

Novo plano para combater câncer de colo tem foco em rastreio e vacina

Em 20 anos, o câncer de colo de útero pode se tornar doença residual no Brasil, se o país seguir um novo plano de combate à doença, que prevê avanços no rastreio, tratamento e, principalmente, na vacinação contra o HPV. Hoje, esse é o terceiro tipo mais prevalente de tumor entre as mulheres brasileiras e a quarta maior causa de morte, com cerca de 17 mil novos casos por ano, e aproximadamente 7 mil mortes. Quase 100% dos casos são decorrentes da infecção pelo Papilomavírus Humano, ou HPV, um vírus com mais de 200 tipos, dos quais apenas dois – o 16 e o 18 – são responsáveis por 70% dos casos.

Quase 65% das pacientes só descobrem a doença em estágio já avançado. Por isso, uma das principais novidades do novo Plano Nacional para a Eliminação do Câncer de Colo de Útero é a intenção de implementar no Sistema Único de Saúde um novo tipo de teste, do tipo molecular, para diagnóstico do HPV, em substituição ao exame citopatológico feito atualmente, conhecido popularmente como preventivo ou papanicolau. “É um teste que te permite saber a persistência ou não do vírus. As pessoas se contaminam com o HPV com muita frequência, em idade precoce, provavelmente 90% da população. Normalmente, esse vírus desaparece, mas quando ele persiste, tem possibilidade maior de desenvolver doenças associadas, levando a lesões precursoras e ao próprio câncer de colo uterino”, explica o diretor-geral do Instituto Nacional do Câncer (Inca), Roberto Gil.

De acordo com Gil, no momento, os testes disponíveis estão sendo validados para a escolha da melhor opção. Mas resultados de testes-modelo feitos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que eles podem reduzir em 46% os casos de câncer e em 51% a mortalidade pela doença, índices superiores aos do exame citopatológico. O público-alvo é composto por todas as mulheres, ou pessoas com útero, de 25 a 64 anos, principalmente aquelas que nunca fizeram exame preventivo.

Associado ao novo diagnóstico, os serviços públicos também devem implementar um sistema de autocoleta, em que a própria paciente poderá extrair o material para a análise, sem a necessidade de uma consulta ginecológica. “Um gargalo que a gente tem pra fazer o rastreamento é que muitas mulheres não vão ao posto ou se sentem intimidadas, principalmente se for um homem fazendo o exame. Como esse exame molecular é mais simples de ser colhido, começamos a trabalhar também com a autocoleta”, complementa o

Novo plano para combater câncer de colo tem foco em rastreio e vacina

diretor-geral do Inca. O método já está sendo testado em cidades de Pernambuco e São Paulo e, a partir do início do ano que vem, deve ser adotado de forma escalonada, em lugares selecionados, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, que apresentam as maiores taxas de mortalidade pela doença.

Além do rastreio tardio, as pacientes sofrem com a demora até o início do tratamento. Apesar da lei brasileira determinar que ele deve começar em até 60 dias, cerca de metade delas só recebe algum tratamento depois desse prazo nas regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste. O Sul é a única região onde a situação mais frequente é que as pessoas diagnosticadas comecem a se tratar em até 30 dias, o que ocorre com 44% dos pacientes. No Norte, em 65% dos casos, o tratamento só começa após os dois meses. Essa demora também impacta a proporção de óbitos, que passa dos 15% na região, bem acima da média brasileira, que é de 6%.

A meta da Organização Mundial da Saúde é o rastreamento de pelo menos 70% das mulheres, com testes de alta performance. A partir disso, 90% dos casos positivos para HPV devem ser tratados rapidamente. O diretor do Inca explica qual o percurso ideal, a partir do diagnóstico: “Se você fez o teste e detectou o vírus, o ideal é que faça um exame de colposcopia, para avaliar se tem alguma lesão e fazer a biópsia quando necessário. Se for identificada lesão precursora, já fazer a excisão e se tiver o diagnóstico da doença, com um adenocarcinoma já instalado, a paciente deve ser encaminhada a um serviço de alta complexidade para tratar o câncer de colo.” Para alcançar a meta da OMS, o Brasil precisa aumentar em pelo menos 56% o número de colposcopias e em mais de 600% a quantidade de biópsias.

Vacinação

A eliminação do câncer de colo do útero, no entanto, só será possível se novas infecções pelo HPV deixarem de ocorrer, o que depende da vacinação. A meta é alcançar 90% do público-alvo, hoje composto por meninas e meninos de 9 a 14 anos. A vacinação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) também está disponível para pessoas imunodeprimidas, vítimas de violência sexual e usuários de Prep, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, com até 45 anos. Além disso, o

Novo plano para combater câncer de colo tem foco em rastreio e vacina

Ministério da Saúde lançou uma estratégia de resgate de jovens com até 19 anos que não tenham se vacinado na idade adequada.

O diretor do Programa Nacional de Imunizações, Eder Gatti, explica porque esse é o esquema adotado pelo SUS: “Esse é o público que ainda não entrou na vida sexual, ou seja, ainda não se expôs ao vírus. É o público que tem o maior risco e, ao mesmo tempo, a melhor oportunidade de se proteger. Por uma questão de direcionamento dos esforços, considerando que o PNI é uma ação programática e preventiva, escolhemos esse grupo alvo de 9 a 14 anos. Quanto mais tempo passa na vida da pessoa, maior o risco de ela já ter vivido situações de exposição ao HPV, que é um vírus muito comum. Então, em termos de resultado, acaba sendo melhor direcionar para os adolescentes.”

A vacinação contra o HPV no Brasil completa dez anos em 2014 e foi incluindo público-alvo maior de lá para cá. Os números mais atualizados mostram que até o ano passado, o Brasil alcançou uma cobertura vacinal média entre as meninas de 81,1%, que passou de 96% no Paraná, mas não chegou a 43% no Acre. A vacinação dos meninos é mais preocupante, com cobertura média de 56,9% no Brasil e de apenas 25% no estado da Região Norte.

Nesta sexta-feira (6), o PNI deve lançar nova ferramenta de acompanhamento da aplicação da vacina, com as taxas de cobertura divididas por cada uma das idades do público-alvo. Ela mostra que a cobertura entre as crianças de 9 anos ficou abaixo de 69% no ano passado, mas entre os adolescentes com 13 anos, já tinha alcançado 100%.

Desde abril, o PNI adota o esquema vacinal de apenas uma dose, substituindo as duas que eram necessárias anteriormente. A mudança é recomendada pela OMS, por evitar que o adolescente precise retornar ao posto de saúde para tomar a dose de reforço e só assim ficar completamente imunizado. Este ano, mais de 6 milhões de doses da vacina foram distribuídas aos estados e municípios. De acordo com o diretor do Programa Nacional de Imunizações Eder Gatti, a prioridade para o ano que vem é aumentar o alcance nos municípios que ainda estão com cobertura baixa, especialmente entre os meninos.

Edição:

Graça Adjuto

Novo plano para combater câncer de colo tem foco em rastreio e
vacina

Agência Brasil