

# Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil

Cervical cancer screening in young and elderly women of the Xingu Indigenous Park: evaluation of the recommended screening age group in Brazil

Neila Maria de Góis Speck<sup>1</sup>, Juliana da Silva Pinheiro<sup>1</sup>, Erica Ribeiro Pereira<sup>1</sup>, Douglas Rodrigues<sup>1</sup>, Gustavo Rubino de Azevedo Focchi<sup>1</sup>, Julisa Chamorro Lascasas Ribalta<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a ocorrência de atipias nos exames citológicos e histológicos de jovens e idosas indígenas, e também avaliar se a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer em rastreamento do câncer de colo uterino é adequada para essa população. **Métodos:** O Projeto Xingu/UNIFESP, em parceria com o Núcleo de Prevenção de Doenças Ginecológicas, desenvolve programas de prevenção do câncer do colo de útero. Foi realizado estudo exploratório, retrospectivo e descritivo de exames cito/histopatológicos em jovens do Parque Indígena do Xingu de 12 a 24 anos e em idosas a partir dos 64 anos, no período de 2005 a 2011. **Resultados:** Em idosas, houve baixa ocorrência de atipias citológicas, mas nas jovens indígenas, ocorreram casos eventuais de lesão de alto grau. **Conclusão:** Justifica respeitar o limite de 64 anos para a interrupção do rastreamento, como o estabelecido pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, mas, nas jovens, seria importante iniciar o rastreamento mais precocemente.

**Descritores:** Colo do útero/patologia; Neoplasias; Rastreamento; População indígena; Grupos etários

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the occurrence of atypia in the cytology/histology examinations of young women under the age of 25 years and of elderly women aged over 64 years, in the Xingu Indigenous Park and to evaluate, in a subjective manner, if the age range for screening established by the Ministry of Health and the Instituto Nacional de Câncer is appropriate for this population. **Methods:** The Xingu/UNIFESP Project, in partnership with the Center for Gynecological Disease Prevention, develops programs to prevent cervical cancer.

The exploratory, retrospective and descriptive study of cytological and histopathological examinations of young (12-24 years) and elderly (aged 64 and over) women of the Xingu Indigenous Park, between 2005 and 2011. **Results:** There was low occurrence of cytological atypia in the elderly female population, but there were occasional high-grade lesions in the indigenous youth. **Conclusion:** Interrupting screening at the limit age of 64 years, as established by the Ministry of Health and the *Instituto Nacional de Câncer* is justified. However, screening of young women should begin at an earlier age.

**Keywords:** Cervix uteri/pathology; Neoplasms; Screening; Indigenous population; Age groups

## INTRODUÇÃO

O carcinoma cervical uterino é uma das principais neoplasias malignas que afetam as mulheres no mundo, sendo a segunda mais comum, com 471 mil novos casos por ano e cerca de 230 mil mortes anuais em todos os continentes.<sup>(1)</sup> No Brasil, o número estimado de casos novos para 2014 é de 15.590, ocupando o terceiro lugar entre os cânceres femininos. Está em primeiro lugar nas Regiões Norte e Centro-Oeste.<sup>(2)</sup>

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o fator mais importante para o desenvolvimento dessa neoplasia e a doença sexualmente transmissível que mais comumente acomete mulheres. Aproximadamente 6,2 milhões de novos casos de infecção ocorrem a cada ano só nos Estados Unidos, com maior prevalência em mu-

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Neila Maria de Góis Speck – Rua Borges Lagoa, 380 – Vila Clementino – CEP: 04038-000 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 5576-4848 ramal 2635 – E-mail: neila.speck@unifesp.br

Data de submissão: 8/7/2014 – Data de aceite: 7/1/2015

Conflitos de interesse: A autora Neila Maria de Góis Speck é patrocinada pela indústria farmacêutica para proferir palestras em eventos científicos ou afins voltada para produtos de saúde com recebimentos de recursos.

DOI: 10.1590/S1679-45082015AO3222

lheres sexualmente ativas com menos de 25 anos de idade. O estudo da história natural demonstra que mais de 50% das mulheres jovens em início sexual se tornarão positivas para os testes de HPV, 36 meses depois.<sup>(3)</sup> No Brasil foi documentada infecção maciça na adolescência, com até 28% de exames citológicos anormais logo após o primeiro ano da coitarca.<sup>(4)</sup> No entanto, a maioria das adolescentes com sistema imunológico intacto terá clareamento da sua infecção em até 24 meses.<sup>(5)</sup>

As mulheres indígenas apresentam-se também como de elevado risco para a infecção por HPV. Isso porque que a principal forma de transmissão é a sexual. Alguns padrões comportamentais são determinantes desse problema, sendo considerados fatores de risco para o câncer: início de relações sexuais em idade precoce, ocorrência de múltiplos parceiros sexuais ao longo da vida, histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DST), parceiros sexuais promíscuos, imunodeficiências, e condição socioeconômica desfavorável.<sup>(6)</sup>

É consenso mundial que o carcinoma de colo uterino pode ser evitado por meio do diagnóstico precoce e do tratamento de suas lesões precursoras. Para esse fim, o esfregaço citológico cérvico-vaginal, conhecido como Papanicolaou, tem sido advogado como instrumento eficiente para programas de rastreamento.<sup>(7)</sup>

O câncer cervical uterino é precedido por longa fase de doença pré-invasiva, conhecida por neoplasia intraepitelial cervical (NIC) que é categorizada em graus I, II e III. As lesões de alto grau, NIC II e III, se não tratadas, são consideradas lesões precursoras devido à sua maior probabilidade de progressão para o câncer.<sup>(8)</sup> O esfregaço cérvico-vaginal, utilizando a técnica de Papanicolaou, detecta estas alterações. Pela classificação de Bethesda de 2001, os esfregaços são caracterizados como negativo, atipia de células escamosas (ASC, do inglês, *atypical squamous cells*), atipia de células glandulares (AGC, do inglês, *atypical glandular cells*), lesão intraepitelial de baixo grau, lesão intraepitelial de alto grau e câncer.<sup>(9)</sup>

Estudo observacional verificou que a probabilidade de regressão da NIC I é de 60%. Para NIC II, a probabilidade é 40%, tanto para regressão quanto para persistência. Já a probabilidade de regressão de NIC III é de 33% e de progressão para carcinoma invasivo é aproximadamente 12%.<sup>(10)</sup>

Em adolescentes, a maioria dos estudos tem demonstrado alta taxa de regressão espontânea. Em outro estudo, a NIC II apresentou remissão em 40% dos casos no prazo de 2 anos.<sup>(11)</sup> Câncer nessa população é extremamente raro, por isso a maioria dos programas de rastreamento recomenda o início da realização do exame de Papanicolaou em idades mais avançadas, em geral acima de 21 a 25 anos. No Brasil, a idade recomenda-

da para início do rastreamento citológico é 25 anos, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA).<sup>(12)</sup> Instituições como *American Association of Cancer*, *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* (ASCCP) recomendam o primeiro exame preventivo ao 21 anos.<sup>(13, 14)</sup>

Já as mulheres da pós-menopausa, sem diagnóstico anterior de doença cervical uterina, apresentam baixo risco para desenvolver câncer de colo. Assim o MS/INCA estabeleceu a interrupção do rastreamento para mulheres acima de 64 anos que apresentem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos, ou que não apresentem antecedente de doença no colo do útero.<sup>(12)</sup>

Em relação às mulheres indígenas, alguns estudos identificam que o câncer do colo do útero é uma das principais causas de morbimortalidade. Taxas de morbimortalidade duas vezes maiores são indicadas nessas mulheres, quando comparadas às não indígenas.<sup>(6)</sup> Poucos estudos mostram a evolução da infecção pelo HPV nesse tipo de população, não sabendo se ocorre clareamento da mesma forma que nas demais etnias, tornando preocupante se os cofatores epidemiológicos podem interferir negativamente na eliminação da infecção viral. Outra preocupação é o acesso dessas mulheres a exames complementares de diagnóstico e tratamento.

O MS e o INCA estabeleceram, em 2011, novas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero, colocando idades para o início e fim, para coleta do exame de Papanicolaou, porém não faz menção a populações especiais, isoladas e restritas como as mulheres indígenas.<sup>(6, 15)</sup> Na própria recomendação do MS/INCA, o julgamento médico deve prevalecer, levando em conta situações clínicas específicas.

## OBJETIVO

Analisar a ocorrência de atipias nos exames citológicos e histológicos de jovens e idosas indígenas, e também avaliar se a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer em rastreamento do câncer de colo uterino é adequada para essa população.

## MÉTODOS

Foi realizado levantamento retrospectivo de exames citológicos e histológicos de amostras cérvico-vaginais de mulheres do Parque Indígena do Xingu (PIX), no Mato Grosso, no período de 2005 a 2011, e foi apresentada a análise descritiva dos achados, com a prevalência das al-

terações. Para o presente estudo, foram consideradas amostras de mulheres jovens entre 12 e 24 anos (1.386 amostras) e de idosas acima de 64 anos (115 amostras) com vida sexual ativa atual ou pregressa. Os dados foram coletados das ações de prevenção do câncer do colo do útero desenvolvidas no PIX pelo Projeto Xingu e Universidade Federal Paulista (UNIFESP)/Núcleo de Prevenção de Doenças Ginecológicas (NUPREV). As amostras foram colhidas em área indígena por enfermeira habilitada para tal e encaminhadas para o Departamento de Patologia da Escola Paulista de Medicina (EPM). Foram semeadas em lâmina pela técnica convencional, coradas pelo método de Papanicolaou e classificadas segundo o Sistema de Bethesda. Todas as mulheres com alteração citológica foram submetidas a exame colposcópico em área indígena por médico colposcopista; foi realizada biópsia apenas nas que apresentaram algum tipo de imagem atípica, tanto no colo do útero, como em vagina e vulva. O estudo histopatológico foi processado no Departamento de Patologia da EPM. Os achados histopatológicos foram descritos conforme classificação de Richart (1967).

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sob o número 1753/06, e do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o número 361/2008.

## RESULTADOS

Nos anos de 2005, 2007, 2009, 2010 e 2011 foram realizadas ações de rastreamento no Xingu, com 2.903 exames citológicos coletados nas mulheres sexualmente ativas, atingindo a cobertura de 93,4% da população feminina. Foram encontradas 9,1% de alterações citológicas com atipia de significado indeterminado ou maior (ASCUS+). Do total de 1.386 exames citológicos realizados na faixa etária de 12 a 24 anos, representando 47,7% de toda a população estudada, obtivemos média de cobertura de 95,2%. Dos 115 exames citológicos de mulheres acima de 64 anos, representando 3,9% de toda a população rastreada, obtivemos média de cobertura de 91%. Os achados citológicos em toda a população de jovens e idosas estão apresentados na tabela 1 e as alterações citológicas (ASCUS+) na tabela 2, com estes achados em 9,6% da população jovem e 13% das mulheres com mais idade. Na população jovem com alteração citológica, predominou o achado de lesão de baixo grau, com 4,5% de todas as citologias, bem como nas idosas, com 7%. As lesões de alto grau ocorreram em 0,5% no grupo jovem e 2,6% no grupo das idosas. Nenhum caso de carcinoma invasor foi identificado nos dois grupos estudados.

**Tabela 1.** Descrição dos achados citológicos de acordo com as faixas etárias 12 a 24 anos e maior que 64 anos

População	12-24 anos n (%)	>64 anos n (%)
Normal	1253 (90,4)	100 (87)
ASCUS	49 (3,5)	1 (0,8)
ASC-H	14 (1,0)	3 (2,6)
LBG	62 (4,5)	8 (7)
LAG	7 (0,5)	3 (2,6)
AGC	1 (0,1)	0
Total	1386 (100)	115 (100)

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; ASC-H: células escamosas atípicas que não excluem lesão de alto grau; LBG: lesão de baixo grau; LAG: lesão de alto grau; AGC: células glandulares atípicas.

**Tabela 2.** Prevalência das alterações citológicas de acordo com as faixas etárias 12 a 24 anos e maior que 64 anos

Alteração	12-24 anos n (%)	>64 anos n (%)
ASCUS	49 (36,8)	1 (6,6)
ASC-H	14 (10,5)	3 (20)
LBG	62 (46,6)	8 (53,3)
LAG	7 (5,3)	3 (20)
AGC	1 (0,7)	0
Total ALT	133 (100)	15 (100)

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; ASC-H: células escamosas atípicas que não excluem lesão de alto grau; LBG: lesão de baixo grau; LAG: lesão de alto grau; AGC: células glandulares atípicas; total ALT: total de alterações.

Na tabela 3, estão representadas as alterações citológicas com achado de lesão de baixo e alto grau, nas mulheres abaixo de 24 anos, distribuindo-as em três grupos etários: de 12 a 18 anos, de 19 a 21 anos e de 22 a 24 anos. Foi observada alta incidência de lesões de baixo grau em mulheres abaixo de 18 anos e maior frequência de lesões de alto grau na faixa dos 19 aos 21 anos de idade.

**Tabela 3.** Distribuição das alterações citológicas de baixo e alto grau nas mulheres abaixo de 24 anos, por grupos de idade e total de alterações com a proporção por faixa etária

Faixa etária (anos)	Alterações		Total n (%)
	LBG n (%)	LAG n (%)	
12-18	43 (69,3)	1 (14,2)	44 (63,8)
19-21	11 (17,4)	4 (57,1)	15 (21,8)
22-24	8 (12,9)	2 (28,5)	10 (14,4)
Total	62 (100)	7 (100)	69 (100)

LBG: lesão de baixo grau; LAG: lesão de alto grau.

Já nas idosas, os três casos de lesão de alto grau acima de 64 anos apresentavam alteração citológica anterior e mantinham-se em vigilância cito-colposcópica nas ações da equipe do Xingu.

Na tabela 4, é apresentada a distribuição dos resultados de biópsias colposcopicamente dirigidas nas mulheres selecionadas pelas alterações citológicas. No grupo de pacientes jovens, prevaleceram as neoplasias de baixo grau histológico em colo e vagina, bem como nas mais idosas houve prevalência de NIC I, porém em proporções inferiores. Já as neoplasias de alto grau ocorreram nos dois grupos, sendo proporcionalmente maior no grupo de idosas, porém o número de mulheres, neste grupo, é bem inferior ao de jovens.

**Tabela 4.** Prevalência das alterações anatomopatológicas nas mulheres com alterações citológicas nas faixas etárias de 12 a 24 anos e acima de 64 anos

AP	12-24 anos n (%)	>64 anos n (%)
NIC I	12 (40)	3 (50)
NIC II	3 (10)	2 (33,3)
NIC III	3 (10)	0
NIVA I	9 (30)	1 (16,6)
NIVA II	1 (3,3)	0
NIV I	2 (6,6)	0
Total ALT	30 (100)	6 (100)

AP: anatomopatológico; NIC: neoplasia intraepitelial cervical; NIVA: neoplasia intraepitelial vaginal; NIV: neoplasia intraepitelial vulvar; total ALT: total de alterações.

## DISCUSSÃO

Observou-se nas mulheres indígenas do Médio, Baixo e Leste Xingu o início precoce da vida reprodutiva, por volta dos 15 anos, ocorrendo eventualmente até mais cedo. Como o exercício da sexualidade e concepção é precoce, o período reprodutivo dessas mulheres, em sua maior parte, dura cerca de 30 anos, com taxas elevadas de fecundidade.<sup>(6)</sup> Tais fatos a colocam em risco ao agente causal do câncer de colo uterino, mais precocemente do que se observa na população geral. Para essa população, não existe um programa de prevenção do câncer de colo uterino bem estabelecido.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a realização de exame citopatológico é a melhor estratégia para rastreamento do câncer de colo uterino, atingindo altas coberturas (acima de 80%) para populações definidas como alvo e com significativa redução da mortalidade por esse câncer. Países com rastreamento superior a 50% apresentam pequena taxa de mortalidade.<sup>(16)</sup>

Por meio do Projeto Xingu/UNIFESP, têm sido realizados exames de rastreamento de forma organizada, com frequência anual ou bianual desde o ano de 2005. Médicos e paramédicos se dirigem à área indígena, coletando material cérvico-vaginal para a realização da citologia oncótica de todas as mulheres com vida sexual

ativa. O intervalo tem sido menor do que a maioria das diretrizes preconiza, pois se tem pouca experiência com a população do Xingu, no tocante à taxa de incidência e de mortalidade por câncer, prevalência da infecção pelo HPV e suas lesões.

As taxas de cobertura tem se mantido altíssima, maiores do que o recomendado pela OMS, com cifras acima de 90%. As mulheres com resultado de alterações citológicas com atipias de células escamosas de significado indeterminado ou mais grave (ASCUS+) foram selecionadas para uma segunda ação, com a realização da colposcopia e biópsia se necessário. Caso o achado de lesão com gravidade se confirmasse pela histopatologia, uma terceira ação era programada com o objetivo de tratamento dessa mulher. Nesse levantamento, pudemos observar que a maioria dos exames foi realizada na faixa etária abaixo de 25 anos. Isso ocorreu pelo fato de a população jovem ser mais predominante.

Em estudo brasileiro conduzido por Monteiro et al., foi encontrado, para mulheres abaixo de 19 anos, o achado de 20% de lesões intraepiteliais, com 3% de lesão de alto grau e um caso de câncer invasor, ou seja, taxas superiores as nossas. Os autores concluem que a população jovem deva ser rastreada com o objetivo de tratar precocemente as lesões e evitando o risco de evolução para câncer invasor.<sup>(4)</sup>

Estudo do Instituto Adolfo Lutz observou alta incidência de lesões de alto grau na faixa etária menor que 34 anos com destaque para a ocorrência dessas lesões em 24,3% nas mulheres abaixo de 25 anos.<sup>(17)</sup> Na nossa casuística, o achado citológico de lesão de alto grau foi baixo, porém, dentre os casos selecionados com citologia ASCUS+ confirmados pela histopatologia, os valores foram semelhantes em mulheres abaixo de 25 anos.

No programa de rastreamento do SISCOLO de 2008 a 2011, com referência às mulheres indígenas, ocuparam 0,3% de toda a população rastreada; 20% dos exames nessa população foram realizados abaixo dos 25 anos – taxas bem inferiores as apresentadas no nosso trabalho.<sup>(18)</sup> As alterações citológicas também foram inferiores, com 2,1% dos exames representados; o achado de lesão de baixo grau ocorreu em 0,48% e de alto grau 0,33%. Provavelmente, isso tenha ocorrido pelo fato de aqui estarmos representando apenas mulheres indígenas, de área isolada, com acesso restrito e que até 2005 estavam à deriva em exames de rastreamento do câncer cervical uterino; já no programa do SISCOLO, a abrangência foi em indígenas de todo o país, miscigenadas à população branca, muitas vivendo em áreas urbanas, onde o acesso à saúde é mais amplo, com maior facilidade a ações de rastreamento. Além disso, os dados do SISCOLO representam uma pequena parcela da população fe-

minina indígena do país que foi submetida ao exame preventivo e acompanhada de forma vertical, ou seja, não há informações posteriores sobre seguimentos. No PIX, foi realizado um programa horizontal, que possibilitou a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento dessas mulheres durante 6 anos. Estes dados são inéditos no Brasil, pois é muito difícil desenvolver e manter um programa de prevenção em áreas isoladas, de difícil acesso e com alta rotatividade de profissionais. Não existem estudos nacionais que avaliem a evolução das lesões cervicais em população indígena, o que gera insegurança na conduta expectante para essas mulheres, bem como o não rastreamento em faixas etárias não recomendáveis para mulheres da população em geral. A parceria com a universidade foi fundamental, pois, por meio de ações matriciais com profissionais especializados, foi viável manter um programa organizado de forma contínua e adaptado à realidade indígena.

Ao subdividir as jovens em três grupos distintos de faixa etária, observamos predomínio de mulheres abaixo dos 18 anos. Já a população mais idosa, acima dos 65 anos é restrita, provavelmente por uma menor sobrevivência nas indígenas devido a outras comorbidades.

No nosso estudo, abrangemos todas as mulheres sexualmente ativas, pois, como o início sexual é muito precoce e não há ainda um programa bem estabelecido para essa população, optamos por rastrear todas as mulheres com história de já ter iniciado vida sexual, com intervalos anuais ou bianuais, com o objetivo de traçar o perfil e, assim, estabelecer o que seria melhor para as indígenas. Com esse levantamento de cinco ações consecutivas, ficou claro que as lesões são frequentes em mulheres jovens, mas com predomínio de lesão de baixo grau. Os casos de lesão de alto grau ocorreram em idade inferior aos 25 anos.

Os três casos de NIC II encontravam-se numa faixa etária extremamente jovem. Com base nos vários trabalhos que creem na remissão espontânea dessas lesões em adolescentes, que varia de 40 a 60%, é possível adotar a conduta expectante.<sup>(19-23)</sup> No entanto, pouco se sabe do comportamento dessas lesões em indígenas, além do risco de perda do seguimento dessas mulheres, devido a dificuldade de acesso das equipes, risco de inconsistência das ações e mudança constante das mulheres de uma aldeia para outra, o que poderia inviabilizar a conduta expectante com controles regulares. Nesses mesmos artigos que se caracteriza a alta taxa de regressão espontânea, as taxas de persistência e de progressão são consideráveis, levando em conta os mesmos 40 a 60%, o que poria em risco o tipo de população especial em estudo, pela possibilidade de não ocorrer o seguimento de forma regular.<sup>(22,23)</sup>

Já os três casos apresentados com diagnóstico de NIC III estavam na faixa de 22 a 24 anos, demonstrando que a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para realização de rastreamento pelo método de Papanicolaou exclui do sistema pacientes jovens, potencialmente portadoras de lesões de alto grau com risco evolutivo para câncer. Esses casos, independente da faixa etária, têm indicação imediata de tratamento. O desfecho da história natural da infecção pelo HPV pode ser danoso à saúde dessas jovens indígenas, uma vez que a orientação oficialmente aceita para a população feminina brasileira não leva em consideração as nuances de comportamento e associação de fatores de risco, devendo prevalecer, então, o julgamento médico para situações especiais. O maior contingente de mulheres jovens neste estudo encontrava-se na faixa etária abaixo de 18 anos, que, na maioria dos consensos não seriam incluídas para rastreamento do câncer do colo uterino; assim conclui-se que houve excesso de cobertura, com desperdício de investimentos, visto que, nessa população, não estaria indicado o tratamento das lesões intraepiteliais. Nessa faixa, estaria recomendada a drenagem dos recursos com o uso em massa da vacinação contra o HPV. Porém as ações de prevenção nesses anos consecutivos, mesmo em idades precoces, propiciou-nos o conhecimento do comportamento da infecção e das lesões nestas mulheres e, assim, estabelecer um novo programa de rastreamento para essa população especial.

No entanto, os resultados obtidos em mulheres idosas mostram que a baixa ocorrência de atipias citológicas justifica respeitar o limite de 64 anos de idade, como estabelecido pelo MS/INCA, desde que elas tenham exames anteriores negativos e sem história de patologia cervical progressiva. Os três casos de lesão de alto grau apresentados nessa faixa etária tinham alteração citológica anterior, o que indicaria a não interrupção do rastreamento.

Se considerarmos os dados obtidos em nosso estudo e adotássemos as condutas dos países que iniciam o rastreamento a partir dos 25 anos, incluindo o Brasil, algumas de nossas jovens indígenas, apesar de não ser um número muito grande, teriam lesões cervicais graves por um período bastante prolongado até chegarem à idade sugerida para rastreamento. Além do mais, a possibilidade de perda dessas mulheres, que mudam constantemente de aldeias e, muitas vezes, mudam o próprio nome, levaria a descontinuidade do seguimento. Assim, baseado em instituições como a ACOG e a ASCCP, que recomendam o primeiro exame preventivo aos 21 anos e o tratamento das lesões de NIC III em jovens, optamos, para esse tipo de população, o início mais precoce do rastreamento.<sup>(13,14,19,20,21)</sup>

Dados internacionais mostram que somente 12 a 45% das adolescentes sexualmente ativas têm realizado exame de prevenção.<sup>(23)</sup> No nosso estudo, a cobertura nessa faixa etária foi alta. Por isso, sugere-se que o rastreamento deva ser regular nesse grupo de mulheres jovens, em função do aumento da incidência de lesões de alto grau entre as pacientes com 20 a 34 anos de idade a semelhança de Itália, França, Alemanha e Estados Unidos, que iniciam aos 20 a 21 anos e jamais abaixo disso.<sup>(19,20,21,24,25)</sup>

## CONCLUSÃO

No Parque Indígena do Xingu, o rastreamento do câncer de colo do útero deveria ser iniciado em idade mais precoce do que o preconizado pelo o Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde, considerando ser esta uma população especial com risco de não acompanhamento regular. A idade de término do rastreamento se mostrou coerente com o instituído em nosso país, finalizando aos 64 anos, desde que não tenha alteração em exames anteriores.

## REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Globocan 2002 cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base No 5, version 2.0. IARC Press. Lyon; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. (citado 2014 Jan 14). Disponível: [http://www2.inca.gov.br/HYPERLINK "http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226/Apresentacao+Estimativa+2014\\_final+corrigido+tireoide.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226"](http://www2.inca.gov.br/HYPERLINK%20http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226/Apresentacao+Estimativa+2014_final+corrigido+tireoide.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226) wHYPERLINK "http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226/Apresentacao+Estimativa+2014\_final+corrigido+tireoide.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226" ps/wcm/connect/0129ba0041fbbc01aHYPERLINK
3. Moscicki AB, Ellenberg JH, Vermund SH, Holland CA, Darragh T, Crowley-Nowick PA, et al. Prevalence of and risks for cervical human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in adolescent girls: impact of infection with human immunodeficiency virus. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(2):127-34.
4. Monteiro DL, Trajano AJ, Silva KS, Russomano FB. Incidência de lesões intraepiteliais cervicais em população de adolescentes atendidas em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(5):1113-22.
5. Moscicki AB, Shiboski S, Broering J, Powell K, Clayton L, Jay N, et al. The natural history of human papillomavirus infection as measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. *J Pediatr.* 1998;132(2):277-84.
6. Pereira ER. Prevenção do câncer do colo do útero na população feminina do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Unifesp; 2011.
7. Insinga RP, Glass AG, Rush BB. Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):105-13.
8. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones RW, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol.* 2008;9(5):425-34.
9. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T Jr, Young N; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA.* 2002;287(16):2114-9. Review.
10. Östör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol.* 1993;12(2):186-92. Review.
11. Castle PE, Schiffman M, Wheeler CM, Solomon D. Evidence for frequent regression of cervical intraepithelial neoplasia-grade 2. *Obstet Gynecol.* 2009;113(1):18-25.
12. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. p. 33-34.
13. Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 436: evaluation and management of abnormal cervical cytology and histology in adolescents. *Obstet Gynecol.* 2009;113(6):1422-5.
14. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FA, Moriarty AT, Waxman AG, Wilbur DC, Wentzensen N, Downs LS Jr, Spitzer M, Moscicki AB, Franco EL, Stoler MH, Schiffman M, Castle PE, Myers ER; ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(3):147-72.
15. de Gois Speck NM, Pereira ER, Schaper M, Rodrigues D, Almeida P, Sakano CR, et al. Cytopathological screening in indigenous women from Parque Indígena do Xingu. *Eur J Gynaec Oncol.* 2009;30(5):512-3.
16. World Health Organization (WHO). Cervical cancer screening in developing countries: report a who consultation. France: World Health Organization (WHO); 2002.
17. Etlinger D, Pereira SM, Oikawa KF, Marin AC, Araújo RS, Souza CJ, et al. Campanha de prevenção de câncer cervical: estudos no Instituto Adolfo Lutz mostram a necessidade de avaliação na faixa etária. *Rev Inst Adolfo Lutz.* 2008;67(1):64-8.
18. Pla MA, Correa FM, Claro IB, Silva MA, Dias MB, Bortolon PC. Análise descritiva do perfil dos exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres indígenas e não indígenas no Brasil, 2008-2011. *Rev Bras Cancer.* 2012;58(3):461-469.
19. Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. *Eur J Cancer.* 2000 Nov;36(17):2260-5.
20. Mayor S. NHS cervical screening programme to introduce liquid based cytology. *BMJ.* 2003;327(7421):948.
21. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H, Joffres M, Birtwhistle R, Tonelli M, Mai V, McLachlin M. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ.* 2013;185(1):35-45.
22. McAllum B, Sykes PH, Sadler L, Macnab H, Simcock BJ, Mekhail AK.. Is the treatment of CIN 2 always necessary in women under 25 years old? *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(5):478.e1-7.
23. Vetrano G, Lombardi G, Di Leone G, Parisi A, Scardamaglia P, Pate G, et al. Cervical intraepithelial neoplasia: risk factors for persistence and recurrence in adolescents. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2007;28(3):189-92.
24. Coppell K, Paul C, Cox B. An evaluation of the National Cervical Screening Programme Otago site. *N Z Med.* 2000;113(1104):48-51.
25. Bano F, Kolhe S, Zamblera D, Jolaoso A, Folayan O, Page L, et al. Cervical screening in under 25s: a high-risk Young population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;139(1):86-9.