

**UNIVERSIDADE PAULISTA
CENTRO DE CONSULTORIA EDUCACIONAL**

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA VIEIRA

**A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO EM RELAÇÃO AS NEOPLASIAS
BENIGNAS: LESÃO INTRA-EPITELIAL DE BAIXO GRAU, LESÃO
INTRA-EPITELIAL DE ALTO GRAU E CARCINOMA IN SITU**

**RECIFE
2011**

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA VIEIRA

**IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO EM RELAÇÃO AS NEOPLASIAS
BENIGNAS: LESÃO INTRA-EPITELIAL DE BAIXO GRAU, LESÃO
INTRA-EPITELIAL DE ALTO GRAU E CARCINOMA IN SITU**

Monografia apresentada à
Universidade Paulista e Centro de
Consultoria Educacional, com
exigência do Curso de Pós-graduação
“Lato Sensu” em Citologia Clínica.

Orientador: M Sc. Gustavo Santiago Dimech

**RECIFE
2011**

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA VIEIRA

**IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO EM RELAÇÃO AS NEOPLASIAS
BENIGNAS: LESÃO INTRA-EPITELIAL DE BAIXO GRAU, LESÃO
INTRA-EPITELIAL DE ALTO GRAU E CARCINOMA IN SITU**

Monografia para obtenção do grau de Especialista em Citologia Clínica.

Recife 02 de Fevereiro de 2011

EXAMINADOR:

Nome: _____

Titulação: _____

PARECER FINAL:

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor Jesus por ter me abençoado e me dado forças para a conclusão deste grande sonho, que foi alcançar término da pós-graduação.

Agradeço também a minha mãe, Maria Auxiliadora de Souza Vieira, pelo amor e apoio a mim dedicados. Aos colegas que estiveram sempre ao meu lado me auxiliando nas horas difíceis no decorrer desta caminhada.

Agradeço aos mestres que nos guiaram durante todo o curso, em especial ao Professor Carlos Eduardo Queiroz Lima que foi um profissional que nos trouxe inspiração para a realização do curso e conclusão deste trabalho. Como também ao professor que orientou todos os passos desta pesquisa, Gustavo Dimech, pela sua competência e paciência para comigo na orientação deste trabalho.

RESUMO

Neste estudo foram avaliadas as Neoplasias Intraepiteliais Cervicais e o Carcinoma in situ, focando a questão que quando descoberto no início, ou seja, quando as lesões ainda não são tão invasivas há altas chances de cura do problema. Porém, a epidemiologia mostra que no Brasil, ainda existe muita dificuldade na prevenção deste tipo de câncer, o que o leva a ser a segunda doença que mais mata em nosso país. Contudo, buscou-se dar destaque a citologia clínica das neoplasias e do carcinoma, pois cabe também aos profissionais de saúde procurar conscientizar a população sobre esta problemática, mas para isso eles precisam ser conscientizados primeiro. Neste sentido, o trabalho foi dividido em quatro etapas, sendo elas: conceito, epidemiologia, fisiopatologia e tratamento.

Palavras-chave: neoplasias, prevenção e câncer.

ABSTRACT

In this study we evaluated intraepithelial neoplasias and carcinoma in situ, focusing on the issue that when found early, ie, when the lesions are not as invasive there are high chances of curing the problem. However, the epidemiology shows that in Brazil there is still great difficulty in preventing this type of cancer, causing him to be the second largest killer in our country. However, we sought to highlight the clinical cytology of neoplasms and carcinoma, as it is also for health professionals seek to educate the public about this issue, but for that they need to be educated first. In this sense, the work was divided into four stages, namely: concept, epidemiology, pathophysiology and treatment.

Keywords: neoplasms, prevention and cancer.

SÚMARIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 NEOPLASIAS INTRAEPITELIAIS CERVICAIS.....	13
1.1 EPIDEMIOLOGIA.....	16
1.2 FATORES PREDISPOONENTES.....	17
1.3 FISIOPATOLOGIA.....	20
1.4 LESÃO INTRA-EPITELIAL DE BAIXO GRAU.....	23
1.5 LESÃO INTRA-EPITELIAL DE ALTO GRAU.....	27
1.6 CARCINOMA IN SITU.....	28
1.7 TRATAMENTO.....	30
1.7.1 Cone a frio.....	30
1.7.2 Histerectomia abdominal ou vaginal.....	31
1.7.3 Radioterapia.....	31
1.7.4 Quimioterapia.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	35

INTRODUÇÃO

A sexualidade da mulher nos dias atuais é bastante diferente da sexualidade da mulher a trinta ou quarenta anos, sendo assim, as doenças apresentadas por elas também se diferenciaram das que se apresentavam a três ou quatro décadas atrás.

Deste modo, Birman (2000) afirma que na luta pela libertação das amarras sexuais, ditadas pelos dogmas morais, a mulher contemporânea se arvorou por novas formas de erotismo como o gozo objetivista e o sexo de ocasião. (BIRMAN, 2000, p. 24) A sexualidade feminina é determinada a partir do momento histórico no qual está inserida, ou seja, a maneira como a mulher se coloca diante de sua sexualidade depende da individualidade de cada pessoa, como também de questões ligadas a costumes de época.

A medicina com o passar dos anos, passou a investigar melhor as doenças uterinas, ou seja, as doenças tipicamente femininas, o que ajudou muito no tratamento dessas doenças, principalmente do câncer, que pode ser identificado rapidamente e por isso tratado à tempo. Neste sentido, Birman destaca que a liberdade sexual experimentada atualmente pela mulher tem relação com o direito adquirido por elas de disporem de si mesmas, de seus corpos, enfim, de sua existência como um todo. (BIRMAN, 2000, p.25)

Sendo assim, as doenças sexualmente transmissíveis se alastram com muita facilidade e podem provocar além do desconforto, podem colaborar para o desenvolvimento de problemas mais sérios, como a Neoplasia intra-epitelial cervical, mais conhecida como displasia do colo do útero.

No período de 1995 a 1999, estimou-se que o câncer do colo do útero teria no Brasil taxa de incidência de 18,86/100.000 mulheres e mortalidade de 4,31/100.000 mulheres. Diferentemente dos outros cânceres humanos, o câncer cervical é, em princípio, doença evitável, já que apresenta evolução lenta, com longo período desde o desenvolvimento das lesões precursoras ao aparecimento do câncer. A sua prevenção é potencialmente eficaz, pois existem diversas formas de intervenção no combate às múltiplas manifestações da doença.

Porém, apesar da eficácia dos programas de controle de câncer cérvico-uterino em muitos centros, o carcinoma cervical mantém-se como doença de alta prevalência, incidência e mortalidade. Assim, as estimativas de incidência deste

câncer para 2005 permanecem elevadas, com taxas de 22,14/100.000 mulheres. Essa situação não é exclusiva do Brasil e em todo o mundo, a cada ano, meio milhão de mulheres são acometidas por câncer de colo uterino e cerca de metade delas morrem pela doença. Não por acaso, 78% das novas ocorrências/ano incidem em países em desenvolvimento, evidenciando a convergência entre as condições socioeconômicas subótimas e a precariedade do acesso ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras.

Estudos feitos mostram que as doenças sexualmente transmissíveis são as que são transmitidas por meio de relações sexuais, com ou sem penetração, agridem o organismo da mulher e provocam alterações nas células do colo do útero.

Segundo a Organização Mundial de Saúde as doenças mais comuns, causadas por vírus, são o Papilomavírus (HPV), que pode ser transmitido por meio do contato sexual direto, inclusive sem penetração, com a pele ou com as mucosas infectadas de um parceiro a outro. Raramente a transmissão é feita pelo contato com áreas não-sexuais afetadas. Durante o parto normal, uma mãe que está infectada com o HPV pode transmiti-lo ao seu bebê.

O sintoma mais evidente é a presença de verrugas na pele e nas regiões oral, anal e genital. Ocorrem também corrimentos e pequenos ferimentos na região ano-genital. Convém ressaltar que nem todas as pessoas que foram expostas ao vírus HPV desenvolvem verrugas genitais. Contudo, quando um indivíduo apresenta verrugas genitais, a chance de que seu parceiro sexual também esteja infectado com o vírus é maior. As lesões provocadas pelo HPV têm crescimento limitado e regressão espontânea. Os tumores iniciais são visualizados somente com o auxílio de exames mais minuciosos, como a colposcopia. Nas lesões moderadas, normalmente aparecem verrugas ou papilomas de pele. Já as lesões mais avançadas evoluem para câncer de colo de útero.

O HPV genital subdivide-se em: oncogênico, isto é, o que oferece alto risco de desenvolvimento de câncer e não oncogênico: baixo risco de surgimento de câncer. Além do HPV uma outra importante doença, causadas por vírus, que está entre os principais problemas relacionados a saúde da mulher é o Herpesvírus (HSV), sendo ele transmitido por escoriações na pele, relações sexuais sem o uso de preservativo ou da mãe para feto.

Se o vírus está presente no momento do parto, o contato do feto com as secreções maternas permite a transmissão do HSV. O herpes começa geralmente

com uma coceira, seguida de ardor nos órgãos genitais e dor de cabeça e febre. Em seguida, aparecem bolhas pequenas, que se transformam em feridas que doem. Estas feridas demoram aproximadamente 15 dias para desaparecer. Uma característica importante do HSV é a capacidade de manter-se em estado latente, isto é, o vírus aparentemente está inativo e, assim que surge uma oportunidade ele é reativado. Por isso são conhecidos como vírus oportunistas. Quando a pessoa, que já foi infectada pelo vírus, passa por um desgaste seja ele emocional ou físico, os sintomas reaparecem. Não existe, atualmente, um medicamento capaz de curar definitivamente o herpes.

A Infecção por HIV (o vírus da AIDS) também constitui um fator de risco. Uma mulher HIV positiva apresenta um sistema imunológico menos capaz de combater um câncer.

O desenvolvimento mais rápido dessas doenças também é delimitado por fatores sociais, como as mulheres mais pobres estão mais expostas ao risco do câncer de colo de útero, pela falta de informação sobre os cuidados com a sua saúde e a higiene; por terem uma alimentação pobre em vitamina A e ainda por procurarem o médico quando já estão doentes.

Outro fato importante que vale salientar é o estilo de vida de cada pessoa, pois quanto mais jovens as mulheres começam a ter relações sexuais, mais expostas às infecções genitais elas ficam. Além disso, outros fatores influenciam como: múltiplos parceiros sexuais; quanto maior o número de parceiros sexuais, maior será o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis; uso prolongado de anticoncepcionais orais; Falta de higiene.

As fumantes também correm grande risco, pois o cigarro contém substâncias que, em longo prazo, podem provocar câncer em vários órgãos, inclusive no útero. Mulheres fumantes têm duas vezes mais chance de câncer de colo do que as não-fumantes.

Lisboa (2003) afirma que as mulheres estão bem mais vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis que os homens, isso se dá devido a sua propensão biológica e seu histórico de opressão sexual, maior probabilidade de sofrer violação e ter poder bastante limitado nas relações afetivo-sexuais.

A autora destaca ainda que, o cuidado de si, o autocuidado, é considerado um objetivo a ser alcançado quando o assunto é aconselhamento em DST/HIV/AIDS. Trabalha-se com a idéia de que o autocuidado é uma conquista, o

resultado final de um processo continuado de consolidação da auto-estima, e é, de alguma forma, o objetivo final do aconselhamento. Entende-se que é através da informação, capacitação e encorajamento das pessoas a manterem atitudes de autocuidado em todas as situações possíveis, que terá um freio o crescimento da epidemia da AIDS. Se considerarmos que a via sexual tem sido apontada como responsável pelos novos casos em todo mundo, é evidente que os esforços se voltem para a prevenção.

Portanto, nota-se que sempre a maior segurança está na prevenção das chamadas DST's ou IST's como destaca a Organização Mundial de Saúde, mas quando não existe esta preocupação é comum que esses pequenos problemas evoluam para doenças mais graves, daí a importância do exame Papanicolau para a identificação rápida do problema e de seu tratamento.

Porém, para que a mulher possa buscar prevenir-se e tratar-se contra as DST's, é preciso que ela tenha informação de como fazê-lo, assim Lisboa (2003) afirma que: Se vamos falar de vulnerabilidades, no plural, podemos começar pelo aspecto que entendemos ser o menos difícil de ser contornado, a *desinformação*. Menos difícil porque a informação, pura e simples, é uma aquisição teórica. Não é investida de afeto, apenas uma série de dados dos quais a mulher poderá apropriar-se. E esta informação sobre o que são DST/HIV/AIDS podem ser divulgadas e repetidas à exaustão por vários meios: *folders*, palestras, aconselhamentos individuais, programas de TV, sendo parte fundamental do trabalho em prevenção. (LISBOA, 2003, p. 65)

As informações do tipo 'como pegar doença' ou 'como evitar doença' certamente estão na base de um bom trabalho de prevenção em DST/HIV/AIDS, uma vez que esclarece dúvidas, destrói mitos, traz segurança ao usuário e estabelece uma desejável familiaridade com termos e conceitos, exercitando uma precoce sensibilização que vai facilitar à mulher - usuária no presente ou no futuro dos métodos de prevenção - sentir-se à vontade em nomear suas dificuldades, sem constrangimentos.

Sendo assim, muitas vezes a vulnerabilidade desta mulher ainda está nas mãos de seu parceiro que muitas vezes não quer utilizar camisinha e também não colabora com o tratamento, prejudicando a saúde da parceira, como também dele mesmo.

Segundo estudos feitos por Lisboa (2003), enfatiza-se que Entretanto, outras vulnerabilidades estão à espreita e algumas não tão facilmente contornáveis, como a questão das *relações de poder*. As frases “o que meu parceiro vai pensar de mim se eu falar em usar preservativo?” e “meu parceiro não vai aceitar nem discutir o uso do preservativo”, são freqüentes nas falas das mulheres com relações monogâmicas estáveis.

A intervenção que mais utilizamos diante de tais declarações costuma ser “e o que pensas a respeito do uso do preservativo com teu parceiro?”; e com freqüência observamos um jogo de expressões que vão da surpresa “nunca haviam pensado que sua opinião pudesse afinal ser importante” ao reconhecimento “bem, afinal a relação é de duas pessoas, logo ambas devem mesmo discutir e opinar sobre isto em termos de igualdade”.

Este momento de conscientização pode – ou não – evoluir para uma conversa aberta com o parceiro, o que vai depender da qualidade da relação entre eles e da segurança da mulher em enfrentar e elaborar a idéia de que as decisões sobre proteção podem e devem ser avaliadas a dois.

Neste sentido, há alguns sintomas pré-cancerígenos que podem ser identificados com rapidez e tratados com eficácia evitando a proliferação do câncer do colo do útero, como o caso da neoplasia intra-epitelial cervical de baixo e alto grau e carcinoma in situ.

Assim, o presente estudo tem como objetivo à descrição da citológica da neoplasia intra-epitelial cervical de baixo e alto grau e carcinoma in situ, destacando a definição, diagnóstico e tratamento das mesmas.

1 NEOPLASIAS INTRAEPITELIAIS CERVICAIS

Bueno (2008) destaca que, Uma displasia do colo do útero é uma alteração benigna ou maligna nas células que revestem toda a parte interna do útero. Frequentemente ela está relacionada à doenças sexualmente transmissíveis e felizmente não pode espalhar-se por outras áreas do corpo. É importante saber que antes do câncer do colo do útero estar instalado, as células passam por várias modificações e por isso a necessidade de realizar anualmente o papanicolau. As mulheres que iniciaram sua vida sexual muito cedo, possuem muitos parceiros sexuais diferentes e já tiveram várias doenças venéreas estão mais propensas a sofrer com alguma displasia cervical. (BUENO, 2008, p. 23)

As neoplasias invasivas não são um tipo de doença que aparece de uma hora para outra, mas, geralmente já vêm dando sinal de que algo não está bem no organismo, durante um bom tempo, apresentando o que se denomina doença pré-invasiva.

Ainda neste contexto, Cartier (1994) afirma que, Neoplasias invasivas do colo uterino são em geral precedidas por uma longa fase de doença pré-invasiva. Microscopicamente, isto se caracteriza como uma gama de eventos que progridem da atipia celular a graus variados de displasia ou neoplasia intraepitelial cervical (NIC) antes da progressão ao carcinoma invasivo. Um bom conhecimento da etiologia, fisiopatologia e história natural da NIC proporciona uma base sólida tanto para o exame visual como para o diagnóstico colposcópico e a compreensão dos princípios do tratamento dessas lesões. (CARTIER, 2006, p. 37)

Neste sentido, é notório que há possibilidade de identificação do problema com bastante antecedência, podendo o mesmo ser tratado, e assim se evitar a evolução para um problema mais grave.

Contudo, estudos realizados por William (1888) mostram que, o conceito de lesões precursoras da neoplasia do colo uterino remonta ao fim do século XIX, quando áreas de alterações epiteliais atípicas não invasivas foram identificadas em amostras teciduais adjacentes às neoplasias invasivas. (WILLIAM, 1888, p. 87)

Enquanto que, o termo carcinoma in situ (CIS) foi introduzido em 1932 para indicar as lesões em que as células carcinomatosas indiferenciadas ocupavam a espessura total do epitélio, sem ruptura da membrana basal (Broders, 1932, p. 76).

Outrossim, a associação entre o carcinoma in situ e a neoplasia invasiva do colo uterino foi posteriormente verificada e o termo displasia foi introduzido no final dos anos 50 para designar a atipia epitelial cervical intermediária entre o epitélio normal e o CIS (Reagan, 1953, p. 125).

Assim, Reagan (1953) afirma ainda que a displasia recebeu uma categorização adicional em três grupos : leve, moderada e grave, a partir do grau de comprometimento da espessura epitelial por células atípicas. Posteriormente, durante muitos anos, as lesões pré-neoplásicas cervicais passaram a ser indicadas segundo as categorias de displasia e CIS, e ainda são amplamente usadas em muitos países em desenvolvimento. (REAGAN, 1953, p. 75)

Neste contexto, de acordo com estudos realizados com mulheres portadoras da doença, foi observado que certos casos de displasia regrediam, outros continuavam e alguns para carcinoma in situ.

Como enfatiza Richart (1968), uma correlação direta com progressão e grau histológico foi verificada. Essas observações levaram ao conceito de um único processo patológico contínuo pelo qual o epitélio normal evolui a lesões precursoras epiteliais e a neoplasia invasiva. Com base nas observações anteriores, o termo neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) foi introduzido em 1968 para indicar uma ampla gama de atipia celular limitada ao epitélio. A NIC foi dividida em graus 1, 2 e 3. A NIC 1 correspondia à displasia leve, a NIC 2 à displasia moderada e a NIC 3 à displasia grave e CIS. (RICHART, 2007, p. 97).

Posteriormente, nos anos 80, como destaca Richart (1990) as alterações anatomopatológicas tais como a atipia coilocítica ou condilomatosa associada à infecção do papilomavírus humano (HPV) foram cada vez mais identificadas. Coilócitos são células atípicas com uma cavitação ou auréola perinuclear no citoplasma que indica alterações citopáticas devidas à infecção pelo HPV. Isto levou ao desenvolvimento de um sistema histológico simplificado de dois graus. Assim, em 1990, foi proposta uma terminologia histopatológica baseada em dois graus da doença: NIC de baixo grau que compreendia anomalias compatíveis com atipia coilocítica e lesões NIC 1 e NIC de alto grau que compreendia a NIC 2 e 3. As lesões de alto grau foram consideradas como genuínas precursoras da neoplasia invasiva (RICHART, 2007, p.86).

No final da década de 80, o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos realizou um simpósio para propor um novo esquema de registro dos resultados da

citologia cervical (Relatório do Simpósio de NIC, 1989; Solomon, 1989; Kurman et al., 1991).

As recomendações deste simpósio e a revisão posterior em um segundo simpósio realizados em 1991 ficaram conhecidas como Sistema Bethesda (TBS) (Relatório do Simpósio de NIC, 1992).

Sendo assim, Kurman (2005) afirma que a característica principal do TBS foi a criação do termo lesão intraepitelial escamosa (SIL) e um esquema de dois graus que compreendia lesões de baixo grau (LSIL) e alto grau (HSIL). A classificação de TBS combina alterações condilomatosas (HPV) planas e NIC de baixo grau (NIC 1) em LSIL, enquanto a HSIL compreende NIC mais avançada, como NIC 2 e 3. O termo lesão foi usado para enfatizar que qualquer uma das alterações morfológicas em que se baseia um diagnóstico não identifica necessariamente um processo neoplásico. Embora elaborado para a notificação citológica, o TBS é também usado para informar sobre achados histopatológicos. O TBS é predominantemente usado na América do Norte. A terminologia de NIC é usada neste manual ao se tratar dos graus variados de lesões pré-neoplásicas escamosas cervicais (KURMAN, 2005, p. 79).

Deste modo, entende-se que as Neoplasias Benignas, no que diz respeito à Lesão de baixo grau é necessário que a mulher esteja sempre atenta a qualquer alteração que ocorra em seu organismo, buscando fazer os exames periódicos com frequência, para que se possa ser diagnosticado em tempo hábil, e ser tratada de modo que essa Lesão, que à priori é benigna, evolua para um carcinoma in situ. Para isso, é fundamental que exista um diagnóstico bem feito, quando se trata das neoplasias.

Portanto, Smith (2003) afirma que, as neoplasias invasivas do colo uterino de células escamosas são precedidas por uma longa fase de doença pré-invasiva, conjuntamente denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A NIC é categorizada em graus 1, 2 e 3, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas. Os graus mais graves da NIC (2 e 3) apresentam uma maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas. A infecção persistente, provocada por um ou mais dos subtipos oncogênicos de papilomavírus humano (HPV), é uma causa necessária da neoplasia cervical. A maioria das anomalias cervicais causadas pela infecção do HPV tem pouca probabilidade de progredir a NIC ou neoplasia do colo uterino de alto grau. A

maioria das NIC de baixo grau regride em períodos relativamente curtos ou não progridem a lesões de alto grau. A NIC de alto grau apresenta uma probabilidade muito maior de progredir a neoplasia invasiva. A lesão precursora que se origina do epitélio colunar é denominada de adenocarcinoma in situ (AIS). O AIS pode estar associado a NIC em um a dois terços dos casos. (SMITH, 2003, p. 97)

Deste modo, entende-se que o as Neoplasias intra-epitelial cervical é o crescimento anormal do tecido epitelial da superfície do colo uterino. Ou seja, um espectro ou uma série contínua de alterações especificados como: NIC I, displasia leve; NIC II, displasia moderada a acentuada e NIC III, displasia grave a carcinoma-in-situ (câncer localizado no tecido intra-epitelial/camada superficial do colo uterino).

1.1 EPIDEMIOLOGIA

A Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) é uma patologia de grande prevalência no Brasil, e atualmente atinge mulheres cada vez mais jovens.

De acordo com Martins (2005) o câncer da cérvix uterina corresponde a 15% de todos os tipos de câncer em mulheres, representando, mundialmente, o segundo mais freqüente no sexo feminino. Essa neoplasia constitui a terceira maior incidência de câncer nas mulheres brasileiras, sendo superada apenas pelo câncer de pele e de mama. (MARTINS, 2005, p. 53)

Assim, o câncer do colo do útero tem um processo de evolução, que é denunciado por lesões benignas, que se não forem cuidadas, com o passar do tempo pode descambar no câncer.

Outrossim, Martins (2005) destaca que o câncer de colo uterino apresenta, além de aspectos epidemiológicos e etiológicos característicos, evolução clínica bem definida. Esta, por sua vez, é representada por progressão lenta, visto que é uma doença crônica que surge a partir de lesões precursoras não invasivas, conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais (NICs), as quais, em um período médio de 20 anos, podem se transformar em processo invasor (Martins, 2005, p. 55).

Neste sentido, o câncer de colo é um problema de grande porte, para a Saúde Pública brasileira, segundo estudos realizados pelo Inca mostram, principalmente pelo pouco controle que o Estado tem sobre o problema, pois em muitas regiões do Brasil ainda não há material adequado e profissionais especializados para cuidar do problema. Ao contrário do que ocorre nos países mais

desenvolvidos, a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero continua elevada no Brasil e, do ponto de vista temporal, vêm aumentando: em 1979, a taxa era de 3,44/100.000, enquanto em 1999 era de 4,67/100.000. Sua alta incidência e mortalidade fazem a estimativa de número de novos casos para o ano de 2005 no Brasil ser de 20.690 casos (INCA, 2005).

Sendo assim, é notório que esse tipo de câncer tem grandes chances de ser prevenido, porém continua sendo uma das principais causas da morte de centenas de mulheres no território brasileiro, sendo considerado o segundo tipo que mais mata, perdendo apenas para o câncer de mama.

Neste sentido, Piato (1999) afirma que dos tumores malignos sediados nos órgãos genitais femininos, sem dúvida o câncer de colo de útero é o que mais se distingue pela maior frequência. Por isso, o estudo epidemiológico desta patologia é de importância para a prática médica, e sua finalidade baseia-se na identificação dos fatores que mais se relacionam ao controle da carcinogênese, podendo se estabelecer assim, grupo de risco que podem viabilizar o processo de detecção ou mesmo a prevenção primária. Estes fatores podem ser genéticos, ambientais, nutricionais, comportamentais, infecciosos e iatrogênicos. (PIATO, 2004, p. 34).

Diante de tudo isso, é notório que é preciso que haja mais investimento, de todos os segmentos da saúde no intuito de minimizar ao máximo os óbitos provocados pelo câncer do colo do útero.

1.2 FATORES PREDISPONETES

São vários os fatores predisponentes das Neoplasias Intraepiteliais cervicais, a saber: fatores sociais (baixa condição financeira); Hábitos de vida (falta de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais); atividade sexual e gravidez antes dos dezoito anos; tabagismo; infecção por Vírus Papilomavírus Humano (HPV) e Herpesvírus Tipo II (HSV); muitos parceiros sexuais.

Quanto aos fatores sociais, é notório que a população feminina de baixa renda não possui muito acesso à informação, como também não possuem bons hábitos de higiene, muitas vezes porque o local onde residem não possui saneamento básico. Como a educação também é precária a informação necessária para uma boa higiene íntima não existe. Em suma, todos esses fatores contribuem

para o adoecimento dessas mulheres, podendo levá-las a desenvolver neoplasia e até mesmo o câncer.

Outro aspecto importante, segundo a Organização Mundial de Saúde, é o estilo de vida de cada indivíduo, no caso de cada mulher, pois aquelas que iniciaram a vida sexual muito cedo, principalmente as mulheres de classe social mais baixa, tendem a iniciar em média quatro anos antes do que mulheres de classes sociais mais elevadas.

Devido a esse fato, elas teriam contato mais cedo com o HPV, dando a ele mais tempo para produzir a longa cadeia de eventos, que posteriormente resultaria no câncer de colo do útero.

Há também outros fatores que podem desembocar no câncer de colo do útero, como por exemplo múltiplos parceiros sexuais, aumenta o risco de contaminação tanto de doenças venéreas no geral quanto do HPV, um dos maiores responsáveis pelo câncer do colo do útero.

Outro fator de risco é o tabagismo, pois o cigarro contém substâncias que, em longo prazo, podem provocar câncer em vários órgãos, inclusive no útero. Mulheres fumantes têm duas vezes mais chance de câncer de colo do que as não-fumantes. E este segundo dados da OMS causa é responsável por trinta por cento do câncer em nosso país.

Porém de todos os fatores relacionados, como destaca Bueno (2008), o que é considerado o mais grave é o Papiloma Vírus Humano (HPV), que é transmitido através de relações sexuais com muitos parceiros, fato que ocorre com muita frequência nos dias atuais, devido à emancipação da mulher e sua busca pelo prazer, o que não ocorria com tanta facilidade algumas décadas atrás, onde a mulher geralmente casava-se e passava toda a sua vida sexual com apenas um parceiro, embora se este fosse promíscuo ela correria grandes riscos de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis, porém o comportamento da mulher atual, quanto à sexualidade, a deixa muito mais vulnerável a desenvolver a Neoplasia intra-epitelial cervical, na melhor das hipóteses, pois muitas ainda são vítimas do câncer do colo do útero.

O HPV é um dos principais responsáveis pelo câncer do colo do útero, pois pesquisas mostram que quase cem por cento dos cânceres do colo do útero são causados por este vírus.

Assim, entende-se que apesar de ter uma grande parte da população que entra em contato com o vírus, consegue eliminá-lo, porém quando não é eliminado pode causar grandes danos ao ser humano.

No entanto, quando o tratamento é feito durante as etapas que dizem respeito às neoplasias (NIC I, NIC II, NIC III), a cura completa da doença impedindo a progressão para o câncer, não interferindo na capacidade de ter filhos da mulher.

No entanto, como afirma Richart (2001) a maioria da população sexualmente ativa (cerca de 75%) entra em contato com o HPV e elimina espontaneamente o vírus do organismo sem mesmo desenvolver qualquer doença. Outros terão uma infecção transitória com duração média de 12 a 18 meses e menos de 1% corre o risco de ter câncer do colo do útero. Além do HPV, são necessários outros cofatores para, por exemplo, predisposição genética, fumo, alimentação inadequada e estresse. A infecção pelo HPV não se transforma em câncer do colo do útero de um dia para outro, por isso não existe motivo para desespero e angústia. Quando o HPV causa lesão no colo do útero, esta lesão passa por três etapas antes de se transformar em câncer. Os médicos costumam chamar estas etapas de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grau 1, 2 e 3. (RICHART, 2001, p. 45)

Assim, entende-se que apesar de ter uma grande parte da população que entra em contato com o vírus, consegue eliminá-lo, porém quando não é eliminado pode causar grandes danos ao ser humano.

No entanto, quando o tratamento é feito durante as etapas que dizem respeito às neoplasias (NIC I, NIC II, NIC III), a cura completa da doença impedindo a progressão para o câncer, não interferindo na capacidade de ter filhos da mulher.

Sendo assim, como afirma Pinho e Mattos (2002) as lesões são diagnosticadas pelo Papanicolaou e através de exames chamados colposcopia, vulvoscopia e anoscopia. Onde o colo do útero é raspado com uma espátula e o material coletado (células) é colocado em uma lâmina de vidro. Este material recebe uma preparação especial e é lido por um médico citologista. (PINHO e MATTOS, 2002, p. 37)

Portanto, entende-se que para que as lesões intra-epiteliais cervicais sejam diagnosticadas em tempo hábil, é necessário que a população feminina busque a realização dos exames supracitados periodicamente, podendo assim evitar o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

1.3 FISIOPATOLOGIA

As Neoplasias intra-epiteliais cervicais são identificadas através do exame microscópico por meio da técnica Papanicolau, como enfoca Pinho e Mattos (2002) a NIC é identificada mediante o exame microscópico das células cervicais em esfregaço citológico corado pela técnica de Papanicolaou. Em preparados citológicos, alterações de células individuais são avaliadas para o diagnóstico da NIC e sua classificação. Em contraste, o exame histológico de todo o tecido permite o exame de várias outras características. (PINHO e MATTOS, 2002, p. 57)

Outro fato importante, a ser destacado no estudo do mecanismo que leva ao aparecimento da doença é a análise citológica das neoplasias intra-epiteliais, como destaca Pinho e Mattos (2002) o aumento de volume nuclear com variação no tamanho e forma é uma característica regular de todas as células displásicas (figura 2.1). Uma coloração mais intensa (hipercromasia) é outra característica marcante. Distribuição irregular de cromatina com grumos está presente em células displásicas. Figuras de mitose e nucléolos visíveis são pouco comuns nos esfregaços citológicos. Núcleos anormais em células superficiais ou intermediárias indicam uma NIC de baixo grau, enquanto que a anomalia em núcleos de células basais e parabasais indica NIC de alto grau. A quantidade de citoplasma em relação ao tamanho do núcleo (razão núcleo-citoplasma) é uma das características mais importantes para avaliar o grau da NIC (figura 2.1). Proporções maiores estão associadas com graus mais graves de NIC. Em geral, um esfregaço cervical contém células com uma variedade de alterações; portanto, a notificação dos achados implica em desafios consideráveis e subjetividade. A experiência do citologista é extremamente importante na notificação final. (PINHO E MATTOS, 2002, p. 59)

De igual modo, os autores continuam supracitados, afirmando que chega-se à suspeita das NICs no exame citológico através da técnica de Papanicolaou ou por meio do exame colposcópico. Mas, o veredicto só é dado a partir do exame anatomopatológico de uma biopsia cervical com saca-bocados ou amostra por excisão.

Pinho e Mattos (2002) dizem que o parecer sobre a presença de NIC em uma amostra tecidual cervical e o seu grau depende das características histológicas relativas a diferenciação, maturação e estratificação das células e anomalias nucleares. A proporção da espessura das células do epitélio com células maduras e

diferenciadas é usada na classificação da NIC. Graus mais graves de NIC têm maior probabilidade de apresentar uma maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas com apenas uma fina camada de células maduras e diferenciadas na superfície. (PINHO e MATTOS, 2002, p. 60)

Destarte, entende-se que é muito importante a análise do epitélio, pois os detalhes observados nele podem denunciar a lesão e o seu nível, o que torna mais fácil o tratamento, pois este será especificado de acordo com o tipo da lesão apresentada.

Stanley (2006) diz ainda que, a medida que aumenta a gravidade da NIC, o número de figuras de mitose também aumenta e estas são vistas nas camadas superficiais do epitélio. Quanto menor a diferenciação do epitélio, mais alto é o nível em que as figuras de mitose são vistas. Configurações anormais de figuras de mitose também são levadas em consideração para se chegar ao diagnóstico definitivo (STANLEY, 2006, p. 76).

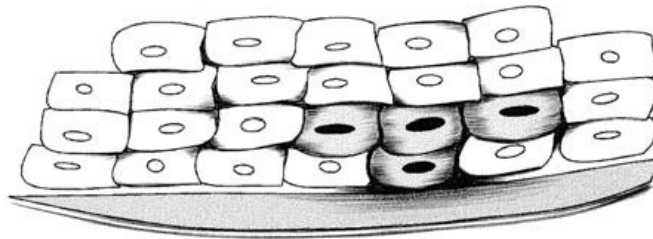


Figura 1: neoplasia intra-epitelial cervical I
Fonte: POTÉN, J. 1995

Quanto a NIC II, vale salientar, de acordo com Stanley (2006) que as células indiferenciadas são encontradas nas camadas mais profundas do epitélio. Assim, as alterações citopáticas oriundas da infecção pelo HPV são identificadas na espessura total do epitélio.

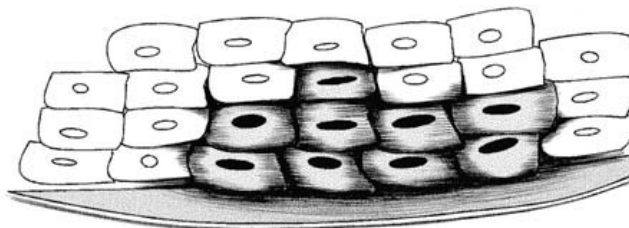


Figura 2: neoplasia intra-epitelial cervical II
Fonte: POTÉN, J. 1995

Stanley (2006), destaca que, a NIC 2 é caracterizada por alterações celulares displásicas, principalmente restritas à metade inferior ou os dois terços inferiores do epitélio, com anomalias nucleares mais acentuadas que na NIC 1. Figuras de mitose são vistas em toda a metade inferior do epitélio. (STANLEY, 2006, p. 77).

Stanley (2006) afirma que na NIC 3 , diferenciação e estratificação podem estar totalmente ausentes ou estarem presentes somente no quarto superficial do epitélio com numerosas figuras de mitose . Anomalias nucleares estendem-se em toda a espessura do epitélio. As muitas figuras de mitose têm formas anormais. (STANLEY, 2006, p. 77)

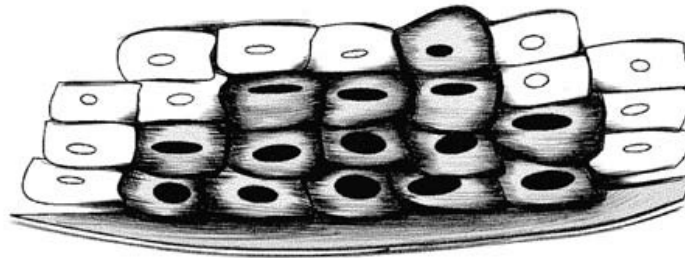


Figura 3: neoplasia intra-epitelial cervical III
Fonte: POTÉN, J. 1995

O carcinoma in situ, que já é o câncer propriamente dito, quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, com nos mostra a figura acima.

Portanto, entende-se que a principal forma de diagnosticar as neoplasias que poderá evoluir ou não para um câncer de colo do útero é através do exame citológico de Papanicolaou ou colpocitologia oncológica é uma das estratégias mais bem sucedidas para a prevenção de câncer, entretanto é necessária infra-estrutura complexa e muito bem organizada para obter resultados satisfatórios: unidades de saúde e profissionais bem treinados para coletar e preparar o material de forma adequada, laboratórios para corar as lâminas e profissionais especializados para lê-las e emitir laudo e, finalmente, médicos treinados para lidar com as anormalidades detectadas.

1.4- LESÃO INTRA-EPITELIAL DE BAIXO GRAU:

Richart (2001) enfoca que a Lesão Intra-epitelial de Baixo Grau é caracterizada por uma discreta alteração da arquitetura epitelial as custas de proliferação de células imaturas (basais ou no terço inferior do epitélio) , atipias celulares de discreta a moderada, coilocitose de moderada a intensa e maturação parcial com diferenciação e maturação citoplasmática (citoplasma eosinofílico e amplo) até as células superficiais, porém com núcleos volumosos e densos.(RICHART, 2001, p. 56)

Sendo assim, estudos mostram que as lesões NIC I apresentam uma baixa taxa de evolução para cancro. Pois, na maioria dos casos, a seqüência de eventos moleculares necessária para a progressão da lesão não é iniciada ou é interrompida pelo sistema imunológico do hospedeiro. A NIC I pode envolver em um prazo de seis meses a um ano.

Igualmente, Richart (2001) diz ainda que, a lesão é identificada através do exame microscópico das células cervicais em um esfregaço citológico corado pela técnica de Papanicolaou. Em preparados citológicos, alterações de células individuais são avaliadas para o diagnóstico da NIC e sua classificação. Em contraste, o exame histológico de todo o tecido permite o exame de várias outras características.(RICHART, 2001, p. 56).

No exame microscópico identifica-se nas células retiradas do colo do útero, o aumento de volume nuclear com variação no tamanho e forma, sendo esta uma característica regular das células displásicas.

Sendo assim, Alvarenga (2000) afirma que núcleos anormais em células superficiais ou intermediárias indicam uma NIC de baixo grau, enquanto que a anomalia em núcleos de células basais e parabasais indica NIC de alto grau . A quantidade de citoplasma com relação ao tamanho do núcleo (razão núcleo-citoplasma) é uma das características mais importantes para avaliar o grau da NIC. Proporções maiores estão associadas com graus mais graves de NIC. Em geral, um esfregaço cervical contém células com uma variedade de alterações; portanto, a notificação dos achados implica em desafios consideráveis e subjetividade. A experiência do citologista é extremamente importante na notificação final. (ALVARENGA, 2000, p. 53)

Outrossim, Singer (2000) destaca que os testes citológicos envolvem a coleta de células esfoliadas do colo do útero e exame microscópico destas células após coloração. Isto permite detectar células anormais e assim estimar se existe risco de haver lesão precursora não detectável clinicamente e encaminhar essa mulher para investigação complementar se necessário. Embora aparentemente muito simples, esta estrutura não é disponível em todos os países e apenas poucas regiões têm conseguido reduzir consistentemente suas taxas de prevalência e incidência de câncer do colo por meio de programas organizados de prevenção. (SINGER, 2000, p. 70)

Neste sentido, apesar de ser bastante divulgada a necessidade de se realizar o exame preventivo, ainda existe muita dificuldade neste sentido, pois muitas vezes não há interpretação correta do mesmo.

De tal modo, de acordo com Singer (2000) as pacientes que apresentam neoplasia invasiva do colo do útero desenvolvem os seguintes sintomas: hemorragia intermenstrual, hemorragia pós-coito, fluxos menstruais mais intensos, corrimento seroso purulento excessivo, corrimento de odor fétido, cistite recorrente, urgência miccional e aumento da frequência urinária, dor nas costas e dor abdominal no quadrante inferior. (SINGER, 2000, p. 72)

No entanto, como assevera Cartier (1994), em estágios mais avançados as pacientes podem apresentar falta de ar devido à anemia grave, uropatia obstrutiva, edema de membros inferiores, hematúria, obstrução intestinal e caquexia. O exame especular vaginal revela um crescimento ulceroproliferativo na maioria das mulheres

Cartier (1994) enfoca que, em fases muito precoces da invasão do estroma, a neoplasia do colo uterino pode não dar origem a sintomas manifestos ou características clínicas e, portanto, é conhecida como doença invasiva pré-clínica. A forma mais precoce da neoplasia invasiva é reconhecida histologicamente como um carcinoma microinvasivo: neoplasias que invadem não mais que 5 mm de profundidade e 7 mm de largura do estroma cervical subjacente. As neoplasias invasivas em estágio inicial apresentam-se como um broto diminuto das células invasivas que penetrou através da membrana basal e empurrou o estroma subjacente (figuras 3.1 e 3.2). Evidências da reação do estroma à invasão em forma de coleções linfocíticas localizadas ou frouxidão do estroma vizinho à invasão também podem estar presentes. (CARTIER, 1994, p. 96)

Sendo assim, através de todos estes sintomas pode-se chegar ao diagnóstico de Neoplasia Invasiva do colo do útero, salientando que quando ainda está na fase pré-clínica, já é possível diagnosticá-la.

Porém, há uma grande relação entre o Papiloma Vírus Humano, com o surgimento das neoplasias e principalmente do câncer do colo do útero, mas não se sabe com precisão com se dá o contágio.

Assim, Singer (2000) afirma que existe forte correlação entre as anormalidades detectadas pelo exame citológico e a detecção do HPV. Embora cerca de 11% das mulheres com citologia normal apresentem HPV detectável, esta proporção atinge 73% entre aquelas cujos exames mostram alguma alteração. Outro aspecto a ser considerado quando se avalia a utilização dos testes de detecção viral nos programas de rastreamento é a estimativa de risco que uma mulher com citologia normal possa vir a desenvolver ou apresentar NIC ou câncer cervical: estudos transversais têm demonstrado relação proporcional entre a detecção do HPV e a evolução das mulheres com citologia inicialmente normal para lesões de alto grau. Estudos de coorte reconstituída demonstraram que, entre as mulheres com alta carga de HPV 16, o risco de evoluir para NIC 3 é mais elevado quando comparadas com mulheres nas quais o HPV 16 não foi detectado. (SINGER, 2000, p. 75)

Um diagnóstico final da paciente, como também seu plano terapêutico integram não somente o resultado da citologia cervical, mas também a história e os achados clínicos e outros resultados laboratoriais como as interpretações da biopsia.

Singer (2000) afirma ainda que, o resultado de lesão intra-epitelial de baixo grau no exame citopatológico não é necessariamente sinônimo de NIC 1 e cerca de 15 a 30% destas mulheres terão NIC 2 ou NIC 3 na avaliação histológica. Por outro lado, muitas mulheres cujo exame citológico apontou lesão intra-epitelial de baixo grau têm colposcopia satisfatória e normal. A recomendação de referir toda mulher com citologia sugestiva de lesão intra-epitelial de baixo grau para colposcopia é baseada no fato de que a colposcopia é o método que tem a maior probabilidade de afastar NIC 2 ou 3 histológico. O papel da CH II permanece controverso para alguns em relação à utilização dos testes de detecção viral em mulheres cujo resultado citológico apresenta alterações menos acentuadas. (SINGER, 2000, p. 85)

Por isso, é de extrema importância que se busque fazer o exame Papanicolau para que uma vez detectada alguma irregularidade, mesmo que seja

benigna, possa ser tratada corretamente. Portanto, o tratamento e prognóstico das neoplasias, como também do carcinoma in situ, é de grande relevância para a mulher, tanto para quem apresenta esse tipo de problema quanto para aquelas que têm saúde normal, pois precisam se informar sobre o assunto.

Deste modo, Richart (2001) afirma que, o exame citológico recebeu a denominação de exame de Papanicolaou, devido ao sistema de coloração utilizado, e consiste na coleta de material celular, através de raspagem nas regiões: fundo do saco vaginal, cervical e endocervical. Na análise do esfregaço, o material é classificado de acordo com as características histológicas e celulares apresentadas.(RICHART, 2001, p. 30)

Assim, o exame consiste na análise das alterações celulares das regiões da cérvix e vagina, apresentando alterações além das que são comuns nas diferentes fases do ciclo menstrual.

Alvarenga (2000) afirma que as mulheres com neoplasia microinvasiva (estádio IA) podem ser tratadas com conização ou histerectomia total ou histerectomia ampliada. As pacientes com neoplasias no estágio IIB e IIA podem ser tratadas com histerectomia radical e linfadenectomia pélvica ou com radioterapia intracavitária, ou com uma combinação de radioterapia externa e intracavitária. Em determinados casos de carcinoma pequeno em estágio IIB (< 2 cm), faz-se a traquelectomia radical combinada com linfadenectomia laparoscópica para preservar a função reprodutiva da paciente. A radioterapia e a cirurgia produzem resultados semelhantes na neoplasia invasiva em estádios iniciais (IB e IIA). As neoplasias em estádios IIB e III podem ser tratadas com uma combinação de radioterapia externa e intracavitária. Mulheres com doença em estágio IV são tratadas paliativamente com radioterapia externa e/ou quimioterapia. (ALVARENGA, 2000, p. 35)

Portanto, é notório que quanto ao tratamento, há vários tipos, porém é preciso observar qual é o mais indicado para cada caso, ficando claro que em relação às lesões leves o prognóstico é bom, pois a paciente pode ter uma sobrevida normal, isto é, nos casos iniciais da lesão, enquanto que as lesões mais graves requer um cuidado maior tanto no tratamento quanto após o mesmo.

1.5 LESÃO INTRA-EPITELIAL DE ALTO GRAU

As lesões epiteliais de alto grau compreendem as Nics II e III, e representam o surgimento das células atípicas nas camadas mais baixas do epitélio escamoso, porém acompanhado de uma diferenciação persistente, anormal em direção às camadas de células espinhosa e de células em queratinização, como afirma Gompel e Koss (2003, p. 65).

Deste modo, Alvarenga (2000) destaca que as células atípicas adquirem algumas das características das células malignas: alterações na relação núcleo/citoplasma; variações no tamanho do núcleo; hipercromasia; perda de polaridade; aumento do número de figuras mitóticas (e mitoses anormais). Estas alterações correlacionam-se freqüentemente com os tipos de HPV de alto risco. Ocorrendo perda progressiva da diferenciação até que todo o tecido seja totalmente substituído por células atípicas imaturas. (ALVARENGA, 2000, p. 70)

Assim, para se chegar ao diagnóstico das lesões epiteliais leves, deve ser realizada a colposcopia e a citologia, para que se chegue ao grau da lesão e possa ser realizado um tratamento eficaz.

Neste sentido, Gompel e Koss (2003), afirma o seguinte o tratamento convencional da neoplasia do colo uterino inclui cirurgia ou radioterapia ou uma combinação de ambas. As neoplasias iniciais do colo uterino (estádio I e IIA) podem ser tratadas com qualquer um dos procedimentos. A radioterapia é o tratamento de escolha uma vez que a doença se espalhou além dos limites do colo uterino e dos fundos de sacos vaginais e a cirurgia não é eficaz. O tratamento da neoplasia do colo uterino com radioterapia com freqüência inclui uma combinação de radioterapia externa (para toda a pelve) e radiação intracavitária (na parte central da neoplasia). Adicione a radiação intracavitária à radioterapia externa resulta num melhor controle e sobrevida, quando comparado com a radioterapia externa exclusiva para a doença avançada localmente, como nos estádios IIB e III. (GOMPEL E KOSS, 2003, p. 68)

É notório que, há várias opções para o tratamento das Neoplasias, mas para este estágio o tratamento precisa ser mais contundente, pois a lesão já está bem mais avançada.

Quanto ao prognóstico é muito importante a identificação, pois, estudos afirmam que o estágio clínico da doença ao diagnóstico é um aspecto decisivo mais

importante da sobrevida no longo prazo taxas de sobrevida também decrescem com a idade.

Sendo assim, Alvarenga (2000) diz ainda que Outros fatores que influem na sobrevida são a saúde geral e o estado nutricional. Pacientes anêmicos respondem mal ao tratamento, assim como pacientes HIV-positivas. Vários estudos clínicos e populacionais demonstraram uma sobrevida aos 5 anos uniformemente alta em 75% para as neoplasias do estágio I e a sobrevida diminui bastante com o progredir para os estádios mais avançados (menos de 10% para o estágio IV). (ALVARENGA, 2000, p. 70)

Assim Richart (2001) destaca que como os estágios clínicos avançados associam-se a uma maior frequência de invasão e disseminação vascular a gânglios linfáticos pélvicos e paraaórticos e metástase à distância, torna a sobrevida é mais curta e mais susceptível a complicações.

1.6 CARCINOMA IN SITU

No câncer do colo do útero, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica, o colo, que fica em contato com a vagina. Geralmente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos, como afirma Bren (2004, p. 52)

Neste sentido Póten (1995) afirma que a partir da introdução do exame citopatológico do esfregaço cérvico vaginal na década de 50, procedimento de baixo custo e de fácil execução, países da América do Norte e da Europa têm desenvolvido programas de rastreamento (*screening*) com duração de trinta e vinte anos, respectivamente, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incidência do câncer do colo do útero, com maior ou menor sucesso.

Em algumas regiões da Comunidade Européia, como Islândia, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Noruega, Holanda e Reino Unido, o rastreamento citopatológico tem se constituído na principal estratégia para o controle da doença, sendo observadas quedas significativas tanto na incidência quanto na mortalidade por câncer cervical. De uma maneira geral, o sucesso desses programas está relacionado a fatores como cobertura efetiva da população de risco, qualidade na

coleta e interpretação do material, e tratamento e acompanhamento adequados. (PÓTEN, 1995, p. 76)

Assim, entende-se que é de extrema importância que seja garantido a toda a população feminina de um país a realização do exame Citopatológico (Papanicolau), para que se evite que a população de maior risco, ou seja, mulheres de grupos sociais de poder aquisitivo mais baixo, com vida sexual promíscua e mais velhas.

Contudo, O Ministério da Saúde destaca que, o controle do câncer do colo do útero no Brasil representa, atualmente, um dos grandes desafios para a saúde pública. A falta de uma política nacional que permitisse a articulação das diferentes etapas de um programa (recrutamento/busca ativa das mulheres-alvo, coleta, citopatologia, controle de qualidade e tratamento dos casos positivos) de forma equitativa em todo o território nacional, assim como uma avaliação adequada dos resultados obtidos, são considerados dois dos principais motivos pelos quais as ações de prevenção do câncer do colo do útero no Brasil, com algumas exceções regionais, não conseguiram trazer impacto sobre a incidência e mortalidade da doença no País como um todo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 23)

Portanto, Bren (2004) destaca que desde a Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada na China, no ano de 1995, o Brasil passou a investir mais efetivamente na coordenação de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero. Sendo assim, o país criou programa que proporcionasse o controle do câncer do colo do útero, criando ações que contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico da doença, e garantindo o tratamento adequado do câncer e de suas lesões precursoras em 100% dos casos, buscando monitorar a qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa.

Neste sentido, diante de tudo o que foi exposto vale salientar que do ponto de vista da prevenção o processo da formação do câncer pode ser interrompido, dependendo da fase em que se encontra, do nível do dano sofrido pela célula e, principalmente, da suspensão da exposição ao agente cancerígeno.

Póten (1995) afirma que a prevenção primária é quando se evita o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco. A mulher com situação de risco pode ser identificada durante a consulta ginecológica e deve ser acompanhada de maneira mais freqüente. (PÓTEN, 1995, p. 80)

O câncer do colo do útero é uma doença de crescimento lento e silencioso. A detecção precoce do câncer do colo do útero ou de lesões precursoras é plenamente justificável, pois a curabilidade pode chegar a 100%, e em grande número de vezes, a resolução ocorrerá ainda em nível ambulatorial.

1.7- TRATAMENTO

Rubin (1996) afirma que o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero é individualizado para cada caso. Varia desde o simples acompanhamento cuidadoso, a diversas técnicas, incluindo a crioterapia e a biópsia com laser, a histerectomia e, também, a radioterapia.

Segundo Bren (2004) pode ser realizado através da destruição da lesão por meios físicos ou químicos. É claro que esses tipos de tratamentos apresentam a limitação de não fornecer material para estudo histopatológico, impedindo o diagnóstico definitivo. Só devem ser indicados nos casos em que houver a concordância entre a citopatologia, biópsia incisional e colposcopia e não houver a possibilidade do tratamento por cirurgia de alta frequência. A escolha de qual o tipo de método a ser realizado também irá depender da localização das lesões, seu crescimento e gravidade, penetração no canal cervical, gravidez e condições clínicas da paciente.

Então, Rubin (1996) diz que, O objetivo do tratamento cirúrgico é promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando assim o tratamento adjuvante. Atualmente, a cirurgia de alta frequência (CAF) é considerada um bom método para o tratamento das lesões precursoras do câncer cervical. (RUBIN, 1996, p. 50)

1.7.1 Cone a frio

Método clássico indicado tanto para o diagnóstico da terapêutica de lesões precursoras de alto grau do câncer de colo uterino (NIC II e III). A grande desvantagem deste método reside no fato da paciente necessitar ser internada para a realização do procedimento.

1.7.2 Histerectomia abdominal ou vaginal

É o tratamento de escolha para as pacientes com prole definida e com carcinoma do colo do útero no estágio IA1 (microinvasor). É necessária a realização de um cone a frio ou por alça para a confirmação do diagnóstico de microinvasão, antes da indicação da histerectomia. (RIBIN, 1996, p. 52)

1.7.3 Radioterapia

Smith (2003) afirma que é um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer do colo do útero e que se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama, emitidos pelo radium ou outro material radioativo, em um alvo, reduzindo e, por vezes, eliminando o tumor.

Nos estágios iniciais, I e II A, os resultados da cirurgia e da radioterapia são os mesmos em relação à sobrevida; sendo que a cirurgia é mais vantajosa na possibilidade de manutenção da função ovariana e em relação à qualidade da atividade sexual, por manter a vagina elástica.

A partir do estágio II B, a radioterapia oferece maior sobrevida do que a cirurgia (70% contra 59%). A radioterapia é um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer do colo do útero, sendo indicada como terapia exclusiva nos estágios II B, III A e III B, ou nos estágios iniciais, quando a paciente apresenta contra-indicações para o tratamento cirúrgico. Nos estágios IV A e IV B também pode estar indicada.

1.7.4 Quimioterapia

É o tratamento de escolha para o carcinoma escamoso, mas vários protocolos atuais têm recomendado o uso concomitante com a radioterapia, aumentando a resposta individual à terapêutica. Quando usada como recurso que antecede a radioterapia, pode induzir seleção de células resistentes à radioterapia, piorando os resultados finais. Quando utilizada antes da cirurgia, pode melhorar o resultado final por redução volumétrica da massa a ser operada. Pode

ser utilizada como recurso nos casos de doença recorrente após a cirurgia ou radioterapia, mas os resultados são precários. (SMITH, 2003, p. 51)

Esses dois métodos são os mais conhecidos popularmente, por ser talvez, os mais utilizados, porém cada um deve ser empregados de acordo com a situação da doença, com seja com o nível da lesão.

Existe ainda a Eletrocauterização, queimadura para remover realmente toda a lesão, e a Crioterapia que é a destruição da célula por congelamento, através do uso de nitrogênio líquido ou cirurgia a laser. Na verdade, não existe um tratamento padrão e ideal. Pode haver a combinação de mais de um método e a escolha vai depender do tipo, localização, extensão e duração da lesão.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O século XXI vem mostrando que a mulher está tomando conta, cada vez mais no mercado de trabalho, demonstrando sua competência e capacidade. Porém, este fato tem provocado certos efeitos colaterais na vida amorosa desta mulher contemporânea, pois a partir do momento que ela passa a se dedicar mais ao trabalho, ela não se preocupa mais em formar uma família, ter um relacionamento longo com uma pessoa, enfim constituir uma família. Assim, esse comportamento da mulher atual, tem dado oportunidade para o avanço de doenças que prejudicam muito a vida da mulher, podendo levá-la a morte, como é o caso do câncer de colo do útero, que é uns dos tipos de câncer que mais mata nos dias de hoje em nosso país, ficando atrás apenas do câncer de mama.

Deste modo, esta pesquisa teve como principal objetivo destacar as lesões iniciais provocadas pelo câncer de colo do útero, as chamadas neoplasias intra-epiteliais cervicais, que quando identificadas e devidamente tratadas evitam o desenvolvimento do tumor maligno.

A epidemiologia mostra que há regiões no Brasil, onde não existe material para específico para se fazer o exame preventivo do câncer de colo na comunidade, e muito menos profissionais especializados para interpretar o resultado do exame e indicar para o tratamento adequado. Fato que demonstra, como o povo brasileiro ainda sofre com a negligência da saúde pública, sem contar que muitas comunidades que não têm acesso a informação, não conhecem os fatores predisponentes da doença e muitas vezes, nem sequer realizam o exame preventivo, que deve ser feito periodicamente, o que aumenta consideravelmente a incidência da doença.

Neste sentido, quando as lesões são identificadas muitas pacientes não têm condições de se cuidar, o que também pode aumentar o risco de avanço do problema e de morte. Portanto, nota-se que este trabalho contribuiu para uma maior compreensão do histórico da formação do câncer de colo uterino, tentando difundir a responsabilidade que os profissionais de saúde têm no que diz respeito à difusão da importância da prevenção desta doença tão comum nos dias atuais.

Sendo assim, o tratamento da mulher com câncer do colo do útero deve ser global e visar a recuperação do seu bem-estar psicossocial e de sua qualidade de vida, buscando-se apoio emocional para a mesma.

Portanto, nota-se diante de tudo que foi aqui estudado, que grande parte das mulheres atingidas por esta doença está na sua plenitude do desempenho das atividades profissionais, é bom que ela volte às suas atividades profissionais, domésticas e afetivas a partir do estímulo à sua reabilitação total.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, GC, SÁ E. e PASSOS MR, et al. **Papilomavírus humano e carcinogênese no colo do útero.** J Bras Doen Sex Transm, 2000.

BIRMAN, Joel. **O mal estar da civilização.** São Paulo: Artmed. 2006.

BREN L. **Cervical cancer screening.** FDA Consum, 38:36-37, 2004.

BRODERS, A.C. **Carcinoma in situ contrasted with benign penetrating epithelium.** J. Am. Med. Assoc., 99, 1932.

BUENO, KS. **Atipias escamosas de significado indeterminado: novas qualificações e importância na conduta clínica.** RBAC. 2008.

CARTIER R, Cartier I. **Colposcopia prática.** 3^a ed. São Paulo: Roca; 1994.

GOMPEL C.; KOSS L.G. **Citologia Ginecológica e suas bases anatomoclínicas.** 1a ed. São Paulo, Manole, 1997.

Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer, Pro-Onco Sociedade Brasileira de Citopatologia. **Nomenclatura e controle de qualidade nos programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino.** INCA, 2003.

LISBOA, Márcia E. S. **Estudo sobre Preservativo Feminino Junto às Profissionais do Sexo em São Lourenço do Sul.** *III Congresso Virtual HIV/AIDS–2003* – ISBN: 97-95977-2-3.

39

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. **Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 27, n. 8, p. 485-42, 2005.

RUBIN, S., HOSKINS, J. **Cervical Cancer and Preinvasive Neoplasia.** 1996

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. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology.** JAMA, 287: 2114-2119,2002.

POTÉN J.; ADAMI H.; BERGSTROM R. **Strategies for global control of cervical cancer.** Int J Cancer, 60: 1-6, 1995.

PIATO, S. **Epidemiologia das neoplasias malignas In: Rodrigues de Lima G. Editor. Ginecologia Oncológica.** São Paulo: Atheneu; p.28-34, 1999.

RICHART RM. Natural history of low-grade CIN. **19.O International Papillomavirus Conference.** Florianópolis-SC, Brasil, 2001.

SINGER, A., & MONAGHAN, J. **Lower Genital Tract Precancer Colposcopy, Pathology and Treatment.** 2nd Edition. Blackwell Science, Oxford. 2000

STANLEY M. **Immune responses to human papillomavirus.** Vaccine 2006; 24:16-22.10.

SMITH, JS, GREEN, J, BERRINGTON de GONZALES A et al. **Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review.** Lancet 2003; 361:1159-67.

40

WILLIAM, J. **Cancer of the uterus: Harveian lectures for 1886.** HK Lewis, London. 1998.