

CÂNCER DE COLO UTERINO AVANÇADO: UMA ANÁLISE DE PERFIL

CAIQUE FERNANDES ALVES¹; LUCAS ROSSETTO, CONRADO AFONSO PINTO, RODRIGO JAEGER BELLINASSO, DIEGO ALCANTARA²; ROSILENE JARA REIS³

¹Universidade Federal de Pelotas – caiquefer_@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas

³Universidade Federal de Pelotas - rjreis@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino, excluindo os cânceres de pele não melanoma, é o quarto tipo de câncer no mundo¹. No Brasil, é o terceiro tipo de tumor que mais acomete o sexo feminino, sendo a quarta causa de morte. Já na região sul, o colo uterino é o quinto local mais acometido por tumores. De acordo, com o Instituto Nacional de Câncer deve-se esperar um total de 16.340 novos casos de câncer de colo uterino para o ano de 2016 no país¹.

Vários são os fatores de risco envolvidos nessa patologia, entre eles pode-se citar: início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros sexuais, história de doença sexualmente transmitida (como Chlamydia trachomatis e herpes simples vírus), multiparidade, imunossupressão, baixo nível sócio-econômico, uso prolongado de anticoncepcional oral, tabagismo e história prévia de displasia escamosa da vulva ou vagina ^{3,4,5}. O papiloma vírus humano (HPV) vem sendo muito relacionado com a patogênese da doença e pode ser detectado em 99,7% dos cânceres de colo uterino⁶.

A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas através do rastreamento para a detecção e tratamento das lesões escamosas intraepiteliais de alto grau que são precursoras do câncer invasivo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população alvo em torno de 80 a 100% pelo exame de Papanicolaou e uma rede organizada para diagnóstico e tratamento adequado, é possível reduzir em média 60 a 90% o câncer invasivo na população¹.

A prevenção do câncer de colo do útero passa por cuidados e informações sobre o uso de preservativos, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a orientação sexual, desestimulando a promiscuidade. Em nível secundário de prevenção, está o exame ginecológico periódico, conhecido como Papanicolaou².

Dessa forma, o Ministério da Saúde, no Brasil, adotou a seguinte estratégia para o rastreamento do câncer de colo de útero, oferecer para a população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos o exame de Papanicolaou. Esse exame deve ser realizado anualmente, e após 2 exames consecutivos sem alterações a periodicidade do exame passa a ser de três em três anos⁷.

2. METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo observacional analítico transversal, sendo avaliado os anos de 2010 até 2015, com fonte primária de dados oriundos do Registro Hospitalar de Câncer que tem como procedência principal de informações os prontuários presentes nas unidades hospitalares que prestam assistência de Alta Complexidade em Oncologia no Sistema Único de Saúde

(SUS). Por meio do Tabnet, aplicativo que permite a realização de tabulação de base de dados disponível on-line no site do Instituto Nacional do Câncer (INCA), destacou-se pacientes do sexo feminino com diagnóstico de neoplasias malignas nos seguintes sítios: mama, vulva, vagina, colo do útero, corpo do útero, útero não identificado e ovário. Comparando-se os dados a nível nacional, regional, estadual e municipal.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise de 176 prontuários, 98 deles correspondiam a doenças avançadas classificadas em estágio IIB a IVB, grande parte (49%) se enquadravam no estágio IIIB. Dentre essas mulheres, a idade média no momento do diagnóstico foi 50,49 anos. Apenas duas pacientes se encontravam fora do rastreio nacional para diagnóstico do Câncer de colo de útero. 81% das mulheres estudadas eram brancas, evidenciando um fator fortificante para o diagnóstico. Apenas 10 das 98 pacientes estudadas, se negaram a receber tratamento quimioterápico após diagnóstico e 36 mulheres não realizaram os exames solicitados durante o tratamento.

4. CONCLUSÕES

O rastreio nacional é de grande valia e consegue cobrir de forma satisfatória a população de risco, embora, por falhas a serem melhor estudadas, as pacientes são diagnosticadas com câncer de colo de útero em estágios mais avançados da doença. Tal fato, traz a necessidade de uma revisão das técnicas utilizadas durante a coleta do exame citopatológico e das formas de abordagem das pacientes presentes no grupo de risco, visto que cerca de 22% das pacientes apresentaram citopatológicos normais 6 meses antes do diagnóstico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization guidance note: **Comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women**; 2013
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colouter o/definicao> Acesso em 04 de maio 2016
3. Kurman, RJ, Norris, HJ, Wilkinson, EJ. **Atlas of tumor pathology: tumors of the cervix, vagina, and vulva**. Third series. Washington, DC. Armed Forces Institute of Pathology; 1992. 8.
4. Ursin G, Peters RK, Henderson BE, d'Ablain G 3rd, Monroe KR, Pike MC. Oral contraceptive use and adenocarcinoma of cervix. **Lancet**. 1994;344(8934):1390-4.
5. Vizcaino AP, Moreno V, Bosch FX, Munoz N, Barros-Dios XM, Parkin DM. International trends in the incidence of cervical cancer: I. Adenocarcinoma and adenosquamous cell carcinomas. **Int J Cancer**. 1998;75(4):536-45.
6. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **J Pathol**. 1999;189(1):12-9.

7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Normas e recomendações do INCA: prevenção do colo do útero**. Revista brasileira de cancerologia 2003;49(4):205.
8. MANRIQUE, E.J.C. et al. Fatores que comprometem a adequabilidade da amostra citológica cervical. **FEMINA**. Maio 2009.vol 37 .nº 5. 283-287p.
9. BARBOSA, H.A. et al. Barreiras para a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires. ano 18.nº 186. Noviembre de 2013.
10. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA; 2011.
11. Li N, Franceschini S, Howell-Jones R, et al. Human papillomavirus type distribution in 30,848 invasive cervical cancer worldwide: Variation by geographical region, histological type and year of publication. **Int J Cancer**; 2015
12. Coutlée F, Ratnam S, Ramanakumar AV, Insinga RR, Bentley J, Escott N, Ghatage P, Koushik A, Ferenczy A, Franco EL. Distribution of human papillomavirus genotypes in cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer in Canada. **Journal of Medical Virology**. Canada; 2011.
13. Sanjose S et al: Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. **Lancet Oncology**. Vol 11(8); 2010.
14. Stewart, B. and Wild, C.P. (eds.), **International Agency for Research on Cancer, WHO**. (2014) *World Cancer Report 2014* [Online]. Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/725845> [Accessed: 18th May 2016].
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Controle dos cânceres de colo de útero e de mama**. Ed 2. DF; 2013
16. Salazar KL et al. Multiple human papilloma virus infections and their impact on the development of high-risk cervical lesions. **Acta Citologica**; 2015
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes**. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 2 maio 2016.
18. Zeferino LC, Teixeira JC, Bastos, JFB. Expandir a cobertura do rastreamento do câncer do colo uterino em mulheres entre 35 e 49 anos de idade é uma prioridade. **Rev Femina**; 2003.
19. Martins LFL, Thuler CS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005.
20. Thuler CS, de Aguiar SS, Bergmann A. Determinantes do diagnóstico em estágio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014
21. Andrade JM. Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2012
22. Panobianco MS, Pimentel AV, Almeida AM, Oliveira ISB. Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: Enfrentando a doença e o tratamento. **Rev Bras Cancerol**. 2012.
23. SISCOLO/SISMAMA - **Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer e mama**. Disponível em:



<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siscolo-sismama>. Acesso em: 19 maio 2016