



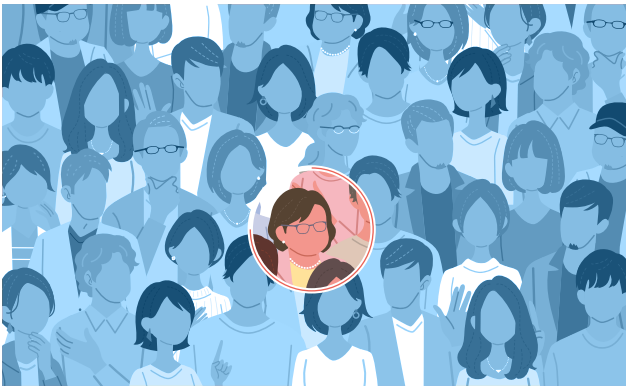
Foto: AdobeStock

DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

POR • **ADRIELE TAIANE DOS SANTOS SOUZA** • MÉDICA RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (FESF/SUS).

No Calendário da Saúde existem várias cores nos meses do ano que representam campanhas de conscientização sobre várias doenças. No imaginário popular, estas campanhas servem com o ideal de que é sempre melhor prevenir do que remediar. As principais campanhas são a do Outubro Rosa e do Novembro Azul, campanhas para o alerta ao câncer de mama e câncer de próstata respectivamente, apesar de toda mobilização dos serviços de saúde públicos e privados para o rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce, pouco se fala, durante as campanhas, sobre os danos que esses exames podem gerar e sobre a importância, para além dos exames, do paciente conhecer seu próprio corpo e as mudanças que ocorrem. (7)





A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza alguns princípios básicos para a realização do rastreamento populacional por meio de algumas perguntas: 1. A doença é um problema de saúde importante? 2. Há tratamento (melhor quando precoce), do que com sintomas? 3. Há exames para diagnóstico na fase pré clínica e tratamento? 4. Possui estágio latente e com história natural bem compreendida?

Pensando nessas perguntas e nos vieses do tempo de antecipação do diagnóstico e tempo de duração, percebemos que o rastreamento detecta um caso antes que ele se apresente naturalmente, mas não muda o prognóstico (8), ou seja, a data da morte continua a mesma. No viés de tempo de duração, percebemos que o screening tem mais chances de identificar uma doença lenta e progressiva do que uma rápida e fulminante.

Quando identificamos uma doença lenta que não causaria qualquer prejuízo à sobrevivência ou qualidade de vida do indivíduo estamos realizando o sobrediagnóstico (9) isso não significa que o diagnóstico esteja errado ou falso-positivo, mas sim que muitas vezes esse câncer iria se comportar de forma inofensiva, com crescimento lento ou sem crescimento e o paciente iria morrer com a doença e não dá doença.

O médico que encontrar a doença irá tratá-la, principalmente se for câncer, mesmo que o paciente esteja assintomático. Ou seja, a consequência do rastreamento é o sobretratamento (10), que consiste em terapias (cirurgia, radioterapia, quimioterapia) em um indivíduo assintomático que não tem como melhorar, uma vez que não tem sintomas. Como será feita a intervenção em um paciente que não terá benefícios, sobrarão então apenas os malefícios do tratamento como a queda de cabelo, fraqueza, gastos com viagens e consultas, incontinência urinária, além da carga de ser “rotulado” como um doente de câncer. De acordo com a revisão da USPSTF (11) (United States Preventive Services Task

Force) de 2018, a decisão de rastrear ou não o paciente deve ser compartilhada entre o médico e o paciente.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. Essa última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro do canal vaginal. (1)

O Câncer de Colo de Útero (CCU) é o terceiro tumor mais frequente nas mulheres em todo o mundo, apesar de ser prevenível e curável quando diagnosticado e tratado precocemente. No Brasil é a terceira neoplasia mais incidente na população feminina e na região Nordeste (NE) ocupa a segunda posição. (2)(12)

Apesar do rastreamento precoce apresentar um alto potencial de salvar vidas, esse câncer ainda representa um importante desafio para os gestores na área da saúde pública, pois em países menos desenvolvidos, ou seja, de baixa e média renda, onde as mulheres apresentam baixa escolaridade e são socioeconomicamente vulnerabilizadas 83% a 85% dos casos evoluem para óbito, evidenciando, assim, a forte associação entre os baixos índices de desenvolvimento humano e a dificuldade ou ausência ao diagnóstico precoce e tratamento. (2)(3)(4)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para as pessoas, ela tem o objetivo de executar estratégias de prevenção, orientação, rastreio e diagnóstico precoce para os indivíduos. (13), ou seja, a APS cuida das pessoas, em vez de apenas tratar as doenças ou condições específicas. Através do Previne Brasil, política de financiamento da APS criada em 2019, com o objetivo de “aumentar o acesso aos serviços de Atenção Primária e do vínculo entre a população e as equipes de saúde enfatizando uma maior responsabilidade por parte de gestores e profissionais de saúde” (14) o Ministério da Saúde (MS) deu prioridade a sete indicadores de saúde os quais os municípios deveriam alcançar as metas.

Os indicadores a serem alcançados são no total sete, na primeira etapa de implementação, os quais abrangem as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão arterial e diabetes mellitus). Dentre os indicadores que fazem parte da saúde da mulher, o rastreamento precoce do CCU está entre as prioridades do MS. (14)

Dessa forma é reforçada a importância dos profissionais da APS no objetivo de promover ações para prevenção do CCU por meio de ações de educação em saúde, rastreio precoce do câncer e de lesões precursoras e vacinação de grupos indicados dentro do território. (5) O agente comunitário em conjunto com o enfermeiro e o médico, deve estar captando as mulheres que estão dentro da faixa etária para realização do preventivo, além de promover dentro do território orientação sobre a importância de realizar acompanhamento no serviço de saúde.



Figura 1. Sistema Reprodutor feminino

PREVENÇÃO: VACINAÇÃO E RASTREIO

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, através de contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital e a partilha de objetos sexuais. O uso de preservativos durante a relação sexual protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, a região perineal, e perianal e a bolsa escrotal (5)(6).

Mulheres homossexuais que possuem vida sexual ativa também têm alto risco de contrair a infecção pelo HPV. (15) Muitas vezes essas mulheres são negligenciadas pelos profissionais da saúde ou pelas campanhas divulgadas na mídia e nos serviços, onde o foco é apenas as mulheres que mantêm relação heterossexual.

Vários estudos trazem a importância de todas as mulheres, independente da orientação sexual, que tenham vida sexual ativa e estejam dentro da faixa etária definida pelo Ministério da Saúde, devem realizar o rastreio e a prevenção para o CCU.

(15)(16)(17) Por isso os profissionais devem estar aptos para orientar todas as mulheres, realizar busca ativa e educação em saúde.

A prevenção da infecção pelo HPV, perpassa todos os níveis de prevenção, seja ela a prevenção primária através de vacinação, orientação; a prevenção secundária, através do rastreio e identificação precoce da doença; e a prevenção terciária com o foco de minimizar os impactos que a doença já instalada irá causar a mulher com diagnóstico de CCU.

Na prevenção primária, atualmente há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18. Ambas são eficazes contra as lesões precursoras do câncer do colo do útero, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus. Ou seja, os benefícios são significativos antes do início da vida sexual (5)(6).



Na prevenção secundária o rastreio ocorre com a realização do exame citopatológico, mais conhecido como Papanicolau ou “preventivo”, é um teste utilizado para detectar alterações nas células do colo do útero. (5) As *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do CCU*, do MS/INCA (5), recomendam, como população alvo para o rastreamento, as mulheres na faixa etária de 25 até 64 anos que já tiveram atividade sexual, pois nessa faixa etária é onde ocorre a presença de lesões de alto grau passíveis de serem tratadas para não evoluírem para o câncer, permitindo diminuir a incidência e a mortalidade por essa doença. Recomenda-se repetir o exame citopatológico a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano (5)(6). [Quadro 1]



Clique aqui e assista ao vídeo do Telessaúde RS-UFRGS para saber as orientações para realização do teste, ou pelo link: <https://www.youtube.com/watch?v=cJYtAZrxNIA>

População-alvo		Periodicidade
Mulheres de 25 a 64 anos de idade que já tiveram ou têm atividade sexual.		Anualmente, e após dois resultados consecutivos normais, realizar uma coleta a cada 3 anos.
Mulheres após os 64 anos de idade.	Sem histórico de rastreamento.	Realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, não realizar exames adicionais.
	Com dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. ¹	Liberar do rastreamento.

¹ Sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO

A partir do resultado do citopatológico, o profissional da APS encaminhará o paciente ou não para colposcopia. O Quadro abaixo mostra as recomendações da Diretriz (5) de acordo com o tipo de lesões encontradas. Lembrar de solicitar uma Ultrassonografia Transvaginal para avaliação endometrial em mulheres com idade acima de 35 anos e, caso anormal, estudo anatomopatológico do endométrio. Durante a colposcopia, se encontradas alterações, quaisquer que sejam, deve ser realizada a biópsia (5).

Diagnóstico citopatológico	Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
	Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
	≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
	≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)		Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor		Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor		Encaminhar para colposcopia

Quadro resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica. Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, Instituto Nacional de Câncer (INCA).

REFERÊNCIAS

1. GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 13º ed. Rio De Janeiro: Editora Elsevier Ltda, 2017
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
3. Pierz AJ, Randall TC, Castle PE, Adedimeji A, Ingabire C, Kubwimana G, Uwinkindi F, Hagenimana M, Businge L, Musabyimana F, Munyaneza A, Murenzi G. **A scoping review: facilitators and barriers of cervical cancer screening and early diagnosis of breast cancer in Sub-Saharan African health settings**. *Gynecol Oncol Rep* 2020; 33:100605.
4. Lemp JM, De Neve J, Bussmann H, Chen S, Manne-Goehler J, Theilmann M, et al. **Lifetime Prevalence of Cervical Cancer Screening in 55 Low- and Middle-Income Countries**. *JAMA*. 2020;324(15):1532–1542. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.16244>.
5. INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)
7. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. **Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
8. Gérvas J. **Moderación em la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria em España**. *Gac Sanit*. 2006; 20 Supl 1:127-34.
9. Petitti DB, Lin JS, Burda BU. **Sobrediagnóstico em modelos de decisão de triagem de câncer de próstata: uma revisão contextual para a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA**. Publicação AHRQ No. 17-05229-EF-3. Rockville, MD: Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde; 2018.
10. Lopes, V. A. S., & Ribeiro, J. M.. (2019). **Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(9)). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>.
11. Santos R.O.M.; Abreu, M.M.; Engstrom, E.M. **Decisão clínica compartilhada**. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2470. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2470](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2470).
12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://antigo.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//folder-de-teccao-colo-2022.pdf>. Acesso em 27 de fevereiro de 2023
13. Portela, Gustavo Zoio, Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 27, n. 2 [Acessado 27 fevereiro 2023], pp. 255-276. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>>. ISSN 1809-4481.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.
15. Royal Australian College of General Practitioners. **Cervical cancer. In: Guidelines for preventive activities in general practice**. 8th ed. East Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners; 2012. p. 63- 5. ISBN 9780869063446
16. University of Michigan Health System. **Cancer screening** [Internet]. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2011 [updated 2014]. Available from: <https://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/adult.cancer/cancergline.pdf>
17. BC Cancer Agency. **Genital tract cancers in females: human papillomavirus related cancers** (cervical, vaginal & vulvar) [Internet]. BC Cancer Agency; 2014 [updated 2016 July 15]. Available from: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/fgt_hpv.pdf