

**FACULDADE BOA VIAGEM
CENTRO DE CONSULTORIA EDUCACIONAL**

LISLEY MARLETE DE QUEIROZ GOMES NETO

**CÂNCER DO COLO UTERINO: DESENVOLVIMENTO, PREVENÇÃO,
TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO.**

**RECIFE
2013**

LISLEY MARLETE DE QUEIROZ GOMES NETO

**CÂNCER DO COLO UTERINO: DESENVOLVIMENTO, PREVENÇÃO,
TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO.**

Monografia apresentada à Faculdade Boa Viagem e Centro de Consultoria Educacional, como exigência do Curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" em Citologia Clínica.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Héli da Maranhão

**RECIFE
2013**

G633c

GOMES NETO, Lisley Marlete de Queiroz

Câncer de colo uterino: desenvolvimento, prevenção, tratamento e diagnóstico. / Lisley Marlete de Queiroz Gomes Neto. - Recife: [s.n.], 2013.

27f.

Anexos: f. 26

Monografia (Especialização) - Faculdade Boa Viagem e Centro de Capacitação Educacional, Recife, 2013.

Orientação: Prof^a. Msc. Héliida Maranhão.

1. Câncer de colo do útero 2. Câncer - Diagnóstico e Tratamento
3. Mulheres - Saúde 4. Exame citopatológico. I. Título

CDU - 618.14-006

LISLEY MARLETE DE QUEIROZ GOMES NETO

**CÂNCER DO COLO UTERINO: DESENVOLVIMENTO, PREVENÇÃO,
TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO.**

**Monografia apresentada para obtenção de grau de Especialização em
Citologia Clínica.**

Recife, 25 de Março de 2013.

EXAMINADOR:

Nome: _____

Titulação: _____

PARECER FINAL:

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecer a Deus pelo dom da vida, pela oportunidade de poder estar concluindo mais um trabalho acadêmico, aos meus pais, razão da minha vida, ao meu marido, por me entender e apoiar nesta etapa, ao meu filho, essencial para o meu sucesso e a todos que me apoiaram.

RESUMO

A principal estratégia para detecção precoce do câncer do colo do útero é o exame citopatológico. Este estudo tem o objetivo de identificar os principais fatores culturais, sociais, econômicos, aspectos sexuais e reprodutivos e os motivos para a não realização do exame citopatológico em mulheres; e verificar uma possível associação destas variáveis com seu conhecimento sobre a finalidade desse exame. As mulheres demonstram ter desconhecimento do câncer, da técnica e da importância do preventivo. Revelam ainda, em sua maioria, ter medo na realização e resultado do exame. A vergonha e o constrangimento também são sentimentos expressados por elas pela exposição da intimidade a que se submetem. Algumas mulheres expressam ainda possuírem valores culturais que dificultam mudança de atitude. O acesso ao serviço, ter emprego e filhos também foram considerados como impedimento. Os resultados mostram a importância de ações educativas sobre a necessidade do preventivo ao iniciar as atividades sexuais e desmistificar a técnica e resultado.

Palavras-chave: câncer do colo do útero; exames citopatológicos; campanhas educativas.

ABSTRACT

The main strategy for early detection of cervical cancer is the Pap smear. This study aims to identify the major cultural, social, economic, sexual and reproductive aspects and reasons for not performing the Pap smear in women, and to evaluate a possible association of these variables with their knowledge about the purpose of this examination. Women seem to have a lack of knowledge about cancer, the technique and the importance of prevention. They also reveal, mostly in fear and achievement test results. Shame and embarrassment are also sentiments expressed by them by exposure of intimacy that they undergo. Some women still possess express cultural values that hinder attitude change. Access to the service, have jobs and children were also read and considered offside. The results show the importance of educational activities concerning the need to initiate preventive sexual activities and demystify technique and results.

Keywords: cancer of the cervix, cervical screening, educational campaigns.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVOS.....	08
2.1 OBJETIVO GERAL.....	08
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	08
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	09
3.2 LESÕES INTRAEPITELIAIS DO COLO UTERINO.....	10
3.2.1 Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL ou LIE-BG).....	11
3.2.2 Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL ou LIE-AG).....	11
3.2.3 Células Escamosas Atípicas (ASC).....	12
3.2.4 Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS).....	12
3.3 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO.....	12
3.4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	13
3.4.1 Exame de Papanicolau.....	14
3.4.2 Vacinação	15
3.5 ASPECTOS CLÍNICOS DO CÂNCER DE COLO UTERINO.....	16
3.6 TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO.....	16
3.6.1 Estádio IA1.....	16
3.6.2 Estádio IA2.....	17
3.6.3 Estádios IB e IIA.....	17
3.6.4 Lesões menores do que 4 cm nos estádios IB1 ou IIA.....	17
3.6.5.Indicações da Radioterapia Associada ou não à Quimioterapia (pós-operatória).....	17
3.6.6 Lesões maiores do que 4 cm nos estádios IB2 ou IIA.....	18
3.6.7 Estádios IIB, IIIA, IIIB e IVA.....	18
3.6.8 Estádio IVB.....	18
4 POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL.....	19
4.1 A CRIAÇÃO DO PAISM.....	19
5 CONCLUSÕES.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS.....	26

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero quando diagnosticado precocemente tem tido grande possibilidade de cura, e sua prevenção pode ser realizada por meio das atividades de rastreamento, dentre elas o exame de Papanicolau e a educação em saúde (BRASIL, 2009).

O controle do câncer em nosso país representa um dos grandes desafios para a saúde pública. O câncer de colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres (BRASIL, 2009).

Segundo Almeida (2005) o câncer de colo uterino é um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social e econômico baixo, e em fase produtiva de suas vidas. Essas mulheres, uma vez doentes, comprometem seu papel no mercado de trabalho, ocupam leitos hospitalares, privando-as do convívio familiar e acarretando um prejuízo social considerável.

De acordo com INCA (Instituto Nacional do Câncer), no Brasil, as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontaram que ocorreram 466.730 casos novos de câncer. E para o ano de 2010 e 2011 estima-se 489.270 novos casos. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, foram os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino, e os cânceres de mama e de colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo (BRASIL, 2010).

Sendo assim, é preocupante os motivos que levam as mulheres a não realizarem o exame preventivo conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde: realizar o preventivo quando se inicia a atividade sexual, mantendo um controle a cada três anos após dois resultados normais por dois anos consecutivos. Desta forma, pode-se reduzir muito a quantidade de mulheres que venham adquirir o Câncer de Colo de Útero.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo identificar evidências científicas sobre o conhecimento das mulheres acerca do exame Papanicolau e a estratégia dos profissionais especialistas bem como, na co-responsabilidade do Programa de Saúde da Família no controle e na prevenção do câncer de colo uterino.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Realizar uma revisão de bibliográfica baseadas em abordagens do Câncer do colo do útero, com prioridade no desenvolvimento, prevenção, tratamento e função do citologista no seu diagnóstico.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar as dificuldades na realização do exame citológico;

Estudar os aspectos e mecanismos: Fisiológicos, psicológicos e sociais da doença;

Intensificar a importância do citologista na detecção e diagnóstico do Câncer do Colo do Útero;

Estudar as características das células e suas estruturas no histopatológico.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a proliferar-se de maneira anormal, ignorando as sinalizações de regulação no crescimento do ambiente circunvizinho a célula. As células adquirem características invasivas infiltrando-se nos tecidos provocando alterações. Acessam os vasos sanguíneos e linfáticos, onde se transportam para outras partes do corpo, esse processo é chamado de metástase (SMELTZER; BARE, 2002).

Para Figueiredo (2004), o câncer é uma doença que tem desafiado a ciência em todo o mundo ao longo dos anos, na luta por sua cura e prevenção. É considerado um problema de saúde pública de dimensões nacionais e internacionais, que exige propostas de ações, planos e programas visando seu controle, incluindo melhora e expansão da rede de assistência hospitalar especializada, atividades de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce, e intervenções sobre os seus fatores de riscos.

Este tipo de câncer surge com um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, que se localiza no fundo da vagina. A doença passa por diferentes fases antes de se transformar em câncer e no início a mulher não sente nada (FIGUEIREDO, 2004).

As estimativas para o ano de 2012, no Brasil, serão válidas também para o ano de 2013, ou seja, são esperados pelo menos 18.500 casos. Com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres. Os tipos mais incidentes, a exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de mama e do colo do útero, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (BRASIL, 2009).

Acredita-se que a infecção pelo papilomavírus humanos (HPV) seja a causa primária do câncer do colo do útero. Sua prevalência na lesão do colo é superior a 98% e dois subtipos do vírus (16 e 18) estão presentes em mais de 80% dos casos de câncer invasor. Também são relacionados como co-fatores outras doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o uso de tratamento imunossupressivo e história de transplante de órgãos e o tabagismo (LINHARES; VILLA, 2006).

De acordo com Nicolau (2003), entre os anos 70 e 80, surgiram as primeiras evidências da provável associação do HPV com o câncer de colo uterino e, no final dos anos 90, descrevia-se a presença viral em aproximadamente 100% dos casos de câncer cervical.

A infecção pelo HPV tem sido associada diretamente com o câncer de colo uterino, tanto pela população, quanto pelos profissionais de saúde. A presença de alguns tipos de HPV realmente é encontrada em cerca de 95% dos casos desse câncer, mas existem inúmeros tipos de HPV com baixo potencial de oncogenicidade e o desenvolvimento ou não das lesões precursoras – Lesões Intraepiteliais cervicais – LIE – depende de vários outros fatores relacionados a(ao) hospedeira(o). Segundo uma quantidade considerável de estudos, ocorre a remissão espontânea das lesões. Além disso, a realização de exames preventivos do câncer do colo uterino periodicamente é a medida mais efetiva para o controle das lesões induzidas pelo HPV, evitando o desenvolvimento do câncer. A infecção é de transmissão frequentemente sexual, apresentando-se na maioria das vezes de forma assintomática ou como lesões inaparentes (BRASIL, 2006).

Os tipos de HPV mais comumente associados ao câncer de colo uterino são o HPV16 e o HPV18. Associados ao HPV, e reconhecendo a multicausalidade da patologia, muitos outros fatores contribuem para a etiologia deste tumor, sendo estes: tabagismo, hipovitamina, uso de contraceptivos orais e, principalmente, os fatores relacionados com o exercício da sexualidade, como a multiplicidade de parceiros sexuais e iniciação sexual precoce (BRASIL, 2007).

Para Bosch et al. (2002), a relação entre o câncer cervical e infecção por Papiloma Vírus Humano (HPV) está bem estabelecida na atualidade. O DNA do HPV de alto risco é detectado na maioria dos espécimes (92,9% a 99,7%) de câncer cervical invasivo.

3.2 LESÕES INTRAEPITELIAIS DO COLO UTERINO

Histologicamente, apresentam desorganização do epitélio escamoso, atipias nucleares e mitoses anômalas. As lesões bem diferenciadas são lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau, e as com menor diferenciação são lesões intraepiteliais escamosas de alto grau. As LSIL correspondem ao NIC I, displasia leve e alterações associadas ao HPV; já as HSIL incluem as displasias moderada e grave, o carcinoma *in situ* e as lesões previamente denominadas NIC II e NIC III (NAYAR, 2005).

A maioria das neoplasias inicia na junção entre o epitélio escamoso da porção intravaginal do colo e o epitélio colunar endocervical, a zona de transformação; é onde ocorre a metaplasia escamosa. Da zona de transformação, as neoplasias podem direcionar-se ao epitélio escamoso da ectocérvice ou ao epitélio endocervical. As lesões do epitélio escamoso são distintas das do epitélio endocervical, facilitando o diagnóstico (KOSS; GOMPEL, 2006).

As lesões do epitélio escamoso mantêm as características do epitélio e as do epitélio endocervical possuem células semelhantes às da metaplasia escamosa. Os carcinomas de células pequenas têm origem nas células de reserva do epitélio colunar, as quais podem desencadear adenocarcinomas. A maioria das lesões de baixo grau e dos carcinomas *in situ* queratinizantes (30% dessas lesões), são observados no epitélio escamoso da ectocérvice, podendo estender-se para o epitélio escamoso adjacente da vagina. Os carcinomas *in situ* com células semelhantes as metaplásicas (50% dessas lesões), na sua maioria inicia na junção escamocolunar e pode progredir para a ectocérvice e a endocérvice. Os carcinomas de células pequenas (10% dessas lesões) estão no canal cervical (KOSS; GOMPEL 2005).

3.2.1 Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL ou LIE-BG)

Tem origem no epitélio escamoso maduro da cérvice. Devido ao contato com o meio externo, é possível entender a alta taxa de regressão espontânea das LSIL. A estrutura do epitélio escamoso é bem conservada; no esfregaço predominam células escamosas discarióticas de superfície e intermediárias, com núcleos aumentados e hipercromáticos, e podem ser encontradas isoladas ou agrupadas. Os condilomas planos ocasionam espessamento do epitélio escamoso, com algumas células achatadas na superfície. Nessas lesões estão presentes nas camadas superiores do epitélio vários coilócitos que estão relacionados com a infecção pelo HPV (KOSS; GOMPEL, 2006).

As lesões de baixo grau podem ser controladas clinicamente ou ser submetidas à avaliação colposcópica e biópsia seguida de destruição da lesão. O desenvolvimento natural das lesões de baixo grau não é bem definido; porém o diagnóstico dessas lesões está associado a uma alta margem de erro, pois aproximadamente 20% das lesões de baixo grau quando analisadas por biópsia revelam ser lesões de alto grau. (KOSS; GOMPEL, 2006).

3.2.2 Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL ou LIE-AG)

Caracteriza-se por acentuada reestruturação do epitélio e varia quanto às alterações citoplasmáticas, ao tamanho das células e às alterações do núcleo; mas todas as HSIL possuem figuras mitóticas. As células afetadas são menores e menos “maduras” que nas da LSIL. As células alteradas podem estar isoladas, em grupos ou em agregados do tipo sincial. O tamanho das células varia de células observadas na LSIL até células basais (KOSS; GOMPEL, 2006).

As pacientes com resultado de HSIL são submetidas à colposcopia, com biópsia para confirmar a lesão de alto grau. O consenso do ASCCP 2001 recomenda que se a neoplasia intraepitelial cervical confirmada na biópsia não foi encontrada na colposcopia de uma paciente com resultado citológico de HSIL, todo o material deve ser revisto. Nos casos em que a revisão da citologia mantém a interpretação de HSIL, é necessário fazer diagnóstico excisional. A classificação das lesões de alto grau pode ser três: lesões queratinizantes e diferenciadas do epitélio escamoso, lesões de células médias a grandes e lesões de células pequenas; podendo ocorrer a coexistência (KOSS; GOMPEL, 2006).

3.2.3 Células Escamosas Atípicas (ASC)

A denominação refere-se às alterações citológicas sugestivas de lesão intraepitelial escamosa, mas não são qualitativa ou quantitativamente suficientes para um resultado definitivo. Para a interpretação de ASC, as células precisam apresentar diferenciação escamosa, aumento da relação núcleo/citoplasma e hipercromasia nuclear, agrupamento de cromatina, irregularidade, embotamento ou multinucleação (NAYAR, 2005).

O termo ASC não é uma entidade biológica; inclui alterações que não são relacionadas com o HPV e neoplasia, assim como achados sugestivos de neoplasia intraepitelial cervical subjacente e raramente carcinoma (SOLOMON; NAYAR, 2005).

3.2.4 Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS)

São anormalidades celulares mais marcadas do que as alterações reativas, mas que não possibilitam interpretação definitiva de lesão intraepitelial escamosa; por serem alterações que podem refletir lesões com potencial sério, mas não podem ser classificadas; por isso são interpretadas como ASCUS (ELEUTÉRIO JUNIOR, 2003).

A utilização desse termo deve ser cuidadosa, pois estudos mostram que muitos casos interpretados como ASCUS, após revisão cuidadosa, podem ser uma lesão de baixo grau ou até mesmo de alto grau. Dessas, aproximadamente 30% são de alto grau e 70% de baixo grau. Sendo assim, o termo deve ser empregado quando o número de células escamosas maiores for pequeno ou a configuração das células não possibilite concluir de que lesão se trata (DAVEY et al., 1994; ELEUTÉRIO JUNIOR, 2003).

As células encontradas em ASCUS possuem o núcleo de duas e meia a três vezes o tamanho do núcleo de uma célula escamosa intermediária normal; a proporção

núcleo/citoplasma fica ligeiramente aumentada, apresenta hipercromasia nuclear mínima e irregularidade da distribuição da cromatina ou da forma nuclear; as anormalidades nucleares podem estar associadas ao citoplasma orangeofílico denso (SOLOMON; NAYAR, 2005).

3.3 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados), à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Estudos recentes mostram ainda que o vírus do papiloma humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2010).

3.4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Para Fernandes et al. (2001) as primeiras iniciativas para implantar a prevenção do câncer do colo uterino ocorreram no final da década de 60, com progressos limitados ao longo da década de 70.

Segundo Halbe (1994) o exame citopatológico do colo do útero ou exame Papanicolaou ou como é popularmente conhecido Preventivo constitui o melhor recurso propedêutico no diagnóstico do câncer de colo uterino nas etapas iniciais.

Pinelli (2002) afirma que a prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolaou. Através de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais.

Segundo Gerk (2002), no Brasil, o Ministério da saúde aconselha que o exame de Papanicolaou em mulheres de 25 a 60 anos ou nas sexualmente ativas seja realizado a cada três anos, após a obtenção de dois exames com resultados negativos com intervalo de um ano entre eles.

Para INCA (2006) É fundamental que os serviços de saúde orientem o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco.

A prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual. A prática do sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV, vírus que tem um papel importante no desenvolvimento de lesões precursoras e do câncer (GERK, 2002)

A principal estratégia utilizada para detecção precoce da lesão precursora e diagnóstico precoce do câncer (prevenção secundária) no Brasil é através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolaou). O exame pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-los (FERNANDES, 2001).

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco (FERNANDES, 2001).

3.4.1 Exame de Papanicolau

O exame preventivo do câncer do colo do útero (exame de Papanicolaou) consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo através de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical. Mulheres grávidas também podem realizar o exame. Neste caso, são coletadas amostras do fundo-de-saco vaginal posterior e da ectocérvice, mas não da endocérvice, para não estimular contrações uterinas (INCA, 2006).

A fim de garantir a eficácia dos resultados, a mulher deve evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame. Além disto, exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode alterar o resultado (NAYAR, 2005).

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de 1 ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), os critérios para realização do exame de Papanicolau de acordo com o laudo citológico são os seguintes:

- Negativo para câncer: se esse for o primeiro resultado negativo, é necessário fazer novo exame preventivo daqui a um ano. Se já houver um resultado negativo no ano anterior, o exame preventivo deverá ser feito daqui a 3 anos;
- Alteração (NIC I): repetir o exame daqui a 6 meses;
- outras alterações (NIC II e NIC III): o médico deverá decidir a melhor conduta. Será necessário fazer novos exames, como a colposcopia;
- infecção pelo HPV: o exame deverá ser repetido daqui a 6 meses;
- amostra insatisfatória: a quantidade de material não deu para fazer o exame. Repetir o exame logo que for possível.

Independente desses resultados, é possível que a mulher possa ter alguma outra infecção que será tratada, devendo seguir o tratamento corretamente. Muitas vezes é preciso que o seu parceiro também receba tratamento. Nesses casos, é bom que ele vá ao serviço de saúde receber as orientações diretamente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

3.4.2 Vacinação

Hoje existe no mercado a vacina para o HPV. No momento está em estudo no Ministério da Saúde o uso pelo SUS. É importante enfatizar que esta vacina não protege contra todos os subtipos do HPV. Sendo assim, o exame preventivo deve continuar a ser feito mesmo em mulheres vacinadas (BRASIL, 2010).

Há uma centena de tipos de HPV, mas a maioria das infecções é causada por apenas quatro deles. As versões 16 e 18 do vírus são responsáveis por 70% dos casos de câncer de colo de útero. Já os HPV 6 e 11 respondem por 90% das verrugas genitais. Fabricada pelo laboratório Merck Sharp & Dhome, a Vacina Quadrivalente (Gardasil) contra o HPV protege contra quatro tipos do vírus – 6, 11, 16 e 18 -, que são responsáveis por 70% dos casos de câncer do colo de útero e por 90% das verrugas genitais e está indicada em mulheres entre 9 e 26 anos de idade (LINHARES, 2006).

Fabricada pelo laboratório GSK, a Vacina Bivalente (Cervarix), também chamada de Vacina contra HPV oncogênico da GSK, protege contra os vírus 16 e 18.

Segundo informações dos fabricantes, "As vacinas demonstraram alta eficácia contra as infecções incidentes e persistentes, contra as anormalidades citológicas e o desenvolvimento histológico de NIC associados ao HPV-16 e ao HPV-18". Em ambas, a idade recomendada da

vacinação é a mesma (LINHARES, 2006).

Os fabricantes apresentam pesquisas suficientes que mostram uma proteção duradoura nas mulheres vacinadas para o risco de câncer de colo do útero. Solicitamos que entre em contato com seu médico pessoal para saber as vantagens da vacina contra HPV (BRASIL, 2010).

3.5 ASPECTOS CLÍNICOS DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é através da realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride, os principais sintomas do câncer do colo do útero são sangramento vaginal, corrimento e dor (BRASIL, 2010).

3.6 TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

O tratamento para cada caso deve ser avaliado e orientado por um médico. Entre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos (SILVEIRA, 2005).

3.6.1 Estádio IA1

No estágio IA1, a profundidade de invasão estromal é menor do que 3 mm e a extensão superficial é de até 7 mm. Com relação à histerectomia total (abdominal, vaginal ou via laparoscópica), dá-se preferência a via vaginal, se prole definida, por ser de menor custo, menor morbidade e menor tempo de internação (INCA, 2006).

A conização do colo uterino está indicada para pacientes sem prole definida. A ooforectomia é opcional na dependência da idade da mulher. A braquiterapia está indicada em caso de contraindicação absoluta de tratamento cirúrgico (INCA, 2006).

3.6.2 Estádio IA2

No estágio IA2, a profundidade de invasão estromal é de 3 a 5 mm e a extensão

superficial é de até 7 mm. Histerectomia radical modificada (tipo II de Rutledge e Piver), que envolve colpectomia do terço superior de vagina, ressecção de metade dos ligamentos útero-sacos e paramétrios, associando-se à linfadenectomia pélvica. Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica pode ser indicada em pacientes que manifestam o desejo de gestar. Radioterapia exclusiva está indicada em casos de pacientes não-elegíveis para cirurgia (INCA, 2006).

A maior radicalidade do procedimento cirúrgico, nesses casos, se deve ao fato de que a incidência de comprometimento linfonodal pode chegar a até 13,8%, assim como a invasão parametrial proximal microscópica pode chegar a 5% (INCA, 2006).

3.6.3 Estádios IB e IIA

O tamanho do tumor é fator relevante na escolha do tratamento inicial (INCA, 2006).

3.6.4 Lesões menores do que 4 cm nos estádios IB1 ou IIA:

- Histerectomia abdominal radical tipo III. Atualmente, vem sendo indicada a histerectomia radical tipo II para lesões menores do que 2 cm (INCA, 2006).
- Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica: para pacientes sem prole definida e com tumor até 2 cm. (INCA, 2006)
- Histerectomia radical vaginal com linfadenectomia pélvica: para casos selecionados (INCA, 2006).
- Radioterapia externa e braquiterapia: para pacientes com contra-indicação clínica para cirurgia. Nos casos de obesidade mórbida, em que a eficiência da radioterapia isolada pode ser comprometida, pode-se considerar o tratamento quimiorradioterápico concomitante (INCA, 2006).

3.6.5. Indicações da Radioterapia Associada ou não à Quimioterapia (pós-operatória)

Segundo Inca (2006).

- Margens cirúrgicas da vagina comprometidas por carcinoma: braquiterapia de cúpula vaginal.
- Metástase ovariana.
- Metástase para linfonodos pélvicos.

- Invasão do tecido parametrial.
- Tumor maior do que 4cm, achado na peça operatória.
- Adenocarcinoma, principalmente G III, invasão do estroma cervical no terço externo e
- invasão do espaço linfovascular são considerados critérios de alto risco e a complementação radioterápica pode ser indicada.

Se houver comprometimento das margens da vagina por neoplasia intraepitelial, é indicada a realização de propedêutica adequada para colpectomia (INCA, 2006).

3.6.6 Lesões maiores do que 4 cm nos estádios IB2 ou IIA

- Quimiorradioterapia concomitante: a droga indicada pelo Serviço de Oncologia Clínica do INCA é a cisplatina, na dose semanal de 40mg/m², durante o curso da radioterapia externa (INCA, 2006).
- Radioterapia exclusiva: quando houver contra-indicação ao uso de agentes quimioterápicos (INCA, 2006).

3.6.7 Estádios IIB, IIIA, IIIB e IVA

Nos estádios IIB, IIIA, IIIB e IVA, a quimiorradioterapia concomitante será feita da mesma forma que para o estágio IB2. Tratamento cirúrgico paliativo para estágio IVA: derivações intestinais ou urinárias podem ser indicadas (INCA, 2006).

Pacientes, em estágio clínico IVA, com fístula vésico-vaginal ou retovaginal, podem ser candidatas à exenteração pélvica, na dependência do estado geral e PS da paciente ou receber radioterapia paliativa (INCA, 2006).

3.6.8 Estádio IVB

O câncer do colo do útero em estágio IVB é uma doença incurável. São controversos os tratamentos do câncer avançado do colo uterino, sendo a quimioterapia, radioterapia e cirurgia consideradas paliativas e indicadas de acordo com cada caso. Deve-se avaliar a necessidade da radioterapia anti-hemorrágica. Como tratamento, a quimioterapia e radioterapia devem ser consideradas somente quando incluídas em protocolo (BRASL, 2010).

As pacientes não serão submetidas à quimioterapia, principalmente se as escórias

estiverem elevadas (INCA, 2006)

4. POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

No Brasil, embora o Ministério da Saúde preconize desde 1998 a realização do exame para detecção precoce do câncer do colo uterino em todas as mulheres que já tiveram relações sexuais, com especial atenção àquelas com idade entre 25 e 59 anos de idade, considera-se importante que os serviços de saúde ofereçam o acesso ao Papanicolau à população adolescente (BRASIL, 2010).

4.1 A CRIAÇÃO DO PAISM (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER)

A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pelo Ministério da Saúde, no ano de 2004, remete ao processo de criação e implantação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe observar que a criação do SUS foi assegurada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em consonância com o Art. 196 da Constituição Federal, as condições de possibilidade de tal criação decorrem da concepção de saúde como direito: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2010).

A Lei Federal N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Artigo 1º, que “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”, define o SUS: “Art. 4º - o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).” Trata - se então de um sistema regionalizado e hierarquizado, que tem uma direção única, exercida pelas esferas de gestão federal, estadual e municipal, que possuem funções específicas e articuladas entre si (BRASIL, 2010).

A Lei n ° 8.080 estabelece que a saúde como direito de todos e dever do Estado requer ações que “se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem - estar físico, mental e social.” (Brasil, 1990). Assim, conforme se apresenta na página da Internet do

Ministério da Saúde - Sobre o SUS , trata-se de um dos “maiores sistemas públicos de saúde do mundo” e “abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.”

Como ressaltamos no início do texto, a criação da PNAISM se faz na trajetória da criação e implementação do SUS. É importante esclarecer, no entanto, que o lançamento da PNAISM, no ano de 2004, não representou uma “primeira preocupação” no campo da elaboração de políticas nacionais de saúde para mulheres. Essa política foi inspirada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e “aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2000” (BRASIL, 2010).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2006).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos países com serviços de saúde organizados e que investiram na prevenção do câncer do colo do útero, houve uma sensível redução da taxa de mortalidade, como os Estados Unidos e Canadá.

Para reduzir o problema, algumas ações podem ser desenvolvidas, como colocar ao alcance da população feminina exames preventivos e ações educativas para identificar as mulheres que possam vir a ter o câncer, bem como, desenvolver ações para motivá-las a realizarem os exames. Para isso, é necessária a implantação e/ou implementação de programas efetivos, eficazes e permanentes nos serviços de saúde. Como essa implantação ainda não concretizada em nossa realidade, há uma quase interminável necessidade de rever até onde avança ou retrocede a política de saúde.

Assim, busca-se transmitir o máximo de informação possível, garantindo a essas mulheres uma vida digna, evitando que sofram no futuro por uma doença que pode ser evitada e curada se descoberta em tempo. Concomitante a este estudo, conseguiremos atingir um meta mais ampliada pactuando com os governos e descobrir diversas estratégias para atrair essas mulheres até a unidade de saúde.

Em suma essa necessidade é sempre eminente, especialmente em se tratando de uma doença ainda tão estigmatizada e fatal como o câncer do colo do útero, que mutila e mata milhares de mulheres anualmente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.L. *et al.* Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Revista Química Nova**, v.28, n.1, p. 118-129, 2005.

AZEREDO, C. M. *et al.* Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Jun. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300025&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 outubro de 2012.

BARROS, S. M. O; MARIN, H. F; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para prática assistencial**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2002.

BOSCH, F; LORINCZ, A; MUÑOZ, N; MEIJER, C.J.L.M; SHAH, K.V. **The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer**. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244-65.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo de Útero e de Mama**. Brasília, 2006.

_____. **Portaria nº 687/GM/MS**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo a Direção de Diretrizes e Normas para a Organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Prevenção do câncer do colo de útero: manual técnico: profissionais de saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf. Acesso em: 14 de set de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil/ instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. INCA. Rio de Janeiro. Disponível em: www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336. Acesso em 22/08/2012.

_____. INCA. Rio de Janeiro. Disponível em: www1.inca.gov.br/estimativa/2010/. Acesso em 22/08/2012.

BRENNNA, S.M.F; HARDY, E; ZEFERINO, L.C; NOMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com neoplasia cervical. **Cad Saude Publica** 2001; 17(4): 909-14.

DUAVY, L. M; BATISTA, F. L. R; BESSA, M. S; SANTOS, J. B. F. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva** [Internet]. 2007. Acesso em 23 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/24.pdf>.

FERNANDES, S. M. *et al.* Conhecimento, atitude e pratica do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Publica**. v. 17, n. 4, Rio de Janeiro, jul./ago. 2001.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública – práticas de enfermagem**. 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 2000.

GERK, M. A. de S. Pratica de enfermagem na assistência ginecológica. In: BARROS, S. M. O.; MARIN, ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**, São Paulo: Roca, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher. Prevenção e Detecção**. 2009[online]. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.inca.org.br>. Acesso em 15 de setembro de 2012.

INCA. **Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero**. 2006. Disponível em:

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326. Acesso em: 29 Nov. 2012.

KOSS, Leopold G.; GOMPEL, Claude. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. São Paulo: Roca, 2006.

LINHARES, A. C.; VILLA, L.L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). **J Pediatr** (Rio J.). 2006; 82(3 Supl):s25-s34.

MERIGHI MAB, HARMANO L, CAVALCANTE LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36(3): 289-96.

Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil** [on-line]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2007 [Acesso 23 out 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>.

NICOLAU, S.M. Existe câncer do colo uterino sem HPV. **Revista Associação Medicina Brasileira** 2003; 49(3): 236- 37.

PAINI, Joseani Pichinin. **Diálogo como cuidado processo educativo de enfermagem**. 1. edição. Erechim, RS: Edifapes, 2001.

SÃO PAULO. **Secretaria de Saúde. Coleta do Papanicolaou e ensino do autoexame da mama**. 2. edição. São Paulo: secretaria de Saúde, 2004.

SILVA, D. W.; ANDRADE, S. M.; SOARES, M. A.; TURINI, B.; SCHNECK, C. A.; LOPES, M. L. S. Cobertura e atores associados com a realização do exame Papanicolau em município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [Internet]. 2006. Acesso em 13 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n1/29590.pdf>

SILVEIRA, L. A. **Diagnóstico e tratamento: Câncer ginecológico**. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOLOMON, D; NAYAR, R. Sistema Bethesda para Citopatologia Cervicovaginal: definições, critérios e notas explicativas. 2.edição Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 192p

Solomon D, Papillo J, Davey D, on behalf of the Cytopathology Education and Technology Consortium. Statement on HPV DNA Test Utilization. *Am J Clin Pathol* 2009;131:768-769.

SMALTZER, S. C; BARE, B. G.; Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

_____. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

_____. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ANEXOS

ANEXO
DECLARAÇÃO

Eu, Lisley Marlete de Queiroz Gomes Neto, portadora do documento de identidade RG 7034094 SDS/PE, CPF nº 053787194-29, aluna regularmente matriculada no curso de Pós - Graduação Citologia Clínica, do programa de *Lato Sensu* da Faculdade Boa Viagem, sob o nº CC112429 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: **“CÂNCER DO COLO UTERINO: DESENVOLVIMENTO, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO.”**, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em 25 de Março de 2013.

Lisley Marlete de Queiroz Gomes Neto