

Protocolo FEBRASGO de Rastreamento de Câncer de Colo do Útero: Uma Análise Comparada

COSTA, Giovana Gentelini
HIMAUARI, Matheus Lemes Leal
SIMIÃO, Karina Satie Ito
VILHENA, Fabrícia Campanini
RADAELLI, Patrícia Barth

RESUMO

Este estudo busca comparar as diretrizes de rastreamento de câncer de colo do útero da FEBRASGO com orientações internacionais, com foco em recomendações para detecção precoce e manejo da doença. O câncer de colo do útero é evitável, desde que um rastreamento adequado seja realizado. Analisamos diretrizes da FEBRASGO, Instituto Nacional de Câncer (INCA) e American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), explorando a implementação do teste de HPV, os desafios no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e o impacto para grupos de risco. Sugere-se modernização das diretrizes brasileiras com base em evidências internacionais e melhorias no acesso ao rastreamento.

PALAVRAS-CHAVE: Rastreamento, Câncer de Colo do Útero, FEBRASGO, HPV, SUS, Saúde Pública.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero permanece como uma das principais causas de morte entre mulheres no Brasil, sendo uma doença evitável, desde que seja detectada precocemente (INCA, 2021; FEBRASGO, 2017). O rastreamento desempenha um papel fundamental na redução da mortalidade, e o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece o exame de Papanicolau gratuitamente para mulheres entre 25 e 64 anos (INCA, 2021).

A principal diretriz de rastreamento no Brasil, conduzida pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), recomenda o uso da citologia oncológica (Papanicolau) como método principal de rastreamento (FEBRASGO, 2017). No entanto, diretrizes internacionais, como as do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), destacam o uso do co-teste (citologia e teste de HPV) como alternativa mais eficaz a partir dos 30 anos (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

Este artigo analisa a implementação dessas diretrizes no contexto brasileiro, destacando as barreiras socioeconômicas, a necessidade de modernização das políticas públicas e as opções de rastreamento, como o teste de HPV, que pode melhorar a eficiência do programa nacional de prevenção.

3. METODOLOGIA

Este estudo utilizou uma análise comparativa entre diretrizes nacionais e internacionais para o rastreamento do câncer de colo do útero. Foram analisados documentos da FEBRASGO, INCA e ACOG, publicados entre 2016 e 2023. A seleção foi baseada na relevância das diretrizes e na aplicabilidade ao contexto de saúde pública brasileiro.

As diretrizes foram revisadas e comparadas em termos de método de rastreamento (citologia oncótica e teste de HPV), periodicidade recomendada e manejo de grupos de risco, como gestantes e imunossuprimidas. Também foram considerados fatores como custo, infraestrutura necessária e barreiras socioeconômicas à implementação no SUS. Os dados coletados foram analisados de acordo com a eficácia das recomendações em reduzir a mortalidade e melhorar a detecção precoce.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

As diretrizes brasileiras recomendam a realização do exame de citologia oncótica para todas as mulheres entre 25 e 64 anos, com intervalos de três anos após dois exames negativos consecutivos (INCA, 2021; FEBRASGO, 2017). A citologia, popularmente conhecida como exame de Papanicolau, identifica alterações celulares que podem indicar o desenvolvimento de câncer cervical.

O teste de HPV, amplamente recomendado por diretrizes internacionais, é um método mais sensível, pois detecta diretamente a presença de tipos oncogênicos de HPV, responsáveis pela maioria dos casos de câncer cervical (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; Wang et al., 2022). O ACOG recomenda o uso do co-teste (citologia + teste de HPV) a partir dos 30 anos, com um intervalo de cinco anos para mulheres com resultados negativos (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

Embora o teste de HPV ofereça maior sensibilidade e intervalos mais longos entre os exames, sua implementação no Brasil ainda enfrenta desafios, principalmente devido ao custo elevado e à necessidade de infraestrutura específica para a realização e processamento dos exames (INCA, 2021). Enquanto outros países, como Estados Unidos e Austrália, adotaram o teste de HPV como método primário, no Brasil essa transição exige melhorias na infraestrutura do SUS e maior investimento em capacitação profissional (Wang et al., 2022; INCA, 2021).

A incorporação do teste de HPV no SUS é um desafio, principalmente por questões financeiras e estruturais (INCA, 2021; BRASIL, 2016). O Brasil possui um sistema de saúde pública que atende milhões de mulheres em todo o território nacional, mas com grandes disparidades regionais. As regiões Norte e Nordeste, por exemplo, enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o que compromete a regularidade do rastreamento (INCA, 2021). Além do custo do teste, é necessário um sistema de laboratórios equipados para processar amostras e profissionais de saúde treinados para interpretar os resultados e gerenciar os casos positivos. Estudos indicam que, embora o teste de HPV seja mais caro inicialmente, a longo prazo ele oferece uma melhor relação custo-benefício, reduzindo a incidência de câncer e as despesas associadas ao tratamento de estágios avançados da doença (Wang et al., 2022).

As barreiras socioeconômicas e culturais no Brasil afetam diretamente a adesão das mulheres ao rastreamento. Estudos apontam que mulheres de baixa renda, com menos escolaridade e que vivem em áreas rurais têm menos probabilidade de realizar exames regulares (INCA, 2021). Além disso, muitas mulheres desconhecem a importância do rastreamento regular ou enfrentam barreiras práticas, como falta de transporte para acessar os serviços de saúde (BRASIL, 2016). Barreiras culturais, como medo do exame, vergonha ou desconforto, também influenciam na baixa adesão ao Papanicolau (INCA, 2021). Programas de conscientização precisam ser intensificados para educar a população sobre a importância da prevenção e fornecer suporte adequado para mulheres que enfrentam essas dificuldades (BRASIL, 2016).

O manejo de grupos de risco é um dos pontos centrais das diretrizes da FEBRASGO, que recomenda um rastreamento mais frequente e rigoroso para gestantes e mulheres imunossuprimidas (FEBRASGO, 2017). A gravidez pode complicar o tratamento do câncer de colo do útero, e por

isso o rastreamento adequado durante a gestação é essencial (FEBRASGO, 2023). Mulheres imunossuprimidas, especialmente aquelas vivendo com HIV, têm maior probabilidade de desenvolver lesões precursoras de câncer de colo do útero (FEBRASGO, 2017). Essas mulheres precisam de exames regulares, mesmo em intervalos menores do que o recomendável para a população geral, a fim de garantir que qualquer alteração celular seja detectada e tratada precocemente (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; FEBRASGO, 2017).

O teste de HPV, amplamente utilizado em países como Estados Unidos, Suécia e Austrália, é apontado como uma das estratégias mais eficazes para reduzir a incidência de câncer de colo do útero (Wang et al., 2022). Nos Estados Unidos, por exemplo, o co-teste foi integrado às diretrizes nacionais, permitindo intervalos mais longos entre os exames sem comprometer a sensibilidade do rastreamento (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020). Nos países que adotaram o teste de HPV, a mortalidade por câncer de colo do útero caiu significativamente, o que evidencia o potencial dessa tecnologia para salvar vidas (Wang et al., 2022). O desafio no Brasil é adaptar essa estratégia à realidade do SUS, garantindo que o teste de HPV seja acessível a toda a população, especialmente em áreas de difícil acesso (INCA, 2021).

A implementação de políticas públicas voltadas para o rastreamento de câncer de colo do útero no Brasil enfrenta o desafio das desigualdades regionais. Embora o SUS ofereça o exame de Papanicolau gratuitamente, as taxas de cobertura e adesão variam amplamente de acordo com a região (INCA, 2021). As regiões Norte e Nordeste apresentam maior mortalidade e menor cobertura de exames, enquanto as regiões Sudeste e Sul têm indicadores mais favoráveis (BRASIL, 2016). A desigualdade no acesso aos serviços de saúde reflete diretamente nos resultados dos programas de rastreamento, tornando necessário que o governo federal invista mais em infraestrutura e campanhas educativas voltadas para as áreas mais carentes (INCA, 2021). Além disso, o aumento do financiamento público para a incorporação de novas tecnologias, como o teste de HPV, é crucial para garantir que todas as mulheres tenham acesso ao rastreamento adequado, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica (BRASIL, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diretrizes da FEBRASGO oferecem uma estrutura sólida para o rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil, mas há margem para melhorias, especialmente no que diz respeito à implementação do teste de HPV (FEBRASGO, 2017; FEBRASGO, 2023). Embora o exame de Papanicolau seja eficaz, sua sensibilidade é limitada em comparação com o teste de HPV, que tem demonstrado reduzir significativamente a incidência de câncer cervical em países que o adotaram como método primário de rastreamento (WANG et al., 2022)

O principal desafio para o Brasil é garantir que essas melhorias sejam implementadas de maneira equitativa, superando as barreiras socioeconômicas e regionais que afetam o acesso aos cuidados de saúde (INCA, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). A modernização do sistema de rastreamento, aliada a campanhas de conscientização e educação em saúde, pode contribuir para a redução das taxas de mortalidade por câncer de colo do útero no país. (INCA, 2021; FEBRASGO, 2022)

REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Updated guidelines for management of cervical cancer screening abnormalities. Practice Advisory. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2020.
2. Wang W, Arcà E, Sinha A, et al. Cervical cancer screening guidelines and screening practices in 11 countries: A systematic literature review. Preventive Medicine Reports. 2022;28:101813.
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 08/09/2024.
4. FEBRASGO. Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. 2017.
5. Câncer do colo do útero na gestação. Febrasgo – Protocolo de Condutas, FPS, n. 5, p. 4, maio 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS_-_N5_-_Maio_2023_-_portugues.pdf. Acesso em: 08/09/2024.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2016. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_ras_treamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 08/09/2024.

7. FEBRASGO. Protocolo de Condutas – FPS, n. 5, maio 2023. Disponível em: https://www.febRASGO.org.br/images/pec/FPS_-_N5_-_Maio_2023_-_portugues.pdf. Acesso em: 08/09/2024.
8. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Femina: Volume 50, Número 4, 2022. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2022Z50Z04.pdf>. Acesso em: 08/09/2024.