

Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil

Limitations of the success of screening for cervical cancer in Brazil

Editorial

O rastreamento para câncer de colo tornou-se um projeto prioritário para o Ministério da Saúde no Brasil e demais níveis de governo e, em menor escala, tem mobilizado a população feminina brasileira. Simultaneamente, muitos pesquisadores têm, nos últimos anos, analisado em trabalhos relevantes as particularidades do rastreamento do câncer de colo no Brasil. Essas publicações tratam de temas que incluem a padronização da leitura da citologia, o controle de qualidade dos exames, formas de mobilização da população e avaliação de novas modalidades de rastreamento. Dessas contribuições, as que apresentam maior impacto, desde que sejam devidamente consideradas pelos gestores, são, certamente, as que abordam os problemas e as limitações do programa que já conta com 16 anos de existência.

Quanto aos números, em 2012, são esperados 17.540 casos novos de câncer de colo invasor no Brasil, com uma incidência estimada de 17 casos a cada 100 mil mulheres¹. Em 2009, essa neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres, com 5.063 óbitos, representando uma taxa bruta de mortalidade de 5,2 óbitos para cada 100 mil mulheres². No entanto, as informações sobre a mortalidade podem estar equivocadas, sendo de fato muito mais elevada^{3,4}. De qualquer modo, mesmo considerando os menores valores, as cifras são semelhante à de países em desenvolvimento, mas estão muito distantes das taxas de países com programas estruturados e em funcionamento há mais tempo. Esses últimos, quase todos localizados na Europa ocidental e América do Norte, têm incidência entre 4 e 8 casos/100.000 mulheres e mortalidade entre 0,9–2,0^{5,6}.

Os programas de rastreamento são considerados estratégicos, como pode ser verificado na Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e da mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde⁷. Essa disposição foi reiterada no Pacto pela Saúde, em 2006⁸ e em 2011, com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

No entanto, o que impede que essa vontade política resulte em uma redução relevante da incidência e mortalidade por câncer invasor do colo? Certamente, a limitação mais importante é, ainda, a porcentagem insuficiente de mulheres submetidas à coleta de citologia. Embora tenha havido claro aumento da cobertura, essa é ainda baixa para produzir o impacto esperado. Há grandes desigualdades regionais e sociais que levam a valores muito díspares

Correspondência

Jurandyr Moreira de Andrade
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Av. Bandeirantes, 3900
CEP: 14049-900
Ribeirão Preto (SP), Brasil

Recebido

16/04/2012

Aceito com modificações

14/05/2012

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

de cobertura⁹ e existem previsíveis nichos populacionais específicos, sobre os quais devem ser focalizadas as intervenções: mulheres de baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e nas faixas etárias mais baixas⁹.

O Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama 2005–2007 incluiu seis diretrizes estratégicas, sendo a primeira o aumento de cobertura da população-alvo. No âmbito da detecção precoce, a perspectiva atual, no plano de 2011, é a garantia da confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões precursoras; a gestão da qualidade dos exames de citopatologia; a qualificação de profissionais de saúde; a comunicação e a mobilização social e o fortalecimento da gestão do programa¹⁰. Dessas diretrizes estratégicas, o aumento da população incluída no programa, embora seja obviamente desejável, enfrenta um problema fundamental que é a falta de informações confiáveis sobre a cobertura atual e real do exame citológico. Atualmente, o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) não permite a identificação, nem o número de mulheres examinadas, mas apenas a quantidade de exames realizados, dificultando o conhecimento preciso das taxas de captação e cobertura, essenciais ao acompanhamento das ações planejadas¹¹. Por outro lado, o índice de cobertura pactuado com os estados é de 0,3 (que é a relação entre o número de citologias coletadas e o número de mulheres em faixas etárias específicas).

No entanto, no estado de São Paulo, em 2010, foram registradas no SISCOLO 1.817.727 citologias para 10.683.251 habitantes incluídas no processo de rastreamento de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. Esses números levam a um índice de 0,17 para todo o estado, com um valor de 0,18 para as cidades com mais de 100.000 habitantes, mas apenas as cidades com pequena população atingiram o valor pactuado¹². Esses números, no entanto, devem ser vistos com reservas. Por um lado, há um número razoável, mas desconhecido de mulheres atendidas no âmbito da saúde complementar e que não constam das bases de dados do SISCOLO. Por outro lado, em algumas comunidades, há coleta de citologias desnecessárias, ou seja, em intervalos menores e para grupos etários não previstos no programa de rastreamento, que chegam a cifras de mais de 60% de todos os exames¹³.

Além da ampliação da cobertura, outras duas metas merecem atenção no momento: o fortalecimento do sistema de informação e o desenvolvimento de capacitações. Deficiências nessas áreas podem ser comprovadas pelas dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema. Por exemplo, constava do protocolo de condutas adotado

pelo Ministério da Saúde (MS) até 2011 (época da inclusão dos casos) que não deveriam ser encaminhados casos após um resultado de colpocitologia compatível com células atípicas de significado indeterminado (reativa) ou de lesão intraepitelial de baixo grau^{11,14}. A falta de aderência de parte dos agentes de saúde quanto a essas diretrizes pode ser verificada no trabalho de Albuquerque et al.¹⁵, publicado neste fascículo. Os autores mostram que mulheres com resultados de citologia com diagnóstico de atipias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e lesões intraepiteliais de baixo grau (incluindo efeito citopático do HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau1), foram sistematicamente encaminhadas para a avaliação no nível secundário a partir dos resultados da primeira citologia. De um conjunto de 832 casos analisados, 72,7% haviam sido indevidamente encaminhadas para a unidade de média complexidade das quais, mais da metade, após uma citologia sugestiva de diagnóstico de ASC/lesão de baixo grau.

Um componente inevitável desse encaminhamento, em desacordo com as diretrizes, é a sobrecarga dos serviços secundários e aumento da frequência de procedimentos que seriam dispensáveis. A conduta proposta pelo MS para pacientes com laudo citológico compatível com “células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas” e “lesão intraepitelial de baixo grau” é a repetição da citologia no prazo de seis meses ou um ano, na dependência de outros fatores¹¹. Se dois exames citopatológicos subsequentes, na Unidade de Atenção Básica, forem negativos, a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento citológico. Porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for sugestiva de lesão igual ou mais grave, a paciente deverá ser encaminhada à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia. Em ambas as situações, uma porcentagem de casos, que varia de 5 a 18%, apresenta lesões de alto grau. No entanto, na maioria das vezes (até 90%), há desaparecimento dos achados citológicos entre as mulheres mantidas sob observação e há evidências de que a taxa de lesões de alto grau (NIC2 e 3) são infrequentes entre as mulheres com citologia de células epidermoides atípicas de significado indeterminado (ASC) possivelmente não neoplásica, que é a anormalidade mais frequente. Um estudo nacional, com o objetivo de investigar essa associação, incluiu 127 casos de ASC possivelmente não neoplásicas e 57 casos com diagnóstico de ASC não podendo afastar lesão de alto grau. Foram considerados os diagnósticos histológicos ou, quando não indicada a biópsia, o diagnóstico colposcópico. A prevalência encontrada de lesão de alto grau foi de 1,8% entre os casos com citologias ASC possivelmente não neoplásicas e de 19,2% para citologias ASC não podendo afastar lesão de alto grau. Não foram encontrados casos de câncer invasor nessa amostra¹⁶.

Voltando ao trabalho de Albuquerque et al.¹⁵, verificamos que do conjunto de pacientes encaminhadas, 81,6% foram submetidas à colposcopia (212 com resultados anormais) e 46% à biópsia. Foram encontrados 124 NIC1, 86 não apresentaram lesões pré-neoplásicas, e 18% tiveram o diagnóstico de NIC2 e 3, o que confirma os resultados de estudos sobre a prevalência de lesões pré-neoplásicas em pacientes com esse resultado da citologia. A colposcopia por apresentar alta sensibilidade, baixa especificidade, alta taxa de sobrediagnóstico e de sobretratamento, torna-se desfavorável como

primeira escolha na condução das pacientes. A detecção e o tratamento dessas lesões aumentam custos e a taxa de morbidade, sem reduzir a incidência de neoplasia invasora¹⁷. Essas deficiências e desvios provavelmente são devidos a problemas no sistema de informações e organização, qualificação dos profissionais¹⁸ quanto ao manejo e encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis. A correção dessa deficiência deve ser, portanto, priorizada nessa fase em que se encontra o programa de rastreamento para câncer de colo no Brasil.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Estimativa 2012: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2012 Abr 2]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Atlas de mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2011 Set 25]. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>
3. Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Uterus cervix cancer mortality: socio-demographic characteristics of women living in the city of Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5):248-55.
4. Zeferino LC. The challenge of reducing mortality due to cervical cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5):213-5.
5. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer.* 2010;127(12):2893-917.
6. World Health Organization [Internet]. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: prevention. Geneva: WHO; 2007 [cited 2012 Apr 3]. Available from: <<http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Portaria GM/MS No. 2.439, 8 dezembro 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2005 [citado 2012 Abr 4]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria2439.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
9. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Coverage of the Pap smear in Brazil and its determining factors: a systematic literature review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(8):485-92.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [citado 2012 Abr 9]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9ab3788046a6903a610ff0d18967bc0/pdf_pncc_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9ab3788046a6903a610ff0d18967bc0>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2012 Abr 16]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero: razão entre exames citopatológicos e mulheres da população (Visão Município). Rio de Janeiro: INCA; 2012 [citado 2012 Abr 5]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1m_razao_entre_exames_citopatologicos_e_mulheres_da_populacao_municipios>
13. Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(2):383-90.
14. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas recomendações para profissionais de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(8):486-504.
15. Albuquerque ZBP, Manrique EJC, Tavares SBN, Silva e Souza AC, Guimarães JV, Amaral RG. Women with atypical, precursor lesions and invasive cervical cancer: behaviors according to the recommendations of the Ministry of Health. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(6):248-53.
16. Cytryn A, Russomano FB, Camargo MJ, Zardo LMG, Horta NMSR, Fonseca RCSP, et al. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia grades II/III and cervical cancer in patients with cytological diagnosis of atypical squamous cells when high-grade intraepithelial lesions (ASC-H) cannot be ruled out. *Sao Paulo Med J.* 2009;127(5):283-7.
17. Zeferino LC, Derchain SF. Cervical cancer in the developing world. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(3):339-54.
18. Girianelli VR, Thuler LCS, Silva GA. Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):580-8.