

FALANDO SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

2002 - Ministério da Saúde

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou meio eletrônico, e mecânico, fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem a permissão expressa do Instituto Nacional de Câncer/MS (Lei nº 5.988, de 14.12.73)

Ministério da Saúde

Secretaria de Assistência à Saúde

Instituto Nacional de Câncer

Tiragem desta edição: 30.000 exemplares

Criação, redação e distribuição:

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev

Rua dos Inválidos, 212 – 2°, 3° e 4° andares

20231-020 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (0XX21) 2507.8485 – ramal 2047

Fax: (0XX21) 2221.7006 e-mail: conprev@inca.org.br

FICHA CATALOGRÁFICA

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)
Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002
59 págs. Ilustrações
Inclui bibliografia

1. Neoplasia do colo do útero 2. Risco 3. Prevenção 4. Diagnóstico

ISBN 85.7318-052-8

CDD 616.9940.66

SUMÁRIO

Apresentação	5
Orientações úteis ao usuário	7
Epidemiologia	9
Fatores associados ao câncer do colo do útero	12
Vírus do Papiloma Humano (HPV)	14
O que é e como aparece o câncer do colo do útero	16
Anatomia e fisiologia do útero	18
Como controlar o câncer do colo do útero	20
Viva Mulher – uma resposta para o controle do câncer do colo do útero	22
Realizando a prevenção primária e identificando grupos de risco	24
Realizando a detecção precoce	26
Fases da abordagem do câncer do colo do útero	28
Mobilização e seguimento das mulheres	30
Coleta do exame citopatológico do colo do útero (Papanicolaou)	32
Laboratório	36

Laudo citopatológico	38
Laudo histopatológico	42
Colposcopia	44
Informações gerais sobre o tratamento	46
Tratamento clínico	48
Tratamento cirúrgico	50
Radioterapia e quimioterapia	52
Qualidade de vida após o tratamento	54
Leitura recomendada	57

APRESENTAÇÃO

É fato bem conhecido que a mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial. Diante desse fato, surge uma questão bastante instigante: por que o Brasil, apesar de ter sido um dos primeiros países a utilizar a colposcopia associada ao exame citopatológico (Papanicolaou) para a detecção precoce do câncer do colo do útero ou de suas lesões precursoras, ainda tem uma das mais altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer? Uma das respostas possíveis para essa questão é que existe uma lacuna entre os avanços técnicos e o acesso da população a eles. É, portanto, fundamental que haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo o País.

O Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer, vem buscando parcerias para desenvolver ações a fim de mudar esse quadro. Faz parte dessa procura a implementação de estratégias importantes, tais como a padronização de procedimentos e de condutas que garantam a qualidade dos processos técnicos e operacionais para o controle do câncer. A estruturação do Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – prevê a formação de uma grande rede nacional na qual o profissional de saúde esteja capacitado para estimular a prevenção, realizar a detecção precoce de lesões precursoras da doença e promover o tratamento.

Esta publicação faz parte de um conjunto de materiais educativos elaborados para atender a essa estratégia e sistematiza um conteúdo básico necessário àqueles que atuam no dia-a-dia das Unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é que esses materiais, adaptados às diferenças regionais (geográficas ou socioculturais), contribuam ativamente nesse grande esforço nacional para o controle do câncer do colo do útero no Brasil. Sem dúvida, é um grande desafio, mas um desafio superável com a participação e o empenho de todos aqueles que acreditam num futuro melhor para o nosso povo!

JACOB KLIGERMAN

Diretor-Geral do Instituto Nacional de Câncer

Ministério da Saúde

ORIENTAÇÕES ÚTEIS AO USUÁRIO

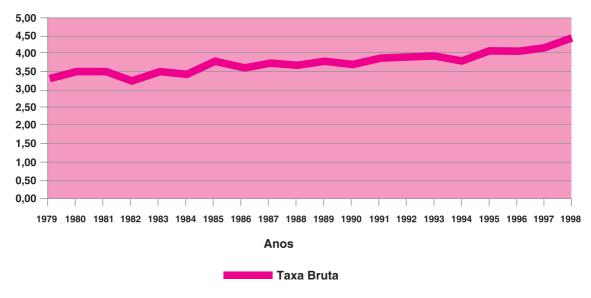
Esta publicação foi elaborada para profissionais de saúde e reúne informações sobre o câncer do colo do útero, sua epidemiologia, fatores de risco e fatores protetores, mecanismos de formação, potenciais para sua prevenção primária e detecção precoce (prevenção secundária) e bases para abordagens terapêuticas. Trata-se, na verdade, de um instrumento de apoio ao Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, uma vez que visa facilitar o processo de socialização de informações estratégicas sobre a doença e, assim, dar visibilidade à dimensão do problema que o câncer do colo do útero representa para a saúde pública no País e o quanto se pode fazer para reverter a atual situação de morbidade e mortalidade pela doença. O profissional de saúde poderá utilizá-lo apresentando essas informações em todas as situações necessárias à sensibilização de grupos-alvo necessários ao controle da doença no País.

Concebido sob a forma de uma sequência de textos e imagens, onde o texto referencia a imagem apresentada na página contra-lateral correspondente, os palestrantes, ao usarem este material, têm toda a liberdade para apresentá-lo à sua própria maneira, podendo alternar sua sequência ou acrescentar-lhe imagens, além de suprimir ou condensar suas informações, de modo a melhor adaptá-las às necessidades do grupo e da instituição aos quais se dirijam. As imagens podem ser usadas sob a forma de diapositivos (slides), transparências, álbum seriado ou de qualquer outro meio que seja conveniente ao apresentador.

Caso o apresentador queira aprofundar-se mais em determinados aspectos dessas informações, poderá consultar a referência bibliográfica citada no rodapé da página ou as publicações recomendadas no final do livreto. De forma alguma este manual pretende esgotar o tema, sugerindo-se ao leitor que busque informações adicionais na extensa bibliografia científica disponível.

EPIDEMIOLOGIA

Taxa bruta de mortalidade por Câncer de Colo do Útero - Brasil, entre 1979 e 1998



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/DATASUS/MS Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Divisão de Epidemiologia e Avaliação - CONPREV/INCA/MS A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos.

Uma marcante característica do câncer do colo do útero é a sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social. São nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros.

De forma geral, o câncer do colo do útero corresponde a cerca de 15% de todos os tipos de cânceres femininos, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo. Em alguns países em desenvolvimento, é o tipo mais comum de câncer feminino, enquanto que em países desenvolvidos chega a ocupar a sexta posição. Na América Latina e no Sudeste Asiático, as taxas de incidência são geralmente altas, enquanto na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste Europeu, são consideradas baixas.

As taxas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam elevadas no Brasil e, do ponto de vista temporal, vem aumentando: em 1979, a taxa era de 3,44/100.000, enquanto em 1998 era de 4,45/100.000, correspondendo a uma variação percentual relativa de 29%. Os números de óbitos e casos novos esperados para o ano de 2001 em todo o país são, respectivamente, 3.725 e 16.270.

Quanto ao estágio do tumor no momento do diagnóstico, observados em hospitais que têm Registro Hospitalar de Câncer, mais de 70% das pacientes, entre aquelas cujos prontuários registram o estágio, apresentam-se em fase avançada da doença, o que limita, em muito, a possibilidade de cura.

Uma das principais razões desse panorama no Brasil resulta do fato que, durante muitos anos, a realização do exame preventivo (Papanicolaou), método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo que torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais da doença, ocorreu fora do contexto de um programa organizado. Na rede de saúde, a maioria dos exames citopatológicos são realizados em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos postos para cuidados relativos à natalidade. Isto leva a subaproveitar-se a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres da faixa etária de maior risco. Esse fato provavelmente tem contribuído para não se ter alcançado, nos últimos 15 anos, um impacto significativo sobre a mortalidade por esse tipo de câncer.

FONTE
MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, <i>Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.</i> Rio de Janeiro, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer.
INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 1987, Cancer Incidence in Five Continents. Editores C. Muir, J. Waterhouse e T. Mack (IARC Scientific Publication 88).
SANJOSÉ, S., BOSCH,F.X., MUÑOZ, N., SHAH,K., 1997, "Social differences in sexual behavior and cervical cancer". In: <i>Social Iniqualities and Cancer.</i> Ed: Kogevinas, M.Pearce, N. Susser, M. and Boffetta, P. IARC Scientific Publications N° 138, International Agency for Research on Cancer, Lyon.

FATORES ASSOCIADOS AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Fatores protetores

Fatores de risco e magnitude do risco

- atividade física regular
- hábitos alimentares saudáveis
- infecção por Vírus do
 - Papiloma Humano +++

++

- baixo nível socioeconômico ++
- multiplicidade de parceiros sexuais
- início precoce da vida
 - sexual ativa
- fumo +-
- multiparidade ++
- uso de contraceptivo oral
- baixa ingestão de vitamina
 - A e C ++

São considerados fatores de risco de câncer do colo do útero a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro); a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais.

Atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do câncer do colo do útero repousa na transmissão sexual. Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) em altas cargas virais representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Sabe-se também que a infecção pelo HPV é essencial, mas não suficiente para a evolução do câncer. Além da tipagem e da carga viral do HPV, adquire importância a associação com outros fatores de risco que atuam como co-fatores, tais como a paridade elevada, o início precoce da atividade sexual e o número de parceiros sexuais. Em relação ao herpesvírus, alguns estudos de caso controle com sorologia têm demonstrado a presença do DNA viral em lesões pré-cancerosas ou cancerosas, mas esta presença é considerada como um marcador de atividade sexual, e não agente ativo da carcinogênese.

A análise da associação, se é que existe, entre o uso de contraceptivos orais e o risco de câncer invasivo do colo do útero é feita com dificuldades. Os contraceptivos orais são usados por mulheres sexualmente ativas e que, em menor probabilidade, usam métodos de barreira, sendo por isto mais expostas ao risco de contrair HPV. Em compensação, essas mulheres comparecem mais ao ginecologista, tendo maior possibilidade de serem rastreadas para o câncer do colo do útero.

Em situações de imunossupressão, tais como no tabagismo, corticoterapia, Diabetes, Lupus e AIDS, a incidência do câncer do colo do útero está aumentada. Isto também ocorre em situações onde há ingestão deficiente de vitamina A e C, beta-caroteno e ácido fólico, comumente associadas com baixas condições socioeconômicas.

FONTE

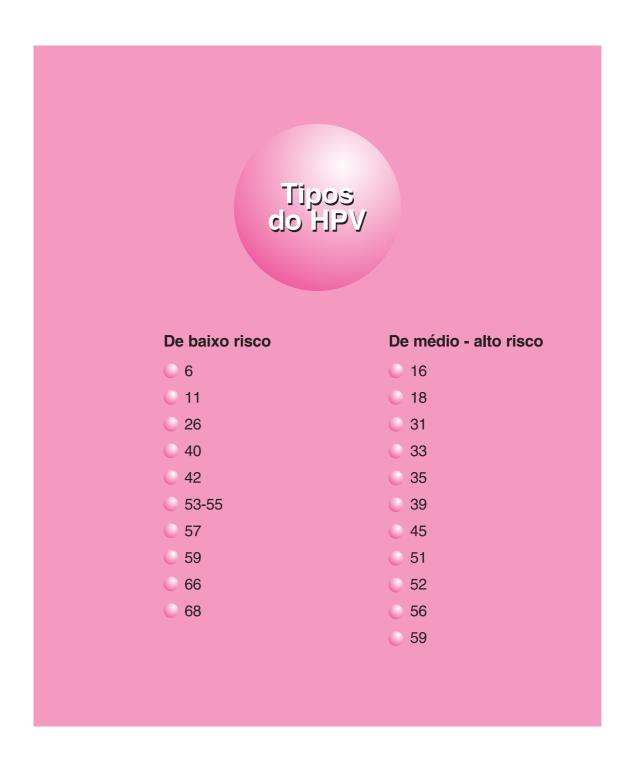
MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, *Falando sobre câncer e seus fatores de risco*. 2 ed.,Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp).

BRINTON, L.A., 1992, "Epidemiology of cervical cancer – overview". In: *The Epidemiology of cervical cancer and human Papillomavirus*. Ed: N. Muñoz, F.X.Bosch, K.V.Shah and A. Meheus, Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARC.

CUZIK, J., 1997, "Viral Load as Surrogate for Persistence in Cervical Human Papillomavirus Infection". In: Franco, E. & Monsonego, J., New Developments in cervical cancer screening and prevention, Quebec, Canadá.

POTÉN, J., ADAMI, H., BERGSTRÖM, R. et al., 1995, Strategies for global control of cervical cancer. Int. J. Cancer 60: 1-26.

VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV)



A prevalência do HPV na população em geral é alta (5 a 20% das mulheres sexualmente ativas mostram positividade em testes moleculares) e este aumento tem sido sentido a partir de 1960, coincidente com o aumento do uso de contraceptivos orais, diminuição do uso de outros métodos de barreira e avanço tecnológico nos métodos diagnósticos.

O HPV estabelece relações amplamente inofensivas e a maioria das infecções passa desapercebida, regredindo de maneira espontânea. São várias as formas de interação com o organismo humano. Na forma latente, a mulher não apresenta lesões clínicas, e a única forma de diagnóstico é a molecular. Quando a infecção é subclínica, a mulher não apresenta lesões diagnósticáveis a olho nu, e o diagnóstico pode ser sugerido a partir da citopatologia, colposcopia, microcolpohisteroscopia ou histologia. Na forma clínica, existe uma lesão visível macroscopicamente, representada pelo condiloma acuminado, com quase nenhuma potencialidade de progressão para o câncer.

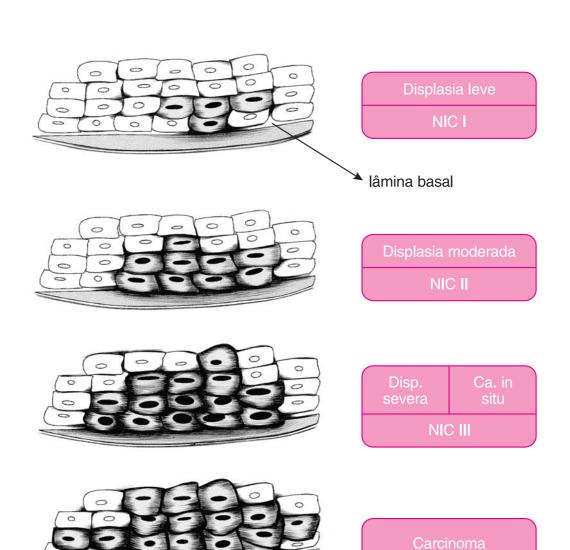
São conhecidos, atualmente, mais de 100 tipos diferentes de HPV e cerca de 20 destes possuem tropismo pelo epitélio escamoso do trato genital inferior (colo, vulva, corpo do períneo, região perianal e anal). Desses tipos, são considerados como de baixo risco para o desenvolvimento de câncer os de números 6, 11, 26, 40, 42, 53-55, 57, 59, 66 e 68 (relacionados principalmente a lesões benignas, tais como condiloma, e também à Neoplasia Intra-Epitelial Cervical – NIC I). Os de médio – alto risco são os de números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 59 (relacionados a lesões de alto grau – NIC II, III e câncer).

A OMS, reconhecendo desde 1992 o HPV como o principal responsável pelo câncer do colo do útero, aprofundou esse conceito em 1996, em parceria com a International Agency for Research on Cancer – IARC. Assim, foram identificados os tipos 16 e 18 como os principais agentes etiológicos desse tipo de câncer, firmando-se cientificamente, pela primeira vez, a indução de um tumor sólido por um vírus. Estudos que utilizam métodos de hibridização têm demonstrado que mais de 99% dos casos podem ser atribuídos a alguns tipos de HPV, sendo o HPV 16 o responsável pela maior proporção de casos (50%), seguido do HPV 18 (12%), HPV 45 (8%) e o HPV 31(5%). A relação entre HPV e o câncer do colo do útero é cerca de 10 a 20 vezes maior do que o tabagismo e o câncer de pulmão.

FONTE

- BRINTON, L.A., 1992, "Epidemiology of cervical cancer overview". In: The Epidemiology of cervical cancer and human Papillomavirus. Ed: N. Muñoz, F.X.Bosch, K.V.Shah and A. Meheus, Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARC.
- CUZIK, J., 1997, "Viral Load as Surrogate for Persistence in Cervical Human Papillomavirus Infection". In: Franco, E. & Monsonego, J., New Developments in cervical cancer screening and prevention, Quebec, Canadá.
- SANJOSÉ, S., SANTAMARIA, M., RUIZ, P.A. ARISTIZABAL, N., GUERRERO, E., CASTELLSAGUÉ, X., BOSCH, F.X, 1992, "HPV types in women with normal cervical cytology". In: *The Epidemiology of cervical cancer and human Papillomavirus*. Ed: N. Muñoz, F.X.Bosch, K.V.Shah and A. Meheus. Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARC.

O QUE É E COMO APARECE O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO



O câncer, que não é uma doença única e sim um conjunto de mais de 100 doenças diferentes, é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. No caso do câncer do colo do útero, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica — o colo, que fica em contato com a vagina.

Classicamente, 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.

NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL CERVICAL: NIC

O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada.

Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o câncer invasor estimada em cerca de 1%.

Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas.

Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não.

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, temos o carcinoma invasor.

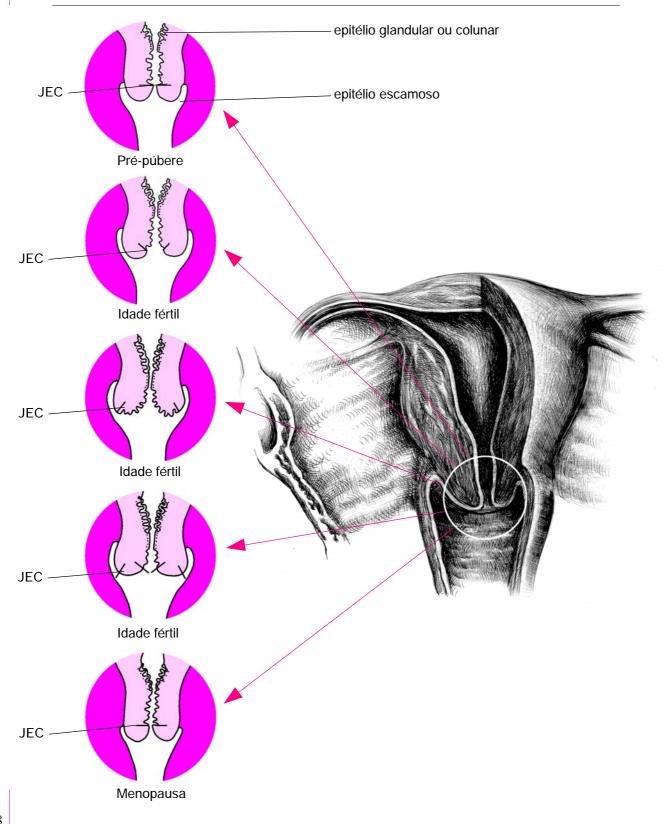
Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas estas etapas. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero.

FONTE

POTÉN, J., ADAMI, H., BERGSTRÖM, R. et al.,1995, Strategies for global control of cervical cancer. Int. J. Cancer 60: 1-26.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, Falando sobre câncer e seus fatores de risco. 2 ed., Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp).

ANATOMIA E FISIOLOGIA DO 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. Esta última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro da cavidade vaginal.

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples). A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso e estratificado). Entre esses dois epitélios encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher.

Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da menacme, quando ocorre produção estrogênica, geralmente a JEC situa-se ao nível do orifício externo ou para fora deste (ectopia ou eversão). Vale ressaltar que a ectopia é uma situação fisiológica e por isso a denominação de "ferida no colo do útero" é inapropriada.

Nesta situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil às suas células. Assim, células subcilíndricas (de reserva) bipotenciais, através de uma metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), dando origem à um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nesta região, pode ocorrer obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. É nessa zona onde se localizam mais de 90% dos cânceres do colo do útero.

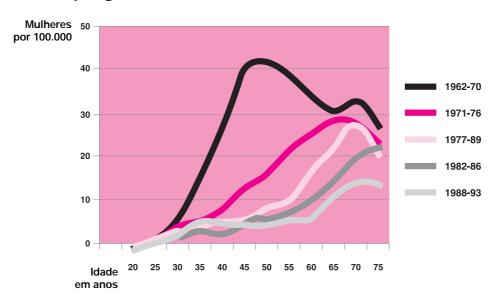
FONTE

JONES, H., WENTZ, A. et BURNETT, L., 1996, Tratado de Ginecologia, 27-64.

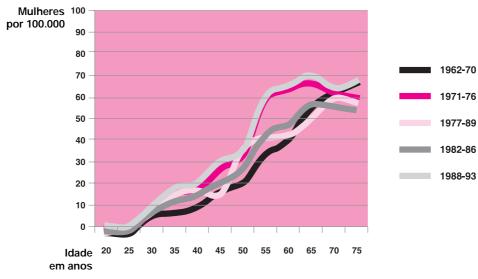
DI PAOLA, G, 1996, Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior, 1-65.

COMO CONTROLAR O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Incidência do câncer do colo do útero antes, e em diferentes períodos, após a adoção de programa de rastreamento na Finlândia



Incidência do câncer do colo do útero antes, e em diferentes períodos, após a adoção de programa de rastreamento na Índia



Fonte: Gustafsson et al, 1996, Apud Naud, 1998.

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.

Experiências de países como a Finlândia e a Islândia, que tiveram cobertura variando de 75% a 80% da população feminina e apresentaram redução da mortalidade por câncer do colo do útero de 17% a 32%, dependendo da faixa etária, demonstram que o declínio da mortalidade por este tipo de câncer é diretamente relacionado ao percentual da população feminina que foi testada. Uma das recomendações da comunidade científica internacional é que, antes de se repetir o exame citopatológico (Papanicolaou) de uma mulher, deve-se primeiramente garantir a realização de um exame citopatológico para toda a população alvo do Programa.

Já em outros países europeus onde o rastreamento é feito de forma oportunista, a cobertura é pequena e, geralmente, a população feminina de maior risco, como mulheres de grupos sociais de poder aquisitivo mais baixo, com vida sexual promíscua e mais velhas, não fazem nenhum exame, enquanto mulheres de menor risco fazem testes anuais (situação identificada no Brasil). Isto demonstra que "os programas de rastreamento desorganizados podem resultar em desigualdade e no uso ineficiente de recursos escassos", segundo Coleman.

Especialistas da CIRC e da União Internacional Contra o Câncer (UICC) avaliaram dados de programas de rastreamento de 11 regiões ou países e concluíram que programas de rastreamento anual não apresentam grandes vantagens em relação aos programas que realizam rastreamentos a cada 3 anos, como é o caso da Finlândia e Holanda, que têm uma média de 1 exame citopatológico a cada 3 anos entre mulheres de 30 - 50 anos e a cada 6 anos entre 30 - 72 anos, respectivamente, e apresentaram reduções nas taxas de mortalidade de aproximadamente 3 vezes entre 1962 e 1987. Já países como o Reino Unido não tiveram o mesmo sucesso, provavelmente devido a métodos de organização ineficientes.

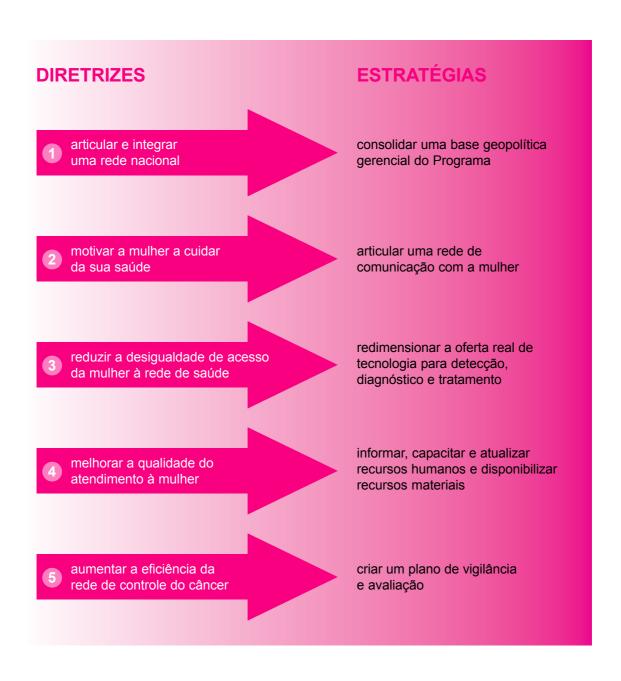
FONTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

NAUD, P., 1998, *Detecção Precoce das lesões precursoras de câncer de colo uterino através de inspeção cervical.* Tese de doutorado em Clínica Médica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

NIEMINEN, P., KALLIO, M., ANTTILA, A, HAKAMA, M., 1999, *Organised vs. Spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: a case control study.*

VIVA MULHER - UMA RESPOSTA PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO



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 eqüitativa 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. Assim, a partir da Conferência Mundial Sobre a Mulher, ocorrida na China, em 1995, o Governo Brasileiro passou a investir esforços na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero.

O Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama tem, portanto, como objetivo, reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres. Com relação ao controle do câncer do colo do útero, as ações contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico; a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa.

As diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos (profissionais de saúde da rede de serviços), a normalização de procedimentos e controle de qualidade e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede formada para o controle do câncer.

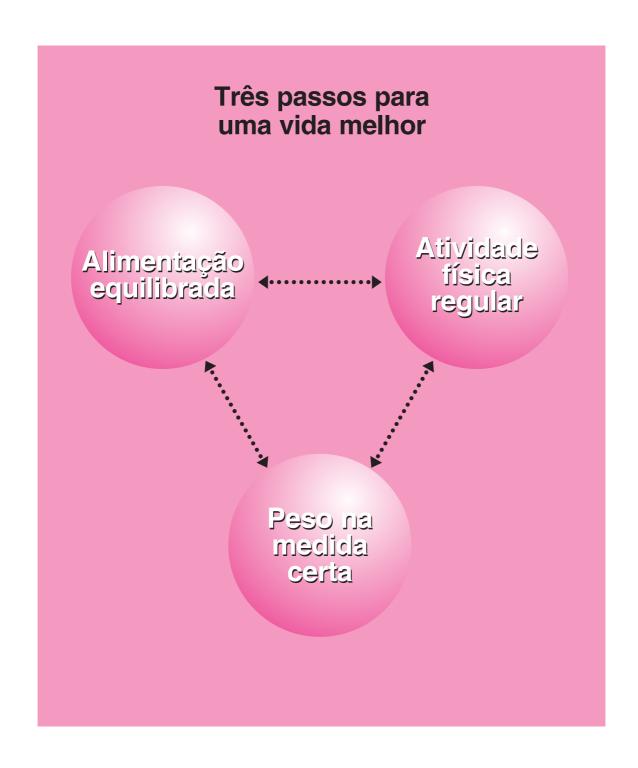
As estratégias de implantação prevêem a resolução das necessidades constantes nas seguintes diretrizes:

- articular e integrar uma rede nacional;
- motivar a mulher a cuidar da sua saúde;
- reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde;
- melhorar a qualidade do atendimento à mulher;
- aumentar a eficiência da rede de controle do câncer.

FONTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, *Implantando o Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama*, Rio de Janeiro - Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev (no prelo).

REALIZANDO A PREVENÇÃO PRIMÁRIA E IDENTIFICANDO GRUPOS DE RISCO



Um aspecto bastante relevante do ponto de vista da prevenção é que 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.

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. Na anamnese dirigida é importante investigar quando foi a última coleta do exame citopatológico (Papanicolaou) e qual o resultado do exame. Algum tipo de tratamento no colo do útero deve ser investigado. O uso de DIU, tratamentos hormonais ou radioterápicos, além de uma gestação atual, devem ser investigados. A presença de sangramento vaginal fora do período menstrual normal deve ser investigada, além de sangramento vaginal após relação sexual (sinusiorragia).

A identificação de um perfil de risco deve ser realizada. A presença de uma infecção pelo herpes-vírus deve ser valorizada, por este vírus ser considerado um marcador de atividade sexual. Em situações de imunossupressão, a incidência do câncer do colo do útero está aumentada, tais como no tabagismo, corticoideterapia, diabetes, lupus e AIDS. O estado de nutrição deve ser avaliado, pois a desnutrição está associada a um aumento de incidência do câncer do colo do útero. É importante que se questione, também, o grau de instrução da paciente e como a mulher se alimenta. Em mulheres que tenha sido identificado algum fator de risco, como por exemplo, a infecção pelo vírus HIV, o rastreamento pelo exame citopatológico (Papanicolaou), a ser recomendado, deve ser anual.

No momento da consulta também é fundamental salientar a importância da realização do auto-exame das mamas e, caso a mulher não saiba, é a oportunidade para ensiná-la. A mulher deve ser orientada a solicitar sempre que o profissional de saúde examine as suas mamas e, também, deve ser sensibilizada a procurar periodicamente um profissional de saúde para a realização do exame clínico das mamas.

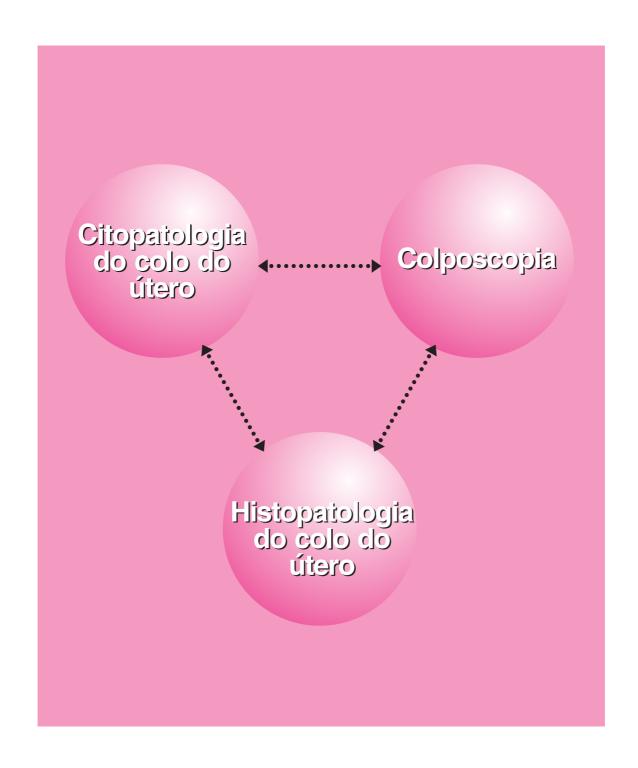
FONTE

WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 1997. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective. Washington, D.C.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, Manual on the Prevention and Control of Common Cancers, Geneva, Switzerland.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, Falando sobre câncer. 2 ed., Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp).

REALIZANDO A DETECÇÃO PRECOCE



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.

Existem diversos métodos que podem ser utilizados na detecção precoce desse tipo de câncer, mas o exame citopatológico, ainda hoje, é o mais empregado em mulheres assintomáticas. Segundo a União Internacional Contra o Câncer (UICC), em países subdesenvolvidos, a forma diagnóstica mais barata é a inspeção visual do colo pelo ácido acético, com o tratamento imediato por Cirurgia de Alta Freqüência – CAF (Método Ver e Tratar), garantindo assim o tratamento em cerca de 80% das mulheres. O problema é o *super* tratamento, por isso é que a citopatologia ainda é o método mais preconizado para a detecção precoce do câncer do colo do útero.

Por ser uma técnica de alta eficácia, baixo custo e indolor, além de bem aceita pela população, a citopatologia é considerada ideal, na nossa população, para o rastreamento do câncer do colo do útero. O diagnóstico citopatológico não é de certeza, tendo que ser confirmado pelo exame histopatológico. A realização da biópsia deve, preferencialmente, ocorrer sob visualização colposcópica, já que o procedimento às cegas apresenta alta taxa de falso-negativo. A taxa de falso-negativo da citopatologia (isto é, o exame que teve resultado negativo, mas que não é verdadeiramente negativo) pode variar até 30% na dependência da subjetividade (intra e inter observadores) e por vários fatores, desde a coleta do material, fixação e coloração da lâmina, leitura do esfregaço e, finalmente, a interpretação do exame.

A sensibilidade da citopatologia varia entre os diferentes trabalhos, mas pode ser considerada em torno de 70%. Quando associada à colposcopia, ela pode chegar até 80% de sensibilidade.

FONTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

POTÉN, J., ADAMI, H., BERGSTRÖM, R. et al.,1995, Strategies for global control of cervical cancer. Int. J.Cancer 60: 1-26.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO),1998. *Manual on the Prevention and Control of Common Cancers.* WHO Regional publications - Westerns Pacific Series nº 20.

FASES DA ABORDAGEM DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO



Os programas de rastreamento (*screening*) do câncer do colo do útero são considerados medidas de saúde pública para prevenção secundária e baseiam-se na teoria de que os casos de carcinoma invasivo são precedidos por uma série de lesões, as neoplasias intra-epiteliais cervicais, que podem ser detectadas e tratadas. Esses programas devem ser introduzidos para reduzir a ameaça de câncer na comunidade, pela detecção de indivíduos que têm a doença assintomática.

Para o sucesso deste programa, que é a detecção precoce e a cura da mulher com o diagnóstico de câncer ou de alguma lesão precursora, algumas etapas são fundamentais.

Inicialmente, é preciso fazer com que as mulheres, especialmente as com situação de maior risco, realizem periodicamente o seu exame citopatológico (Papanicolaou) – mobilização das mulheres. Essa fase, fora da unidade de saúde, inclui a garantia de um tratamento, caso seja necessário. Cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado, e aquelas que possuem o resultado alterado precisam ser alvo de busca ativa se não vierem pegar o seu resultado ou se faltarem a alguma consulta agendada.

A próxima etapa desse processo é o acolhimento adequado na unidade de saúde e a garantia de um exame ginecológico completo, com a coleta de um exame citopatológico (Papanicolaou) e o exame clínico das mamas.

O passo seguinte para a prevenção do câncer do colo do útero é o processamento do exame no laboratório, seguido pela etapa do tratamento. Para que um programa de detecção precoce do câncer do colo do útero dê certo, é fundamental que seja garantido o tratamento de 100% das mulheres que tiveram o resultado alterado no exame citopatológico.

A última etapa a ser cumprida é a avaliação do programa, onde poderá se definir os acertos e os erros das estratégias, para estabelecimento de novos rumos. Como exemplo de indicadores importantes, temos o percentual de mulheres submetidas ao rastreamento citopatológico, ou seja, a taxa de cobertura. A maior eficiência dos programas de detecção precoce do câncer do colo do útero está associada a taxas de cobertura maiores que 80%. Estima-se que esta cobertura esteja associada a uma diminuição da mortalidade por esta doença em torno de 50%.

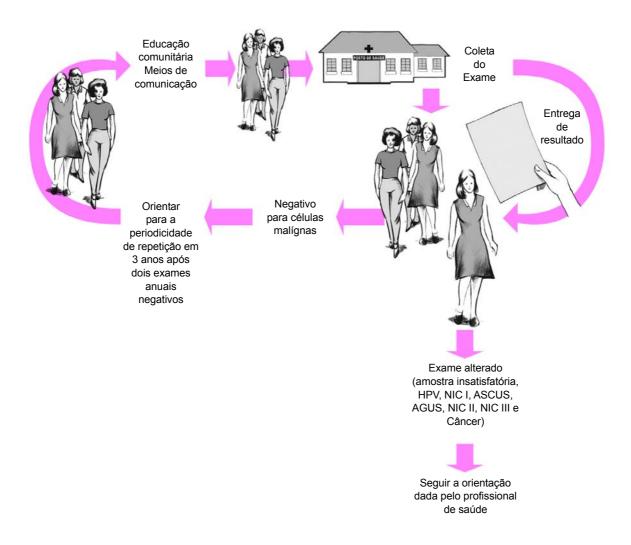
FONTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

PATNIK, J., 1997, "Screening that failed to work". In: Franco, E. & Monsonego, J. New Developments in cervical cancer screening and prevention. Quebec.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO),1998. *Manual on the Prevention and Control of Common Cancers*. WHO Regional publications - Westerns Pacific Series nº 20.

MOBILIZAÇÃO E SEGUIMENTO DAS MULHERES



Os programas de rastreamento têm efetividade plena na redução da mortalidade apenas se os exames citopatológicos são conhecidos e aceitos pela população, além de serem repetidos a intervalos apropriados para detectar a doença em estágios precoces. Muitos autores relatam que a detecção precoce do câncer do colo do útero depende da mais ampla cobertura possível da população. Esse indicador, definido como a proporção da população de risco que foi rastreada, é um dos aspectos importantes a serem avaliados no processo de rastreamento.

A captação da população-alvo é essencial para o início dessa detecção, consistindo-se na incorporação de todas as mulheres com vida sexual ativa no programa, de tal forma, que após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada 3 anos um novo exame seja feito. A eficiência do rastreamento também depende do seguimento adequado do tratamento das mulheres que apresentam esfregaço anormal. Esses aspectos também são abordados pelo recrutamento. O processo consiste, essencialmente, nos métodos para informar as mulheres sobre os motivos e os benefícios do tratamento; o objetivo, a eficácia do tratamento recomendado e o significado do resultado; e na organização da rede de serviços para aumentar a adesão das mulheres ao Programa, mantendo-se nele aquelas que precisam repetir a coleta ou que são encaminhadas a centros especializados. É importante lembrar que cerca de 40% das mulheres que coletam a citopatologia de Papanicolaou não vão buscar o resultado do exame.

O alvo principal de campanhas para controle do câncer do colo do útero deve ser de mulheres que já tiveram atividade sexual, principalmente aquelas entre 35 e 49 anos e, especialmente, as que nunca tenham feito o exame preventivo. O atendimento da demanda espontânea para a coleta da amostra citopatológica deve continuar, mas é importante a priorização da faixa etária de maior risco para a doença.

Após a primeira citopatologia, cada mulher terá uma estratégia de seguimento diferente. As com exame negativo para câncer devem repetir nova citopatologia após um ano. Permanecendo o mesmo resultado, elas devem ser orientadas para nova coleta em três anos. As mulheres com exames alterados deverão ser contactadas para a continuação de seu acompanhamento, na dependência do resultado da primeira citopatologia.

FONTE

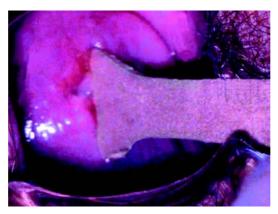
MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

SANJOSÉ, S., BOSCH, F.X., MUÑOZ, N., SHAH,K., 1997, "Social differences in sexual behavior and cervical cancer". In: Social Iniqualities and Cancer. Ed: Kogevinas, M. Pearce, N. Susser, M. and Boffetta, P. IARC Scientific Publications No 138, International Agency for Research on Cancer, Lyon.

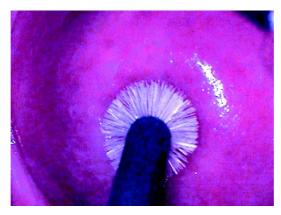
COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAOU)

Espátula e escovinha para a coleta do exame citopatológico (Papanicolaou)





Coleta de material ectocervical



Coleta de material endocervical

O exame citopatológico (Papanicolaou) é o exame preventivo do câncer do colo do útero. Ele consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero.

A coleta do exame é realizada durante uma consulta ginecológica de rotina, após a introdução do espéculo vaginal, sem colocação de nenhum lubrificante (pode ser usado apenas o soro fisiológico). Normalmente não é doloroso, mas um desconforto variável pode acontecer, de acordo com a sensibilidade individual de cada paciente. As mulheres devem ter sido previamente orientadas a não terem relações sexuais ou fazerem uso de duchas, medicamentos ou exames intravaginais (como por exemplo a ultra-sonografía) durante as 48 horas que precedem o exame. O exame deve ser realizado fora do período menstrual, pois o sangue dificulta a leitura da lâmina, podendo até tornar o esfregaço inadequado para o diagnóstico citopatológico. Isto não quer dizer que, diante de um sangramento anormal, a coleta não possa ser realizada em algumas situações particulares.

A periodicidade do exame citopatológico (Papanicolaou) a ser adotada nos programas de rastreamento do câncer do colo do útero será de três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.

O procedimento de coleta propriamente dito deve ser realizado na ectocérvice e na endocérvice. No caso de mulheres histerectomizadas que comparecerem para a coleta, deve ser obtido um esfregaço de fundo de saco vaginal. No caso de pacientes grávidas, a coleta endocervical não é contra-indicada, mas deve ser realizada de maneira cuidadosa e com uma correta explicação do procedimento e do pequeno sangramento que pode ocorrer após o procedimento. Como existe uma eversão fisiológica da junção escamo-colunar do colo do útero durante a gravidez, a realização exclusiva da coleta ectocervical na grande maioria destes casos fornece um esfregaço satisfatório para análise laboratorial.

Durante o momento do exame especular, na coleta do exame citopatológico, pode ser evidenciado no colo do útero alguma lesão que necessite de tratamento, algumas vezes independente do resultado do exame citopatológico. A visualização de um colo com aspecto tumoral é uma indicação de encaminhamento direto à colposcopia, mesmo na vigência de um resultado citopatológico negativo para malignidade (a coleta pode ter sido efetuada em área necrótica, onde o resultado poderá ser falso-negativo).

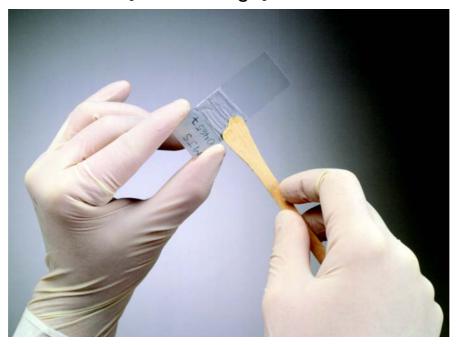
FONTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

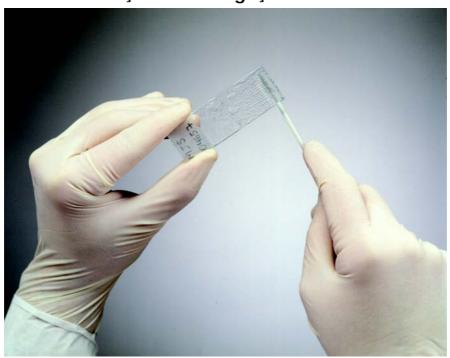
MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, *Implantando o Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama*, Rio de Janeiro - Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev (no prelo).

COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAOU)

Confecção do esfregaço ectocervical



Confecção do esfregaço endocervical



A visualização de alguma patologia tumoral benigna pode demandar algum tipo de terapêutica que pode ser efetuada na própria unidade de saúde. Os pólipos são as lesões benignas mais comuns do colo do útero e podem aparecer em qualquer época da vida da mulher, mas é mais comum a partir da 5ª década. Seu aparecimento pode ser devido a processos inflamatórios crônicos, vasculares ou hormonais e correspondem a um crescimento do epitélio colunar, que contém o estroma subjacente e que pode se exteriorizar pelo orifício cervical. Um pequeno percentual de casos, que não chega a 1%, pode sofrer uma transformação maligna. O tratamento é a exérese do pólipo por torção do seu pedículo e o envio ao exame histopatológico. Algumas outras patologias benignas podem ser encontradas no colo do útero, tais como o mioma cervical ou granuloma de corpo estranho (ex. fio de sutura).

A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material aí coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico, a não ser em mulheres submetidas a histerectomia total. Ao ser confeccionado o esfregaço, deve-se evitar a superposição da amostra para que esfregaços espessos não impossibilitem ou dificultem o diagnóstico citopatológico.

Caso haja sangramento anormal (fora do período menstrual), a coleta pode estar indicada, mas o exame especular deve ser sempre realizado para a exclusão de uma patologia cervical sangrante, como um carcinoma invasor do colo do útero. Se houver a presença de sangue no esfregaço, pode-se adicionar algumas gotas de solução de ácido acético a 2% à solução fixadora (por exemplo o álcool), a fim de melhorar a qualidade da lâmina para a leitura.

É importante lembrar que a utilização da lâmina única visa diminuir o custo, o trabalho de preparo e a leitura das lâminas, assim como aumentar a capacidade operacional dos laboratórios, sem contudo comprometer a capacidade diagnóstica do método.

O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material a ser estudado. O resultado do exame da mulher descreve o diagnóstico, e este poderá gerar uma recomendação de um outro procedimento, motivo pelo qual as condutas a serem tomadas também foram padronizadas.

Os exames devem ser enviados ao laboratório, o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente.

FONTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, *Implantando o Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama*, Rio de Janeiro - Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev (no prelo).

LABORATÓRIO

Recomendações para o controle interno da qualidade

Seleção de Casos:

Devem ser selecionados, no mínimo, 10% dos casos seguindo os critérios abaixo:

Todos os casos do roteiro de critérios clínicos e citopatológicos.
Todos os exames insatisfatórios em decorrência de hemorragia.
Casos negativos aleatórios totalizando, no mínimo, 5% (cinco por cento) do total dos exames realizados.

ROTEIRO DE CRITÉRIOS

- A Considerações clínicas:
- Hemorragia genital pós menopausa.
- Sangramento ectocervical de contato.
- Evidência de doenças sexualmente transmissíveis ao exame ginecológico (inclusive HIV).
- Alterações macroscópicas significativas ao exame especular ou à colposcopia.
- Radioterapia ou quimioterapia prévia.
- Exame citopatológico anterior com qualquer um dos diagnósticos especificados nos critérios citopatológicos desta norma.

B – Critérios citopatológicos:

- Avaliação citopatológica satisfatória porém limitada por hemorragia (de 50% a 75% do esfregaço obscurecido por hemácias).
- Células endometriais em esfregaço pós menopausa.
- Esfregaço atrófico com atipia.
- Alterações celulares de atipia em tecido de reparação.
- Alterações celulares de paraqueratose e disceratose.
- Alterações celulares por infecção viral (HPV e/ou herpes).
- Atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e glandulares (AGUS).

Compete a todo laboratório um funcionamento que atenda aos requisitos de qualidade a fim de garantir aos seus usuários a confiabilidade e segurança dos resultados dos exames realizados. Para isto, os laboratórios devem guardar os laudos e lâminas para controle de qualidade posterior e realizar práticas de controle interno de qualidade. Esta prática deve ser documentada e arquivada. Os laboratórios também devem encaminhar ao laboratório responsável pelo monitoramento externo de qualidade, quando solicitado pela autoridade sanitária, todas as lâminas selecionadas para a revisão.

A técnica de coloração para citopatologia (Papanicolaou) permite, também, identificar a microflora vaginal nos esfregaços. A simples presença de um microorganismo não implica em processo inflamatório, sendo necessário que a estrutura celular apresente reações que caracterizem a inflamação.

É importante frisar para as mulheres o porquê da demora dos resultados da citologia e enfatizar o retorno à unidade para a busca do resultado; que este exame vai ser lido num laboratório e que o processo pode durar até cerca de um mês.

Alguns laboratórios já realizam a identificação do tipo do HPV que infecta a mulher através da biologia molecular. A grande utilização deste método repousa na identificação do tipo e carga viral das mulheres com alterações de baixo grau (principalmente ASCUS e AGUS), para definição de seguimento. A pesquisa de DNA-HPV nas mulheres com NIC II ou III é controversa pois não vai modificar a conduta terapêutica, podendo eventualmente ser utilizada como marcador prognóstico. Uma outra estratégia, ainda em estudo, é a realização do rastreamento por meio deste exame, em mulheres acima de 30 anos, pois não houve a comprovação de que programas estruturados desta forma poderiam reduzir a taxa de mortalidade, como já foi constatado na utilização da citopatologia (Papanicolaou). As mulheres que apresentassem DNA viral de alto risco seriam encaminhadas para a colposcopia, e as demais repetiriam o teste apenas 10 anos depois. Alguns outros fatos devem ser considerados: a incidência máxima de HPV está ao redor dos 20 anos e decresce ao longo do tempo; a maioria das infecções são transientes; a persistência do HPV de alto risco é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer cervical, fato este que ocorre em 5 a 10% das mulheres acima de 35 anos com este tipo de HPV.

FONTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

WALBOOMERS, J.M.M., JACOBS, M.V., MANOS, M.M. et al, 1999, Human Papilloma virus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. Journal of Pathology. 189: 12-19.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, *Implantando o Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama*, Rio de Janeiro - Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev (no prelo).

LAUDO CITOPATOLÓGICO

Resultado do Exame Citopatológico do Colo do Útero

equabilidade do material	
Satisfatória	Insatisfatória - sem identificação da lâmina
Satisfatória mas limitada por ausência	ou identificação errada
de dados clínicos (idade e DUM)	Insatisfatória - identificação da lâmina não
Satisfatória mas limitada por presença	coincide com a do formulário
de sangue	Insatisfatória - material escasso ou
Satisfatória mas limitada por purulento	hemorrágico
Satisfatória mas limitada por áreas espessas	Insatisfatória - dessecamento
Satisfatória mas limitada por dessecamento	Insatisfatória - áreas espessas
Satisfatória mas limitada por ausência de	Insatisfatória - esfregaço purulento
células endocervicais	Insatisfatória - lâmina danificada ou ausent
Satisfatória mas limitada por outras causas	Insatisfatória por outras causas
Dentro dos limites da normalidade	Alteração em Células Epiteliais
	Em Células Escamosas
erações Celulares Benignas Reativas ou	Atipias de significado indeterminado
parativas	Efeito citopático compatível com HPV
Inflamação	NIC I (Displasia Leve)
Metaplasia escamosa	NIC II (Displasia Moderada)
Reparação	NIC III (Displasia Acentuada /
Atrofia com inflamação	Carcinoma in situ)
Radiação	Carcinoma Escamoso Invasivo
Outros	
	Em Céluas Glandulares
	Atipias de significado indeterminado
	Adenocarcinoma in situ
	Adenoma invasor
robiologia	
Lactobacillos	Outras neoplasias malignas
Cocos	
Bacilos	
Sugestivo de <i>Chlamydia sp</i>	
Actinomyces sp	Células endometriais presentes
Candida sp	
Trichomonas vaginalis	
Virus do Grupo Herpes	
Gardnerella vaginalis	Observações gerais
Outros	
Data da liberação do recultado	Reconcéval nele regultado
Data da liberação do resultado	Responsável pelo resultado

Os resultados citopatológicos são emitidos em relatórios, segundo uma nomenclatura que permite estabelecer parâmetros de comparabilidade em nível nacional.

Desde 1993, a Sociedade Brasileira de Citopatologia e o Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, preconizam a adoção da classificação do MS/SBC, que corresponde à de Richard, modificada por alguns critérios de Bethesda.

A amostra é classificada de *satisfatória* quando preenche os seguintes requisitos: identificação correta na requisição e lâminas; informações clínicas relevantes (constante da requisição de exame citopatológico); células escamosas bem preservadas em quantidade adequada (aproximadamente 300 células); e, componentes endocervical e/ ou da zona de transformação (células metaplásicas escamosas) adequados em mulheres que tenham, no colo, no mínimo 2 agrupamentos de células glandulares endocervicais e/ ou metaplásicas escamosas, compostos de pelo menos 5 células bem preservadas.

A amostra é classificada de *satisfatória mas limitada* por algumas situações específicas: falta de informações clínicas pertinentes (requisição de exame citopatológico); esfregaço purulento, obscurecido por sangue, áreas espessas, artefatos por dessecamento ou contaminantes, que impeçam a interpretação de aproximadamente 50% a 70% das células epiteliais; e, ausência ou escassez de células endocervicais ou metaplásicas representativas da JEC ou da zona de transformação.

A amostra é classificada como *insatisfatória* quando apresenta: ausência de identificação na lâmina e/ ou requisição; lâmina com qualidade inaceitável (quebrada, com material mal preservado); componente epitelial escamoso escasso, onde as células bem preservadas cobrem menos de 10% de superfície da lâmina; e, esfregaço totalmente obscurecido por sangue, inflamação, áreas espessas, má fixação, dessecamento, contaminantes, etc, que impeçam a interpretação de mais de 75% das células epiteliais.

No laudo preconizado, duas são as categorias diagnósticas principais: *dentro dos limites da normalidade* (células típicas sem alterações de qualquer natureza) e *alterações em células epiteliais* associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos.

A categoria de *dentro dos limites da normalidade* permite apenas a marcação dos campos Lactobacilos e da presença de células endometrias. A microbiologia, quando identificada, deve também ser alvo de descrição (cocos, bacilos, sugestivo de *Chlamydia sp*, *Actynomyces sp*, *Candida sp*, vírus do grupo Herpes, *Trichomonas vaginalis*, *Gardenerella vaginalis*, outros).

FONTE

Seminário sobre nomenclatura dos laudos citopatológicos, 1993, Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Citopatológia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

LAUDO CITOPATOLÓGICO

Câncer do Colo do Útero História Natural - Classificação



NIC=replasia intra-epitelial cervical

LIE = lesão intra-epitelial escanosa

* Em 1988 é acrescentado por Bethesda as classificações de:

ASCLS - Atipias escamosas de significado indeterminado e ASLS - Atipias glandulares de significado indeterminado.

As principais nomenclaturas associadas às alterações em células epiteliais associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos são:

Atipias de Significado Indeterminado em células escamosas (ASCUS) e/ou glandular (AGUS) - sob este diagnóstico estão incluídos os casos em que não são encontradas alterações celulares que possam ser classificadas como neoplasia intra-epitelial cervical, porém existem alterações citopatológicas que merecem uma melhor investigação e que foram introduzidas a partir da classificação de Bethesda. É recomendável que o diagnóstico de ASCUS ou AGUS não ultrapasse 5% do total de diagnósticos em um mesmo laboratório.

Efeito citopático compatível com Vírus do Papiloma Humano (HPV) - são alterações celulares ocasionadas pela presença do Vírus do Papiloma Humano (HPV), que podem se exteriorizar por células paraceratóticas, escamas anucleadas, coilocitose, cariorrexis ou núcleos hipertróficos com cromatina grosseira. A citopatologia não determina o tipo do HPV, sendo os métodos moleculares de diagnóstico os recomendados para este fim.

Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I - NIC I (displasia leve) - as alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvice sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o Vírus do Papiloma Humano (HPV). Este tipo de lesão, junto com as sugestivas de HPV, são classificadas como de baixo grau (Bethesda, 1988) e reflete o conhecimento atual sobre o comportamento biológico dessas lesões.

Neoplasia Intra-Epitelial Cervical II - NIC II (displasia moderada) e Neoplasia Intra-Epitelial Cervical III - NIC III (displasia intensa ou carcinoma *in situ*) - as alterações de diferenciação celular atingem 3/4 do epitélio pavimentoso de revestimento do colo (NIC II) ou atingem toda espessura epitelial, desde a superfície até o limite da membrana basal em profundidade (NIC III). Atualmente essas lesões estão colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas lesões de alto grau.

Carcinoma Escamoso Invasivo - é quando se detecta células escamosas com grande variação de formas e alterações celulares bastante semelhantes às alterações descritas anteriormente. Por isto, a diferenciação citopatológica entre carcinoma *in situ*, microinvasivo ou invasivo pode ser impossível, necessitando da comprovação histopatológica, que irá determinar a invasão quando presente.

Adenocarcinoma *in situ* ou **Invasivo** - são alterações celulares semelhantes também às descritas anteriormente, mas detectadas nas células glandulares do colo do útero.

A presença de células endometriais no esfregaço deve ser valorizada de acordo com a época do ciclo e com a presença de atipias nucleares.

FONTE

Seminário sobre nomenclatura dos laudos citopatológicos, 1993, Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Citopatológia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Macroscopia Tipo de material recebido: Peça cirurgica, tamanho do tumor:xcm distância da margem mais próxima localização do tumor:£ Ectocérvice Endocérvice Junção escamo-colunar Microscopia
Peça cirurgica, tamanho do tumor:xcm
Lesões de caráter benigno Metaplasia Escamosa Pólipo Endocervical Cervicite crônica Alterações citoarquiteturais inespecífica compatíveis com ação viral (Hesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico NIC I (displasia leve) Carcinoma verrucoso NIC II (displasia moderada) Carcinoma epidermóide não-ceratinizante NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ) Adenocarcinoma in situ Carcinoma epidermóide microinvasor Adenocarcinoma mucinoso Carcinoma epidermóide invasor Adenocarcinoma viloglandular Carcinoma epidermóide, impossível avaliar presença de nível de invasão Grau de diferenciação
NIC I (displasia leve) NIC II (displasia moderada) NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ) Carcinoma epidermóide não-ceratinizante Adenocarcinoma in situ Carcinoma epidermóide microinvasor Carcinoma epidermóide invasor Carcinoma epidermóide invasor Carcinoma epidermóide, impossível avaliar presença de nível de invasão Grau de diferenciação
Pouco diferenciado(Grau III) Indiferenciado(Grau IV)
Dados em relação à extensão do tumor: Infiltração Profundidade da invasão: cm Vascular
Margens Cirúrgicas Livres Comprometidas Impossível de serem avaliados Diagnóstico Descritivo
Controle de representação histológica Fragmentos Material insatisfatório por
Data da liberação do resultado /
Médico responsável pelo resultado

O diagnóstico de certeza de uma neoplasia maligna é estabelecido a partir do resultado do exame histopatológico de uma amostra de tecido, obtida por meio de biópsia, após o encaminhamento da paciente à colposcopia.

O material para estudo histopatológico é obtido por meio de biópsia incisional dirigida, biópsia em cone, curetagem endocervical ou biópsia excisional através da cirurgia de alta frequência (CAF). Imediatamente após sua retirada, as amostras devem ser submersas na solução fixadora (formol a 10 %), em recipiente que permita sua introdução e retirada sem, no entanto, provocar distorção tecidual. O exame histopatológico, quando indicado, poderá levar ao diagnóstico de lesões não visualizadas pela colposcopia, ou algumas vezes diferente do diagnóstico citopatológico.

Os resultados histopatológicos devem ser expressos segundo uma nomenclatura que permita a correlação cito-histológica. Inicialmente, no laudo deve existir a identificação do procedimento cirúrgico realizado seguida pela descrição macroscópica da peça. Na análise microscópica será feita a identificação da natureza da lesão, particularizando-se as lesões de caráter benigno e as de caráter pré-neoplásico ou neoplásico. Nestas últimas, é importante, quando possível, definir-se o grau de diferenciação, a extensão do tumor e as margens cirúrgicas.

FONTE

COLPOSCOPIA

NOMENCLATURA DA SBPTGIC

Paciente: anos DUM:/ Idade 1º coito:	Idade: anos
Menopausa Nº de parceiros: Fumo: Não	Sim HIV: Não Sim
Informações clínicas: Puerpério Puerpério Pós aborto Histerectomia Quimioterapia Quimioterapia Radioterapia	Menopausa ACO DIU CAF Sang Anormal Biópsia Outros:
	obranca Discromia Liquem Escleroso Benigno Câncer Outros:
Vagina: Normal Colpite Focal Cisto T. Schiller: Negativo Positivo Bió	Colpite Micropapilar TN Tumor Sólido Câncer psia: Não Realizada Realizada
Vasos: Típicos Exul	oóide ZTN ZTA perantes Friáveis Atípicos cervical Endocervical Não Visibilizada
Epitélio Acetobranco Tênue Especial Mosaico Fino Gross ZTA Pontilhado Fino Gross Leucoplasia Tênue Especial Vasos Atípicos Imagens Associadas Susp	seiro seiro
Conclusão Normal Anormal Insatisfatória Examinador:	

A colposcopia consiste na visibilização do colo através do colposcópio, após a aplicação de soluções de ácido acético, entre 3% e 5%, e lugol. É método bastante utilizado na prática clínica, sendo que nosso país foi um dos pioneiros a introduzi-lo. É exame usado para avaliar os epitélios do trato genital inferior e, quando necessário, orientar biópsias. A técnica permite localizar as lesões pré-malignas e o carcinoma que afetam esses epitélios.

Preferencialmente, a colposcopia não deve se limitar ao estudo do colo do útero, mas também da vagina, vulva, região perineal e perianal, representando, dessa forma, um avanço propedêutico na infecção viral por HPV.

Na visão colposcópica, as alterações compatíveis com NIC exibem lesões morfologicamente variadas (mosaico, pontilhado, epitélio branco, leucoplasia e vasos atípicos).

As lesões podem ser isoladas ou multicêntricas e as variações de espessura, contorno, relevo e alterações vasculares, constituem os elementos de avaliação colposcópica que as definem como alterações maiores e menores.

A Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia recomenda, rotineiramente, a terminologia Colposcópica de Roma – 1990 para a padronização em termos nacionais das condutas terapêuticas nas lesões precursoras do câncer do colo do útero. A figura anterior apresenta um módulo de ficha de laudo colposcópico que considera a localização topográfica da lesão e a avaliação dos epitélios do trato genital inferior (colo, vagina e vulva). Recomenda-se a adoção dessa ficha pelas unidades de saúde do país.

Para o Programa Viva Mulher, as informações da colposcopia do colo do útero serão classificadas em:

Colposcopia normal - deve ser considerada normal a ausência de qualquer lesão colposcópica e onde foi possível visibilizar a JEC em todos os seus limites.

Colposcopia anormal - deve ser considerada anormal o reconhecimento de alterações epiteliais, vasculares ou associações de ambas e a JEC foi visibilizada em todos os seus limites.

Colposcopia Insatisfatória - considera-se insatisfatório o exame colposcópico em que a JEC não é visibilizada e quando o epitélio escamoso apresentar atrofia ou inflamação intensa.

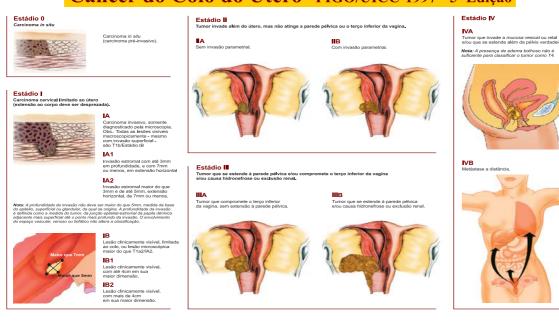
FONTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

BOLETIM INFORMATIVO DA SBPTGIC/ano 1, 1998. Manual de Normas e Rotinas em Patologia do Trato Genital Inferior e em Colposcopia - SBPTGIC- 1998.

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O TRATAMENTO

Câncer do Colo do Útero - FIGO/UICC-1997 - 5ª Edição





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.

As modalidades terapêuticas que preservam a função reprodutiva e que minimizam a morbidade constituem o principal objetivo do colposcopista, que espera assegurar, com o resultado do estudo histopatológico, o tratamento completo.

Embora o método ablativo seja prontamente aceito, a necessidade de um seguimento das pacientes é obrigatório devido à possibilidade de recidiva local ou de progressão de lesões residuais.

Por isso, deve-se analisar as vantagens e desvantagens específicas de cada método, a topografía da lesão, a topografía da junção escamo-colunar e, somente após este mapeamento, decidir qual o melhor método a ser aplicado. Um outro fato a ser considerado é que a incidência de neoplasia intra-epitelial cervical tem aumentado nas mulheres jovens em proporções epidêmicas, o que leva a maioria dos casos para o tratamento com métodos excisionais. É importante lembrar também que os epitélios do colo do útero estão separados do tecido conjuntivo subjacente por camada de substância extracelular, chamada de membrana basal, hoje de grande importância no estudo e prognóstico das neoplasias cervicais.

A principal via de disseminação deste tipo de câncer é a linfática, sendo os linfonodos paracervicais, obturadores, ilíacos, inguinais e paraórticos os mais acometidos. Por extensão e contigüidade, o câncer do colo do útero pode invadir os paramétrios lateralmente, o corpo uterino superiormente, a vagina inferiormente e a bexiga ou reto, se a infiltração for anterior ou posterior. A via hemática pode ser responsável por 5% dos casos. No estádio I, 15 a 20% dos linfonodos estão acometidos; no estádio II, 25 a 40% e, no estádio III, 50%. Em relação à diferenciação, cerca de 20% são bem diferenciados, 60% moderadamente diferenciados e 20% indiferenciados. O prognóstico é tanto pior quanto mais indiferenciado é o tumor.

FONTE

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER, 1997, TNM Classification of Malignant Tumors -Wiley, Liss.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

BOLETIM INFORMATIVO da SBPTGIC/ano 1, 1998.

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

JONES, H., WENTZ, A. et BURNETT, L., 1996, Tratado de Ginecologia.

TRATAMENTO CLÍNICO



Dependendo do resultado do exame citopatológico, diversas condutas são possíveis, desde a simples repetição citopatológica em 6 meses (as lesões de baixo grau - HPV e NIC I - regridem espontaneamente em cerca de 80% das vezes) até um tratamento cirúrgico, passando pela possibilidade de resolução por meio de um tratamento clínico.

O tratamento clínico 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 freqüência. 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.

A podofilina a 25% em solução alcoólica é um método tradicional, mas associado a um pequeno percentual de cura e a um grande índice de complicações, tais como neurotoxicidade, fístulas, ulcerações vaginais, mielotoxicidade e teratogenicidade, quando usada na gravidez. O uso do fluoro-uracil, na forma de creme a 5%, tem sido excluído da prática ginecológica devido aos efeitos colaterais tais como as úlceras genitais e estenoses de colo e vagina. O ácido tricloroacético a 70% pode ser utilizado em aplicações semanais em consultório para destruição de lesões de vulva ou do fundo do saco vaginal, sendo indicada na gravidez ou no tratamento de lesões exofiticas.

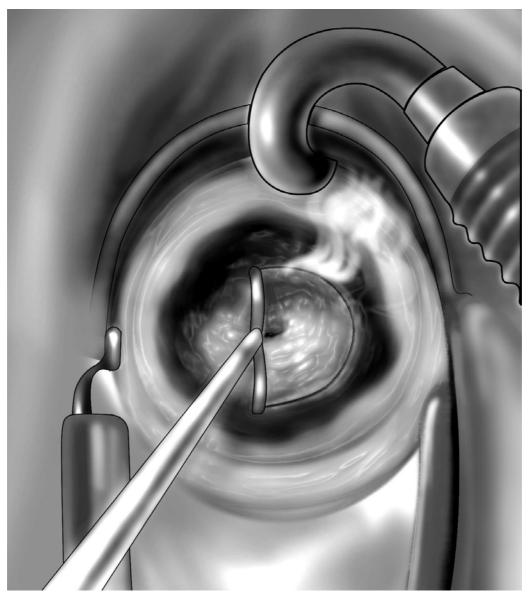
Entre os meios físicos, temos a crioterapia que destrói as camadas superficiais do epitélio cervical no colo do útero pela cristalização da água intracelular, que leva à rotura da célula e de suas organelas e a distúrbios bioquímicos. Deve-se observar a profundidade adequada de congelamento tecidual, senão falhas terapêuticas poderão ser produzidas pela falta de destruição das criptas glandulares. O laser de dióxido de carbono pode ser utilizado para vaporizar o tecido ou para corte, mas o equipamento é extremamente caro e tecnicamente complexo, o que limitou sua expansão. A eletrocauterização consiste no tratamento do colo com a extermidade quente de um cautério, mas hoje em dia é uma técnica em desuso, pela necessidade de repetidas aplicações para destruição de toda zona de transformação.

FONTE

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

JONES, H., WENTZ, A. et BURNETT, L., 1996, Tratado de Ginecologia.

TRATAMENTO CIRÚRGICO



Cirurgia de alta freqüência (CAF)

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 freqüência (CAF) é considerada um bom método para o tratamento das lesões precursoras do câncer cervical.

Os aparelhos de CAF geram um tipo de onda que produz simultaneamente corte e hemostasia e substituem o tratamento por meio da cauterização ou de substâncias corrosivas, com a vantagem de obter fragmento para estudo histopatológico. Além disto, possibilita o tratamento das lesões precursoras do câncer com cirurgia conservadora da fertilidade, não mutilante em nível ambulatorial, permitindo inclusive a opção de diagnóstico e tratamento na mesma consulta, ao que chamamos método *Ver e Tratar*.

Após o procedimento, é importante se ter noção que uma descarga serossangüinolenta pode ocorrer durante as duas primeiras semanas após a cirurgia. Recomenda-se à cliente evitar o uso de tampões vaginais, duchas e relações sexuais por 4 semanas. A mulher retorna em 4 semanas para revisão, e o controle citopatológico e colposcópico dependerá do resultado do exame histopatológico, como mostramos anteriormente.

As mulheres devem ser orientadas a procurarem uma unidade hospitalar em casos de complicações agudas (como por exemplo hemorragias). A infecção cervical e a estenose cervical são achados raros após o procedimento da CAF.

Cone a frio - Método clássico indicado tanto para o diagnóstico quanto para a 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. A complicação mais frequente é o sangramento e a estenose cervical.

Histerectomia abdominal ou vaginal - É o tratamento de escolha para as pacientes com prole definida e com carcinoma do colo do útero no estádio 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.

Apesar da histerectomia ser o tratamento de NIC com a menor taxa de recidiva, deve-se ter em mente que existem, hoje em dia, intervenções menos mórbidas (tais como a CAF), menos custosas e que não levam a mutilações nas mulheres, tendo taxas de cura bastante aceitáveis, sendo recomendadas pela experiência internacional, e que devemos ter sempre como a primeira opção.

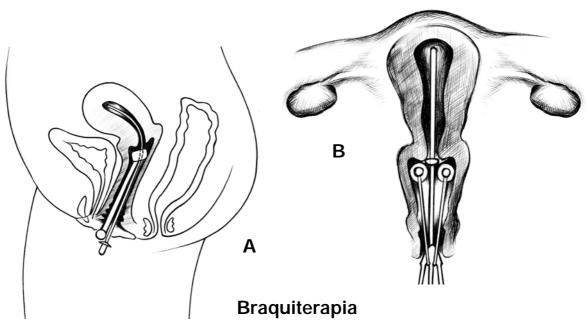
FONTE

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

JONES, H., WENTZ, A. ET BURNETT, L., 1996, Tratado de Ginecologia.

SBPTGIC, 1998, Manual de Normas e Rotinas em Patologia do Trato Genital inferior e em Colposcopia.

RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA





A radioterapia 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 eletrons 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 estádio 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 estádios 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.

Como recurso a ser usado após a cirurgia, está indicada quando houver invasão profunda do estroma, linfonodos acometidos ou se houver recorrência pélvica do tumor. Como recurso préoperatório, está indicada nos adenocarcinomas de grande volume e nos tumores *barrel-shaped* (tipo especial).

A quimioterapia não 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.

FONTE

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

JONES, H., WENTZ, A. ET BURNETT, L., 1996, Tratado de Ginecologia.

QUALIDADE DE VIDA APÓS O TRATAMENTO



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. Como uma grande parte das mulheres atingidas por esta doença está na sua plenitude do desempenho das atividades profissionais, ela deve voltar às suas atividades profissionais, domésticas e afetivas a partir do estímulo à sua reabilitação total. Todas as mulheres com esta doença necessitam, em maior ou menor grau, de uma ajuda especializada do ponto de vista emocional, e as equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiras, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, quando trabalham de forma integrada, induzem excelentes resultados para a qualidade de vida da mulher.

Algumas dúvidas são comuns depois do tratamento:

GESTAÇÃO

A mulher que teve um câncer do colo do útero em estádio inicial (até IA1) e que foi submetida a um tratamento conservador (manteve o útero), por conização, e que é jovem e tem vontade de engravidar, quase sempre se questiona a respeito da repercussão da gestação em sua doença. A gravidez não piora o prognóstico da mulher, mas deve-se ter a certeza da cura, o que acontece cerca de 2 anos após um acompanhamento semestral por citologia e colposcopia.

RELAÇÕES SEXUAIS

O casal deve ser estimulado a retornar ao seu ritmo normal de atividade sexual. Por vezes, encontramos preconceitos dos maridos em relação à prática do sexo após o tratamento, por desconhecimento do tipo de tratamento efetuado e da não transmissão sexual do câncer do colo do útero e, muitas vezes, é necessário algum tipo de terapia de casal ou oficina de grupo clareando todas as dúvidas, objetivando a normalização da vida sexual do casal.

FONTE

LEITURA RECOMENDADA

- DE VITA, V.T., JR., HELLMAN, S., ROSENBERG, S.A, 1997, Cancer: principle and practice of oncology. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 1992, Cancer Incidence in Five Continents. Lyon, IARC Scientific Publication no 120.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993, Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2 ed. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Programas de Controle de Câncer Pro-Onco.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995, Ações de enfermagem para o controle do câncer. 2 ed. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Programas de Controle de Câncer Pro-Onco.
- RUBIN, S., HOSKINS, J., 1996 Cervical Cancer and Preinvasive Neoplasia.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.
- MANUAL DE NORMAS E ROTINAS EM PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E EM COLPOSCOPIA SBPTGIC- 1998.

ELABORAÇÃO

Instituto Nacional de Câncer

EQUIPES:

Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) - Divisão de Ações de Detecção Precoce e Divisão de Epidemiologia e Avaliação Hospital do Câncer II (HC II)

Tereza Maria Piccinini Feitosa (Organizadora)

Alexandre José Peixoto Donato

CéliaRegina de Andrade Costa

Cleide Regina da Silva Carvalho

Lucilia Zardo

Luiz Cláudio Santos Thuler

Marcus Valério Frohe de Oliveira

Maria Fátima de Abreu

Olímpio Ferreira de A. Neto

Tânia Maria Cavalcante

Wilhermo Torres

APOIO

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Edmundo Chada Baracat

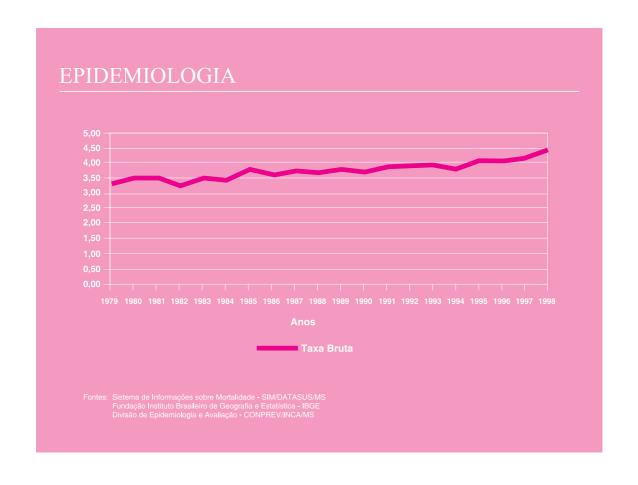
Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

Elza Gay

Gerson Botaccini das Dores

REVISORA

Vera Luiza da Costa e Silva

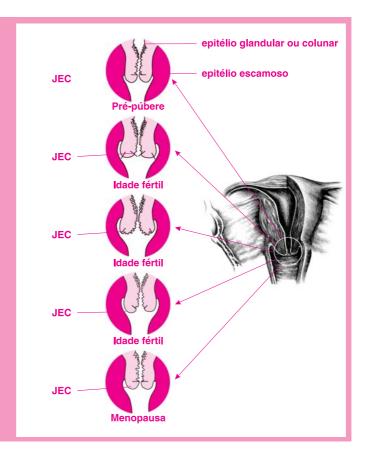




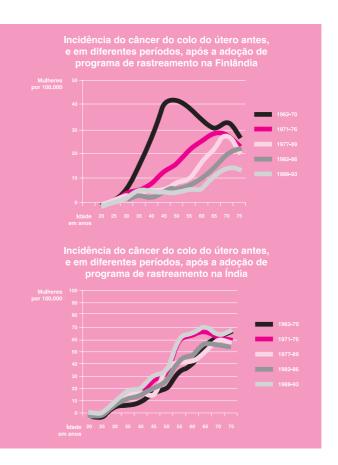




ANATOMIA E FISIOLOGIA DO ÚTERO

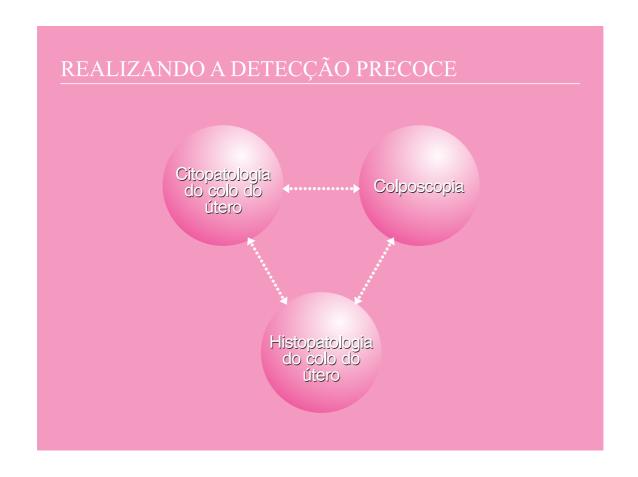


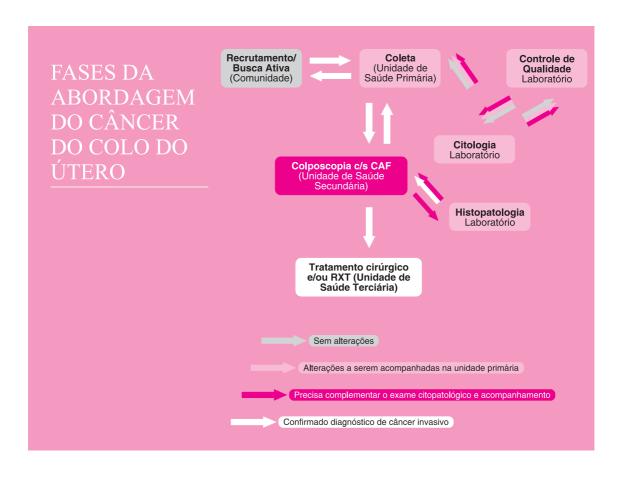


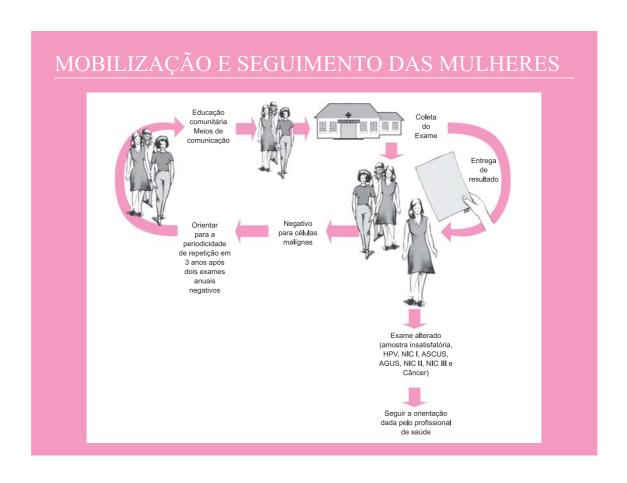


VIVA MULHER — UMA RESPOSTA PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DIRETRIZES © articular e integrar uma rede nacional © motivar a mulher a cuidar da sua saúde orduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde orduzir a desigualdade do atendimento à mulher orduzir a qualidade do atendimento à mulher orduzir a desigualdade do atendimento à mulher











COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAOU)

Confecção do esfregaço ectocervical



Confecção do esfregaço endocervical



LABORATÓRIO

Recomendações para o controle interno da qualidade

Seleção de Casos.

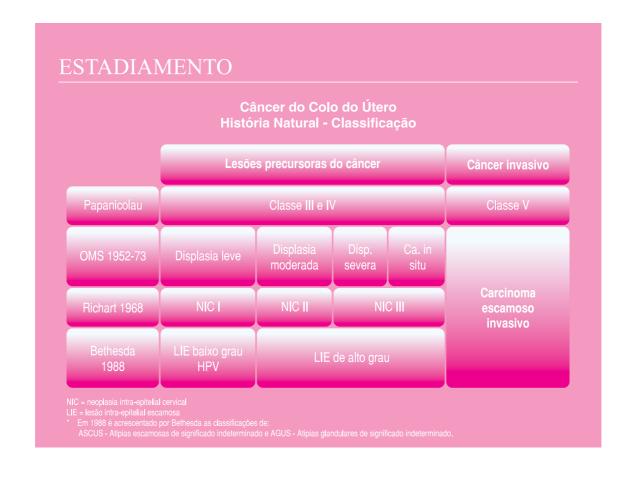
Devem ser selecionados, no mínimo, 10% dos casos seguindo os critérios abaixo:

- Todos os casos do roteiro de critérios clínicos e citopatológicos.
- Todos os exames insatisfatórios em decorrência de hemorragia.
- Casos negativos aleatórios totalizando, no mínimo, 5% (cinc por cento) do total dos exames realizados.

ROTEIRO DE CRITÉRIOS

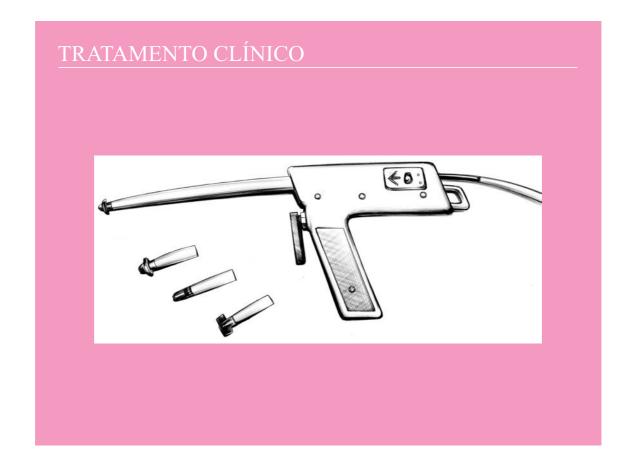
- A Considerações clínicas:
- Sangramento ectocervical de contato
- Evidência de doenças sexualmente
- transmissíveis ao exame ginecológico (inclusive HIV).
- Alterações macroscopicas significativas a exame especular ou à colposcopia.
- Radioterapia ou quimioterapia prévia.
- Exame citopatológico anterior com qualquer um dos diagnósticos especificados nos critérios citopatológicos desta norma
- B Critérios citopatológicos
- Avaliação citopatológica satisfatória porém limitada por hemorragia (de 50% a 75% do esfregaço obscurecido por hemácias).
- Células endometriais em esfregaço pó menopausa.
- Esfregaço atrófico com atipia.
- Alterações celulares de atipia em tecido de reparação.
- Alterações celulares de paraqueratose e disceratose.
- Alterações celulares por infecção viral (HPV e/ou herpes).
- Atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e glandulares (AGUS)

Resultado do Exame Citopatológico do Colo do Útero LAUDO CITOPATOLÓGIC<u>O</u> abilidade do material Insatisfatória - sem identificação da lâmina ou identificação errada Insatisfatória - identificação da lâmina não coincide com a do formulário Insatisfatória - material escasso ou de dados clínicos (idade e DUM) Satisfatória mas limitada por presença hemorrágico Insatisfatória - dessecamento Satisfatória mas limitada por áreas espessas Insatisfatória - áreas espessas Insatisfatória - esfregaço purulento Insatisfatória - lâmina danificada ou aus Satisfatória mas limitada por dessecamento Satisfatória mas limitada por ausência de Satisfatória mas limitada por outras causas Insatisfatória por outras causas Alteração em Células Epiteliais Em Células Escamosas Altipias de significado indeterminado Efetio clopádico compatível com HPV NIC I (Displasia Leve) NIC III (Displasia Moderada) NIC III (Displasia Moderada) Altic III (Displasia Acentuada / Carcinoma in situ) Dentro dos limites da normalidade Metaplasia escamosa Reparação Atrofia com inflamação Carcinoma Escamoso Invasivo Radiação Atipias de significado indete Adenocarcinoma in situ Adenoma invasor crobiologia Lactobacillos Cocos Outras neoplasias malignas Cocos Bacilos Sugestivo de Chiamydia sp Actinomyces sp Candida sp Trichomonas vaginalis Virus do Grupo Herpes Células endometriais presentes Gardnerella vaginalis Observações gerais Data da liberação do resultado Responsável pelo resultado CNPF/(CPF)

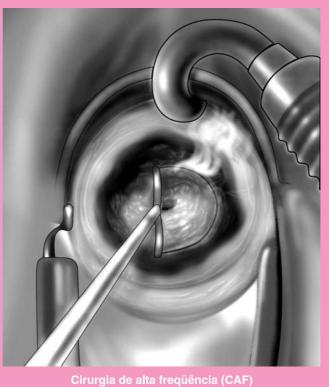


COLPOSCOPIA	NOMENCLATURA DA SBPTGIC Paciente: Idade: anos Est. Civil:
	Menarca:anos DUM: _/_/Idade 1º colto:anos G;P:A: MenopausaNº de parceiros:Fumo: Não Sim NIV: Não Sim
	Informações clínicas:
	Colposcopia Vulva: Normal Vulvite R Acetobranca Discromia Liquem Escleroso Micropapilomatose Verruga Tumor Benigno Câncer Outros: Biópsia: Não Realizada Radioterapia Local:
	Vagina: Normal Colpite Focal Colpite Colpite Micropapilar TN ZTA Verruga Cisto Tumor Solido Câncer T. Schiller: Negativo Positivo Biópsia: Não Realizada Realizada
	Colo: Muco: Ausente Cristalino Opaco Purulento Hemático Endocérvice: Epitélio: Plano Papilar Polipóide ZTN ZTA Vasos: Típicos Exuberantes Friáveis Atipicos Ectocérvice: JEC Justa Orificial Ectocervical Endocervical Não Visibilizada ZTN Colpite Erosão Miscélanea
	Dentro da ZT Fora da ZT Dentro e Fora da ZT Epitélio Acetobranco Ténue Espesso Mosaico Fino Grosseiro ZTA Pontilhado Fino Grosseiro Leucoplasia Ténue Espesso Vasos Atípicos Imagens Associadas Suspelta Invasão Outras Bióspia Não Realizada Realizada âs: Curetag Endocervical
	Conclusão Normal Anormal Insatisfatória Examinador:

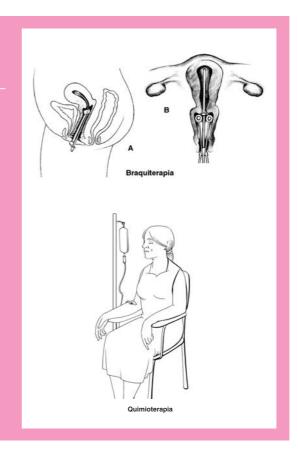




TRATAMENTO CIRÚGICO



RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA



QUALIDADE DE VIDA APÓS O TRATAMENTO

