



# Estratégias para erradicação do câncer do colo uterino

## Strategies for the eradication of cervical cancer

Marcia Fuzaro Terra Cardial<sup>1</sup> , Caetano da Silva Cardial<sup>1</sup> 

### RESUMO

O câncer do colo de útero atinge mais de 600.000 mulheres ao ano no mundo. Desde o lançamento da campanha da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a erradicação desse tumor, somos chamados a adotar medidas eficazes em termos de prevenção primária, secundária e terciária. O rastreamento de pelo menos 70% das mulheres é parte importante da estratégia secundária da erradicação do câncer do colo de útero. Nesse aspecto, como estamos e o que podemos melhorar são pontos em que há necessidade de empenho por todas as esferas políticas e médicas do nosso país.

**Palavras-chave:** rastreamento; câncer de colo; colo de útero.

### ABSTRACT

Cervical cancer affects more than 600,000 women a year worldwide. Since the launch of the World Health Organization (WHO) campaign for the eradication of this tumor, we have been called upon to adopt effective measures in terms of primary, secondary, and tertiary prevention. Screening at least 70% of women is an important part of the cervical cancer eradication strategy. In this aspect, how we are doing and what we can improve are points to which all political and medical spheres of our country must be committed.

**Keywords:** screening; cervical cancer; cervix uteri.

A incidência de câncer de colo uterino prevista para 2023 foi de aproximadamente 640 mil pessoas, com 348.874 mil mortes no mundo<sup>1</sup>. No Brasil, o número estimado de novos casos, para 2023, foi de 17.010, com 7 mil mortes<sup>2</sup>.

Até o momento, a colpocitologia cervical convencional é o método de rastreamento utilizado em nosso país. Trata-se do estudo das células esfoliadas cervicais, colocadas sobre lâmina e fixadas por *spray* ou frasco com álcool 70%. Os dados de cobertura utilizados têm sido pelo número de lâminas, e não de mulheres rastreadas, o que dificulta a análise.

Esse é um método de diagnóstico utilizado desde a publicação do Atlas de Citologia Esfoliativa, em 1954, por George Papanicolaou e Traut<sup>3</sup>, que proporcionou a países desenvolvidos a estagnação nas taxas de incidência

desse câncer, porém não as erradicou; e aos países em desenvolvimento a redução, apesar de ainda serem altas a incidência e a mortalidade pela doença.

Apesar da colpocitologia oncótica ser o exame mais realizado no mundo para o rastreamento, a taxa de adesão varia de 2 a 20% nos países em desenvolvimento. As principais barreiras que dificultam a adesão ao exame são: falta de médico, esquecimento de marcar consulta, problemas com transporte, barreiras culturais, constrangimento, horários inconvenientes de consultas e desconforto durante o exame ginecológico. Uma alternativa para vencer essas barreiras é a autoamostragem, na qual a própria paciente pode colher amostra vaginal e, neste caso, encaminhar ao laboratório para detecção do HPV oncogênico. Tal método tem demonstrado elevada acurácia e boa aceitabilidade

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina do ABC – Santo André (SP), Brasil.

\*Autor correspondente: [drcaetano@terracardial.com.br](mailto:drcaetano@terracardial.com.br)

Conflitos de interesse: nada a declarar. Fonte de Financiamento: não há.

Recebido em: 15/05/2024. Aprovado em: 20/05/2024.

pela população feminina, além de resultar em maior sensibilidade para detecção precoce de neoplasias intraepiteliais cervicais, melhor cobertura no rastreamento e consequente prevenção do câncer cervical<sup>4</sup>.

No sentido de buscar a erradicação da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu em 2020 um grande evento *on-line* para propor a seguinte estratégia: vacinar 90% das meninas, rastrear 70% das mulheres com teste de alta efetividade e tratar 90% das lesões precursoras e do câncer de colo de útero<sup>5</sup>.

A partir dos estudos de Zur Hausen e do conhecimento de que as infecções persistentes por HPV oncogênico são a causa necessária para o aparecimento da doença, inicia-se o uso na prática clínica de testes que detectam a presença do vírus, especialmente, daqueles do tipo oncogênicos<sup>5,6</sup>.

As mulheres que não apresentam o DNA dos HPVs oncogênicos têm risco mínimo de desenvolver lesões precursoras do câncer do colo de útero, uma vez que 90% dos casos estão relacionados ao HPV de alto risco. Portanto, aquelas que testam HPV negativo poderiam diminuir sua frequência de exames. Esse fator é importante especialmente em saúde pública, para que não haja sobrecarga do sistema e para que mulheres não fiquem sob risco do câncer fora do rastreio. Esses exames, aprovados recentemente pelo Ministério da Saúde, ainda não fazem parte da prática clínica na rede pública devido ao custo e à hesitação quanto a se realmente teriam o efeito desejado<sup>7,8</sup>.

Tendo em vista o uso desses testes em países de primeiro mundo com sucesso, bem como em inúmeras publicações, o teste DNA HPV foi aprovado em 2024 para ser usado na rede pública, entretanto, ainda não foi disponibilizado<sup>6</sup>. Nosso país tem grande extensão territorial e áreas remotas de difícil acesso, de modo que a autocoleta de teste DNA HPV poderia facilitar a adesão da população ao rastreamento, diminuindo as taxas de câncer de dolo de útero e sobrevida livre de doença.

A estratégia da OMS de erradicar o câncer do colo uterino no mundo até 2030 é desafiadora, principalmente para países de baixa renda *per capita*, dado o custo dos três métodos. A prevenção primária de vacinar 90% das meninas deriva dos estudos de etiologia do referido câncer, o HPV, previamente a primeira infecção. Atualmente, o Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil disponibiliza a vacina quadrivalente em rede pública para jovens de 9 a 14 anos em duas doses. A partir de abril de 2024, a dose única foi adotada nessa faixa etária, com estratégia temporária de resgate dos adolescentes de 15 a 19 anos, 11 meses e 29 dias não vacinados, visando aumentar a cobertura vacinal<sup>6-8</sup>.

Essa estratégia tem evidências robustas de proteção contra o câncer de colo de útero para mulheres nessas faixas etárias em alguns países em que a dose única foi adotada, como Costa Rica, Quênia, Tanzânia e Índia, e visa proporcionar aumento da cobertura vacinal devido à dificuldade de incorporação da segunda dose da vacina em muitos países. Naqueles que adotaram a dose única está ocorrendo aumento das coberturas vacinais e, além disso, com este modelo foi possível ampliar o benefício para grupos prioritários, como pessoas vítimas de violência sexual e para os casos de Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR). Segue a orientação de 3 doses da vacina quadrivalente (disponível na rede pública) ou nonavalente (disponível na rede privada) para os grupos de pacientes imunossuprimidos, independentemente da idade, bem como para indivíduos a partir de 20 anos. Essas recomendações visam ampliar o acesso à vacinação e reduzir a prevalência do HPV, contribuindo para a eliminação do câncer de colo de útero no Brasil. Cabe ressaltar que ainda faltam dados robustos dos esquemas de dose única para a proteção contra as doenças causadas pelo HPV em outros órgãos, bem como sobre a persistência dos anticorpos a longo prazo e sobre a eficácia nos homens e nas mulheres com faixas etárias mais avançadas<sup>5-8</sup>.

Como proteção individual, a Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABP-TGIC) recomenda que a vacinação seja feita, sempre que possível, com a vacina HPV nonavalente no esquema oficial de bula, descrito abaixo.

Os esquemas posológicos de bula (oficial):

- Duas doses dos 9 aos 14 anos (alternativamente de 9 a 20 anos).
- Três doses dos 15 aos 45 anos.

Para pacientes imunossuprimidos, dos 9 aos 45 anos, recomendam-se 3 doses da vacina, porém, novas recomendações mundiais de forma alternativa têm estabelecido duas doses para populações de 9 a 20 anos e três doses para acima dessa faixa etária e imunodeprimidos.

Aguardamos novas evidências que indiquem possibilidade de redução de doses de maneira segura e eficaz a longo prazo.

A incidência de citologias alteradas em nosso meio gira em torno de 8,9%, sendo a maioria com lesões de baixo grau 1,8%, ASC-US 6,5% e sugestivas de lesões de alto grau ou invasivas apenas 0,6%. Observa-se um alto índice de falso negativo citológico e de lâminas insatisfatórias que necessitam de nova colheita e aumentam o custo para a paciente e para o sistema público<sup>6-8</sup>.

O uso do teste de DNA-HPV tem melhor desempenho e aumento na detecção de lesão de alto grau cervical em até 35%, bem como melhor seleção das pacientes sob risco de câncer e seu acompanhamento. Por outro lado, diminui a frequência dos exames daquelas de baixo risco, melhorando o fluxo do sistema público<sup>6-8</sup>.

Existem diferentes testes, mas estes devem ter validação internacional para permitir a correta identificação do tipo e/ou grupo de HPV e devem ser aplicados de forma organizada. Enfrentaremos o mesmo problema atual, com alta incidência da doença em nosso país, se continuarmos com a estratégia oportunista, em que as mesmas mulheres fazem muitos testes negativos, que têm um custo mais alto e a efetividade do diagnóstico também comprometida.<sup>6-8</sup>

Na terceira estratégia da OMS, de tratar 90% das lesões precursoras e invasoras, também estamos muito aquém das expectativas. De acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, as mulheres com citologia sugestiva de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) ou teste DNA-HPV positivo para vírus de alto risco devem ser encaminhadas para exame colposcópico para identificação das lesões. Nas mulheres com prole constituída e com achados anormais totalmente visíveis de grau 2, a realização do tratamento imediato ou método ver e tratar está indicado. A Excisão de Zona de Transformação (EZT) sob visão colposcópica com base na citologia HSIL permite resolução de forma acelerada, com menos retornos e menos risco de perdemos a oportunidade de realizar o tratamento<sup>6-8</sup>.

Para as mulheres com menos de 25 anos que colheram inadvertidamente a citologia, é permitido o seguimento ou tratamento conservador, aguardando o tempo determinado de clareamento viral. Essa conduta visa a um menor índice de complicações tardias da EZT, como risco obstétrico de prematuridade e baixo peso ao nascer. O tratamento pode ser instituído após a persistência por

2 anos de HSIL/NIC 2 (neoplasia intraepitelial escamosa de grau 2) e, no caso, realizado preferencialmente com cirurgia de alta frequência<sup>8</sup>.

Concluimos que a estratégia da OMS, se aplicada de forma eficaz e organizada, facilitará a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das lesões HPV induzidas, evitando que milhares de mulheres morram dessa doença, que é evitável na maioria dos casos.

## REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today (version 1.1). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024. [Accessed 2024 May 8]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2023 [acessado em 08 maio 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
3. Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol*. 1941;42(2):193-206.
4. Yeh PT, Kennedy CE, Vuyst H, Narasimhan M. Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2019;4(3) e001351. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001351>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. HPV e câncer do colo do útero [Internet]. Brasília: OPAS; 2023 [acessado em 08 maio 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-uterio#:~:text=A>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024 [Internet]. Diário Oficial da União, 2024 mar 7 [acessado em 08 maio 2024]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-3-de-7-de-marco-de-2024-547020584>
7. Campaner AB, Fernandes GL. Evaluation of 1,030,482 Cervical Smear Results in Brazilian Population. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023;24(3):867-72. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.3.867>
8. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(5):649-66. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004429>