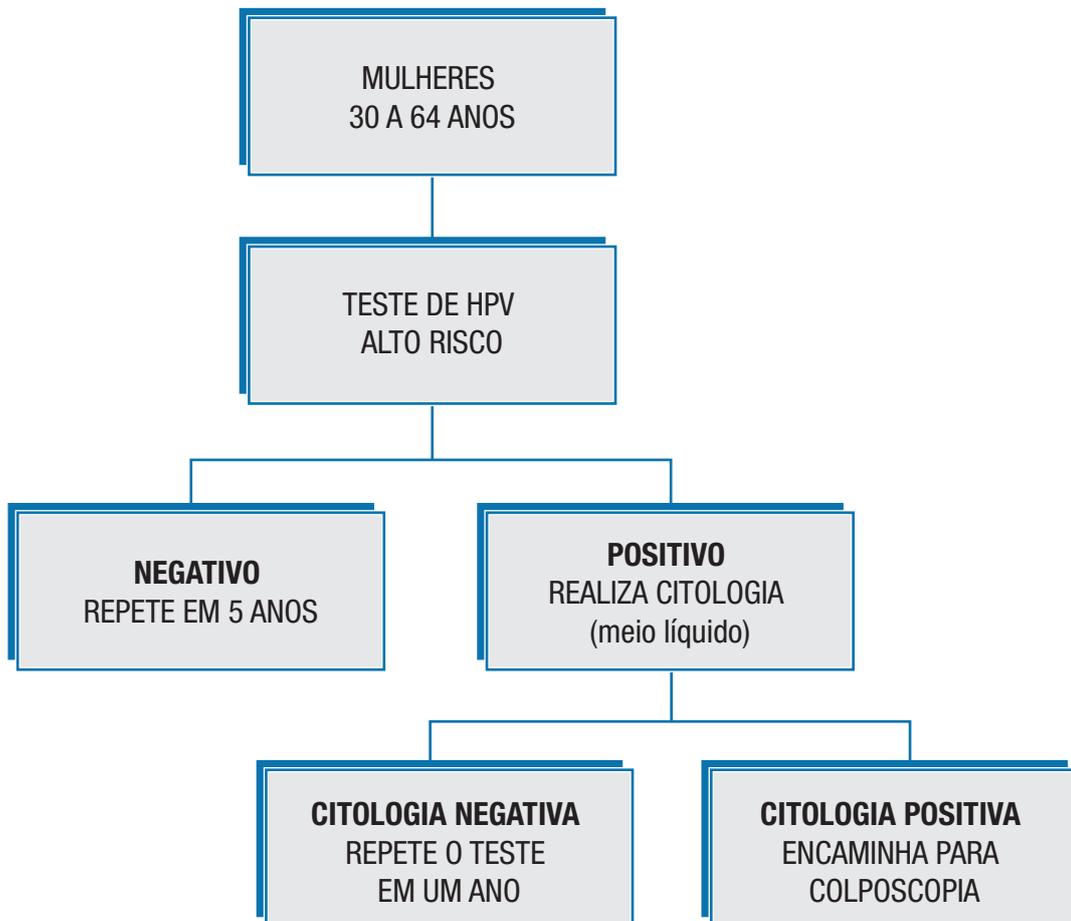
- 1- ORGANIZAR O SISTEMA DE RASTREAMENTO, TORNANDO-O ORGANIZADO A PARTIR DE UMA BASE POPULACIONAL
- 2- INSERÇÃO DO TESTE DE DNA-HPV COMO TESTE PRIMÁRIO SEGUIDO DE CITOLOGIA ONCÓTICA EM MEIO LÍQUIDO PARA OS CASOS POSITIVOS
- 3- COMO TESTE PRIMÁRIO SE HOVER A INSERÇÃO DA GENOTIPAGEM, AS MULHERES POSITIVAS PARA O HPV 16/18 SERÃO ENCAMINHADAS DIRETAMENTE À COLPOSCOPIA. AS POSITIVAS PARA OUTROS HPV NÃO 16/18 TERÃO A CITOLOGIA ONCÓTICA EM MEIO LÍQUIDO COMO SEGUNDO EXAME.
- 4- UTILIZAR AUTO-COLETA COM TESTE DE DNA-HPV PARA MULHERES QUE REJEITAM O EXAME PROFISSIONAL, OU ÀQUELAS VIVENTES EM ÁREAS LONGINQUA

FLUXOGRAMA DA AÇÃO DE RASTREAMENTO





OU



REFERÊNCIAS CONSULTADAS

1. INCA - Instituto Nacional de Câncer - Estimativa 2016. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>. Accessed 15 Mar 2016
2. Vale DB, Sauvaget C, Muwonge R, et al (2016) Disparities in time trends of cervical cancer mortality rates in Brazil. *Cancer Causes Control* CCC 27:889–896 . doi: 10.1007/s10552-016-0766-x
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Registro hospitalar de câncer. <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>. Accessed 3 Jun 2015
4. Adab P, McGhee SM, Yanova J, et al (2004) Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening: comparison with organized screening. *Med Care* 42:600–609
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015) Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm. Accessed 28 May 2015
6. Instituto Nacional de Câncer (2016) Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016 - segunda edição
7. Brasil. DATASUS. SISCOLO / SISMAMA. <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siscolo-sismama>. Accessed 3 Aug 2017
8. Basu P, Ponti A, Anttila A, et al (2017) Status of implementation and organization of cancer screening in the European Union Member States - summary results from the second European screening report. *Int J Cancer*. doi: 10.1002/ijc.31043
9. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, et al (2017) Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev* 8:CD008587 . doi: 10.1002/14651858.CD008587.pub2
10. Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, et al (2008) Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ* 337:a1754
11. Rijkaart DC, Berkhof J, Rozendaal L, et al (2012) Human papillomavirus testing for the detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and cancer: final results of the POBASCAM randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 13:78–88 . doi: 10.1016/S1470-2045(11)70296-0
12. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, et al (2010) Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 11:249–257 . doi: 10.1016/S1470-2045(09)70360-2
13. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, et al (2014) Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol* 15:172–183 . doi: 10.1016/S1470-2045(13)70570-9



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria