



Boletim Eletrônico Abril 2010
28ª edição

Edição especial da situação brasileira do câncer do colo do útero e recomendações para o rastreamento populacional

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO- SITUAÇÃO BRASILEIRA

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres por ano. **No Brasil, para 2010, são esperados 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero são elevadas, constituindo-se em um grave problema de Saúde Pública.** A série histórica divulgada pelo Ministério da Saúde contempla dados que vão de 1979 a 2005. Nesse período as taxas de mortalidade ajustadas por idade passaram de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representa um incremento de 6,4% em 26 anos. Certamente, há muitos fatores que contribuem para esse cenário, mas três aspectos podem ajudar a compreender melhor o problema e merecem destaque: **a cobertura do exame Papanicolaou** (que deve ser de 80% nas mulheres de 35 a 59 anos de idade) , seu desempenho (quantidade inferior a 5% de amostras insatisfatórias e baixo índice de atipias de significado indeterminado) e **o estadiamento no qual os casos são diagnosticados** (quase 50% apresenta câncer no estágio III e IV).

Apesar de todas as iniciativas de aumento da cobertura populacional do rastreio das lesões precursoras do câncer do colo do útero e relativa disseminação das práticas para seu diagnóstico e tratamento, ainda são altas as taxas de incidência e de mortalidade por esta doença. Contudo indicadores já apontam resultados positivos como o decréscimo destas taxas em alguns estados. Num país como o nosso de dimensões e diversidade impar faz-se necessário a individualização de estratégias que atendam as particularidades de determinadas populações.

Estratégias tais como a capacitação adequada de profissionais, programa em desenvolvimento , que tem com objetivo integrar as várias instituições atuantes nesta área de interesse , de forma a disseminar experiências de sucesso para todo o país, respeitando as diferenças locais e regionais e aproveitando suas capacidades , aliada a uma série de ações de aumento da cobertura, organização dos serviços e controle de qualidade , a adesão as recomendações do Manual de Condutas padronizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS) e a participação efetiva das Secretarias de Estado e Município são fatores fundamentais para que as ações se fortaleçam, permaneçam coesas , dando respaldo á continuidade do programa. **A ABG acredita que o alinhamento de estratégias , parcerias e esforços**

podem causar impacto relevante e reduzir a incidência desta doença.

Fonte: 1. INCA. INCA lança Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/lancamento_estimativa_2010 Acessado em 21/04/2010. Thuler, LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5):216-8.

QUAL A IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO?

O rastreamento do câncer de colo uterino por meio da citologia oncológica cérvico-vaginal é reconhecido como estratégia segura e eficiente mundialmente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura, ou seja, de 80%, e associa-se ao tratamento do câncer de colo uterino nos estágios iniciais, sua efetividade tem resultado em diminuição das taxas de incidência de câncer cervical invasor de até 90%. A experiência nos países nórdicos, por exemplo, mostra redução na taxa de incidência do câncer de colo uterino entre 1986 a 1995 de 34% na Noruega, 54% na Dinamarca, 55% na Suécia, 75% na Finlândia e 67% na Islândia.

QUANDO O RASTREAMENTO DEVE SER INICIADO?

No Brasil, o Ministério da Saúde, pelo Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e Mama, o rastreamento é iniciado nas mulheres a partir de 25 anos de idade, ou quando a mulher já tivesse tido atividade sexual mesmo antes desta faixa etária.

A idade para o início do rastreamento varia entre diferentes regiões do mundo, com base em estudos científicos e considerando que a incidência do câncer de colo uterino é muito baixa em mulheres com menos de 25 anos de idade. Por exemplo, Canadá e outros comitês da América do Norte recomendam o início do rastreamento aos 20 anos de idade e, nos Estados Unidos, a partir dos 21 anos de idade ou três anos após o início da atividade sexual. Na Europa, a Inglaterra recomenda seu início aos 25 anos, enquanto Finlândia e Holanda, aos 30 anos de idade.

Segundo a Agência Internacional para Pesquisa de Câncer (IARC), em países em desenvolvimento e aqueles de renda mediana, para melhor aplicação de recursos e pela baixa incidência de câncer de colo uterino em mulheres mais jovens, há recomendação de iniciar o rastreamento aos 35 anos e estendê-lo para idades mais jovens somente se houver recursos disponíveis. Uma boa orientação para determinar a idade de início do rastreamento é obter a idade na qual a incidência do câncer de colo uterino começa a aumentar e iniciar o rastreamento cinco anos antes.

QUAL A FREQUÊNCIA (INTERVALO) DO RASTREAMENTO?

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda, desde a reunião do consenso em 1988, que a citologia oncológica cérvico-vaginal seja realizada cada 3 anos após 2 negativos com intervalo de 1 ano.

Esta recomendação baseia-se na história natural do câncer de colo uterino, possibilitando o diagnóstico precoce das lesões pré-neoplásicas e seu

tratamento, graças à lenta progressão para doença mais grave. A frequência do rastreamento também varia amplamente entre os países. O intervalo ideal de rastreamento é aquele que proporciona a relação mais favorável entre o grau de controle da doença e o custo do rastreamento. Desvios no intervalo recomendado ou na população-alvo podem reduzir a eficácia do programa por usar recursos em excesso ou por não identificar a doença no momento que a intervenção precoce poderia curá-la.

Alguns exemplos sobre o intervalo do rastreamento em diferentes países são mostrados a seguir:

- Estados Unidos: rastreamento anual, dos 21 aos 30 anos para a citologia convencional ou cada dois anos para a citologia em base líquida e cada 2-3 anos entre 30 e 65-70 anos se os testes prévios forem normais.
- Canadá: uso de citologia em base líquida e teste de DNA-HPV, com cobertura cada três anos para as mulheres de 20 a 69 anos de idade.
- Finlândia, Holanda e Irlanda: o intervalo é a cada 5 anos.
- Inglaterra: cada 3 anos entre 25-49 anos e a cada 5 anos entre 50-64 anos de idade.
- Oceania e Ásia: cada dois a três anos.

Outro exemplo é o Chile, onde o Programa Nacional do Câncer Cérvico-Uterino está focalizado para mulheres entre 25 e 64 anos de idade, com ênfase nas com mais de 35 anos e a citologia oncótica cérvico-vaginal é coletada em intervalos de três anos. Na presença de citologia alterada, faz-se o encaminhamento para diagnóstico e tratamento. Esse Programa permitiu a redução na taxa de mortalidade por câncer de colo uterino nas mulheres com mais de 25 anos de 38,8% entre 1990 e 2002.

Segundo a OMS, os estudos têm demonstrado que, em mulheres entre 35 e 64 anos de idade, depois de um exame citopatológico do colo uterino negativo, os exames subsequentes podem ser realizados a cada três anos, com a mesma eficácia da realização anual. Isso é corroborado pelo estudo do Grupo de trabalho da IARC (1986), que mostrou redução na taxa cumulativa de câncer de colo uterino invasivo de 93,5% com intervalo de rastreamento anual, 92,5% com intervalo bianual, 90,8% a cada três anos, 83,6% a cada cinco anos e 64,1% a cada dez anos, em mulheres de 35 a 64 anos de idade. Esses dados demonstram que a expectativa de redução porcentual no risco cumulativo de desenvolver câncer, após um resultado negativo, é praticamente a mesma quando o exame é realizado anualmente ou a cada três anos. A recomendação de que a periodicidade seja trienal somente após dois resultados negativos obtidos em intervalo anual permite identificar os casos nos quais possa ter ocorrido resultado falso-negativo.

QUAL A IDADE PARA PARAR O RASTREAMENTO?

No Brasil, pelo Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama do Ministério da Saúde, o rastreamento é feito nas mulheres até os 60 anos de idade.

Muitos países recomendam parar o rastreamento ao redor da idade de 60 ou 65 anos, por diversos motivos: as mulheres mais velhas são pouco aderentes

aos programas; citologias de boa qualidade são difíceis de obter após a menopausa; se as mulheres fizeram a citologia regularmente no passado, ou seja, se participaram ativamente do rastreamento, são consideradas de baixo risco para desenvolver câncer cervical.

Porém, devido à incidência relativamente alta de acordo com a idade de câncer de colo uterino em todos os países em mulheres mais velhas, há consenso em países desenvolvidos que aquelas com mais de 60 anos que nunca foram rastreadas ou não realizaram o rastreamento por muitos anos devam realizar pelo menos dois testes. Essas mulheres só poderão interromper o rastreamento se esses dois testes forem negativos.

Em países em desenvolvimento com recursos limitados, recomenda-se que as mulheres que nunca realizaram rastreamento previamente e tenham mais de 60 anos de idade devam ter somente um teste.

Outras recomendações sugerem que o rastreamento pode ser interrompido em idades mais jovens (55 ou mesmo 50 anos) se a mulher participou ativamente do rastreamento e apresentou todos os resultados negativos.

Fontes: 1) IARC/OMS. Cervix cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 10. /IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. Lyon: France, 2005. 313p. Disponível em: Acesso em março 2010. 2) Programa Nacional de Cancer Cervicouterino. Ministerio de la Salud de Chile. Disponível em: http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_programacancer/programacancercervicouterino.html. Acesso em abril 2010. 3) MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cancer Cervicouterino 2. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005. Disponível em: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/Cancer_Cervicouterino.pdf. Acesso em abril 2010. 4) Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 5) INCA. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002;48(1):13-5.

Atualize seus dados cadastrais pelo www.colposcopia.org.br

EVENTOS 2010

13/05 a 15/05 – CERVICOLP 2010 – XXI CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM PTGI E COLPOSCOPIA

Local: São Paulo - SP

Inscrições on line no www.colposcopiasp.org.br

Informações: (11) 3283-4121 com Elza / (11) 5611-2702 com Nilza

23/06 a 26/06 - XV TROCANDO IDÉIAS

Capítulo do Rio de Janeiro

Local: Flórida Hotel – Rio de Janeiro - RJ

Home Page: <http://www.abgrj.org.br>

07/10 a 10/10 – XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE GENITOSCOPIA

Local: Porto Alegre - RS

Home Page: www.colposcopiasp.org.br

Acesse: www.colposcopy2011.com.br

Visite-nos no www.colposcopia.org.br

Mande sugestões através do [FALE CONOSCO](mailto:FALE_CONOSCO) ou parellada@uol.com.br, sua opinião é muito importante para nós.

Editoras Médicas Responsáveis:

Dra. Cíntia Irene Parellada

Dra. Ana Carolina Chuery

Gestão 2009-2011 Dra. Paula Maldonado