

**UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UniRV)
FACULDADE DE FARMÁCIA**

TAMIRIS NEVES DA SILVA

**CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA
INCIDÊNCIA EM GOIÁS, EM COMPARAÇÃO COM OS OUTROS ESTADOS
BRASILEIROS**

**RIO VERDE, GO
2016**

TAMIRIS NEVES DA SILVA

**CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA
INCIDÊNCIA EM GOIÁS, EM COMPARAÇÃO COM OS OUTROS ESTADOS
BRASILEIROS**

Monografia apresentada à Banca Examinadora do
Curso de Farmácia da Universidade de Rio Verde
(UniRV) como exigência parcial para obtenção do
título de Farmacêutico.

Orientador: Prof. Ms. Hindenburg Cruvinel
Guimarães da Costa

**RIO VERDE, GO
2016**

Ficha catalográfica

S442c Silva, Tamiris Neves da.

Câncer de colo de útero: um estudo epidemiológico da incidência em Goiás, em comparação com os outros estados brasileiros/ Tamiris Neves da Silva-2016.

32f. :ils. figs, tabs.

Orientador: Prof. Dr.HindenburgCruvinel Guimarães da Costa.

Monografia (Graduação em Farmácia) –Faculdade defarmácia, da Universidade de Rio Verde - UniRV–Campus Rio Verde, 2016.

Não inclui Biografia.

Não inclui índice de tabelas e figuras.

1. Neoplasias. 2. Fatores de risco. 3.Lesões malignas. I. Título. II. Autor. III. Orientador.

CDD: 615.6

Bibliotecária responsável: Izaura Ferreira Neta – CRB1:2771

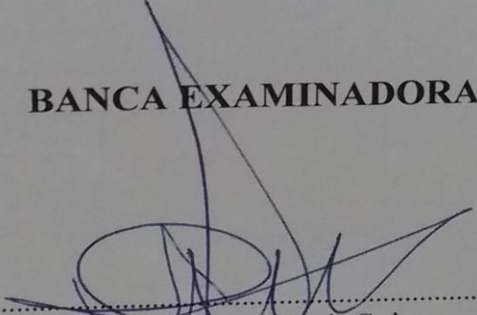
TAMIRES NEVES DA SILVA

**CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA
INCIDÊNCIA EM GOIÁS EM COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTADOS
BRASILEIROS**

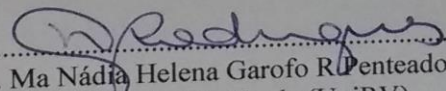
Monografia apresentada à Banca Examinadora do Curso de Farmácia da Universidade de Rio Verde (UniRV) como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Rio Verde, GO, 07 de dezembro de 2016.

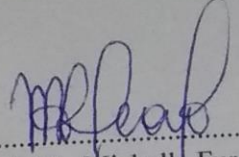
BANCA EXAMINADORA



.....
Prof. Ms Hindenburg Cruvinel Guimaraes Costa
Universidade de Rio Verde (UniRV)



.....
Prof. Ma Nádia Helena Garofo R. Pentead
Universidade de Rio Verde (UniRV)



.....
Prof. Ma Michelle Furquim Leão
Universidade de Rio Verde (UniRV)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Ilçõ José Neves e Maria de Fátima da Silva, que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los.

Dedico também ao meu namorado, Nilson Luiz da Silva Filho, companheiro na profissão, na vida e nos sonhos, que sempre me apoiou nas horas difíceis e compartilhou comigo as alegrias.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão, em primeiro lugar a Deus, me guiando, me iluminando e me protegendo, sendo meu refúgio e minha fortaleza em todos os momentos desta etapa.

Agradeço àqueles que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse realizado. Não sendo viável nomear todos, no entanto, alguns aos quais não posso deixar de manifestar o meu apreço e o meu sincero agradecimento.

Ao meu orientador, Prof. Ms. Hindenburg Cruvinel Guimarães da Costa, que me possibilitou aprendizagens únicas, por meio de incentivo e supervisão durante esta jornada.

Aos meus amigos particulares e aos meus colegas de trabalhos. Agradeço imensamente minha amiga Thaisa Aparecida que sempre esteve presente de forma positivo e animadora.

RESUMO

O câncer de colo uterino (CCU) é um tipo de câncer muito frequente entre mulheres em todo o Brasil. É considerado um problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento. Com o objetivo de verificar a epidemiologia de novos casos do CCU no Estado de Goiás, e realizar uma comparação com outros estados brasileiros, desenvolveu-se um estudo bibliográfico comparativo quanto à incidência da doença. Com o estudo, foi verificado que os estados com maiores índices foram Amazonas, Maranhã, Piauí e Mato Grosso do Sul. No estado de Goiás, a prevalência de novos casos foi menor. Nota-se a necessidade dos estados com maior incidência de CCU adotar programas preventivos, para conscientizar as mulheres dos fatores de risco da doença, sendo que, para todos os Estados do país, devem ser adotadas estratégias de esclarecimentos quanto á importância do Papanicolau para a prevenção do câncer de colo de útero.

Palavras-chave: Câncer de colo de útero. Epidemiologia. Fatores de risco. Incidência.

ABSTRACT

Cervical cancer (CC) is a very common cause of cancer in Brazil and is a leading cause of cancer mortality among women. It is considered a public health issue, particularly in developing countries. This bibliographic study was developed to verify the epidemiology of new cases of CC in the State of Goiás– Brazil, and to compare with other Brazilian states. So, it was possible to corroborate the states that have the highest incidence of the disease. This study demonstrated the states with the highest CC rates were Amazonas, Maranhão, Mato Grosso do Sul and Piauí. When compared to these states the prevalence of new cases of CC in Goiás State indicated to be lower. Thus, the states with higher rates of new cases of CC should adopt preventive programs for women to be aware of the risk factors of the disease. The Brazilian states should implement plans to elucidate the importance of the Papanicolaou tests from a screening perspective to diagnose and to prevent CC. Furthermore, there is a need to build capacity for CC control in all the states and the best strategy will depend on the region and must be developed to meet the needs of the population as well as available resources.

Keywords: Cervical cancer. Brazilian states. Incidence. Preventive program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 CARCINOGENESE	10
2.2 COLO DE ÚTERO	12
2.3 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	13
2.4 FATORES DE RISCO	15
2.5 CONTROLE	16
2.6 DIAGNÓSTICO	19
2.7 TRATAMENTO	20
2.8 PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL ..	23
2.9 ESTUDO COMPARATIVO DE DADOS COM OS ESTADOS BRASILEIROS	24
2.10 INCIDÊNCIA DE CASOS DE CÂNCER DE COLO NAS REGIÕES E ESTADOS BRASILEIROS	26
2.11 ESTIMATIVA DE CASOS DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM GOIÁS	29
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A doença do câncer de colo uterino, em situações em que é diagnosticada precocemente, tem grande possibilidade de cura. No entanto, as taxas de incidência e mortalidade ainda são bem elevadas no Brasil como um todo, não sendo diferente no Estado de Goiás, conforme é possível se observar da comparação com outros estados brasileiros.

O câncer de colo uterino tem sido considerado como um problema de saúde pública em alguns países em desenvolvimento, em virtude de apresentar taxas elevadas de prevalência e óbito em mulheres, principalmente aquelas de nível social e econômico inferior, e que se encontram na fase produtiva. O problema social é agravado porque tais mulheres, quando estão acometidas da doença, acabam sendo afastadas do mercado de trabalho, passam a ocupar leitos hospitalares, são privadas do convívio com os familiares, de forma que esta situação acaba acarretando um prejuízo social considerável.

O referido câncer, quando diagnosticado precocemente, apresenta grande probabilidade de cura, além de sua prevenção poder ser feita através das atividades de rastreamento, com destaque para a realização do exame de Papanicolau e as práticas de educação em saúde.

O câncer de colo uterino é bastante frequente na população feminina. Assim, questiona-se: Quais são os índices de mulheres com câncer de colo de útero distribuído por regiões no Brasil?

O câncer de colo, ainda que esta não seja a principal causa de morte em mulheres, é considerado uma doença preocupante pelos índices elevados de mulheres que morrem em decorrência da doença, o que justifica este estudo é conhecer a detecção precoce, incidência e mortalidade ocasionado por este tipo de câncer, e posteriormente comparar com as demais regiões do Brasil.

Obter os aspectos epidemiológicos que promovem a incidência do câncer de colo de útero no Estado de Goiás, no período de 2010 a 2016, foi o objetivo deste estudo, o qual será discutido no decorrer do texto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CARCINOGENESE

O corpo humano é todo formado por células que se organizam em tecidos e órgãos. As células normais se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. O câncer se desenvolve quando células anormais deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutação, que pode provocar danos em um ou mais genes de uma única célula. Os genes são segmentos do DNA (ácido desoxirribonucléico, o reservatório das moléculas de informação genética) que controlam as funções normais das células. Quando danificada, a célula se divide descontroladamente e produz novas células anormais. Se falham os sistemas de reparo e imunológico na tarefa de destruir e limitar essas células anormais, as novas vão se tornando cada vez mais anormais, eventualmente produzindo células cancerosas (INCA, 2016).

O câncer constitui-se como um processo patológico, iniciado na ocasião em que uma célula sofre transformação em virtude da mutação genética do DNA celular. Assim, tal célula anormal gera um clone e passa a proliferar-se de forma também anormal, não respeitando as sinalizações de regulação no crescimento do ambiente circunvizinho a célula. Por assim ser, as células ganham características invasivas, invadindo os tecidos, ocasionando modificações. Elas têm acesso aos vasos sanguíneos e linfáticos, transportando-se para outras partes do corpo, em um processo que é denominado de metástase (SMELTZER; BARF, 2002).

A célula cancerosa reproduz-se fora dos limites normais da divisão celular e pode invadir e colonizar regiões normalmente destinadas a outras células. Sem uma regulação, essas células dividem-se ininterruptamente e acumulam-se umas sobre as outras para formar tumores. O tumor é dito maligno quando as células migram para os tecidos adjacentes; quando as células não invadem os tecidos da vizinhança, o tumor é do tipo como benigno. A falha dos sistemas de reparo e imunológico na tarefa de destruir e limitar essas células anormais produz as células cancerosas (ALBERTS et al., 2004).

As células possuem um ciclo onde se multiplicam, crescem, diferenciam-se e morrem, cumprindo um controle genético e um sistema complexo de sinais bioquímicos. Esse controle genético é desempenhado por duas classes de genes específicos: os proto-oncogenese e os genes supressores de tumor. Os sinais bioquímicos que as células recebem, processam e

interpretam, com a finalidade de continuarem ou não se multiplicando, diferenciam-se devido a diversos fatores, quais sejam:

(a) Fatores de crescimento: transmitem sinais de uma célula para outra;

(b) Receptores de fatores de crescimento: localizam-se na superfície da célula e quando ativados iniciam o processo de transdução de sinal (emissão de moléculas que desencadeiam uma série de reações de fosforilação no interior da célula, enviando mensagens ao núcleo);

(c) Fatores de transcrição nuclear: regulam a atividade dos genes controladores do crescimento e proliferação celulares e interagem com os eventos da transdução de sinais (DOUGLAS, 2000).

As células cancerosas se dividem mais rapidamente do que as normais e geralmente são bem desorganizadas. Com o tempo, podem se empilhar umas sobre as outras, formando uma massa de tecido chamada tumor. Todo esse processo, em que uma célula normal se torna um tumor maligno ou câncer, pode levar muitos anos. O termo “estádio” é usado para descrever a extensão ou a gravidade do câncer. No estágio inicial, a pessoa tem apenas um pequeno tumor maligno. No avançado, o tumor, maior, já pode ter se espalhado para as áreas próximas (linfonodos) ou outras partes do corpo (metástases) (INCA, 2016).

Os cânceres são classificados de acordo com o tipo celular e o tecido dos quais derivam. Existem aproximadamente 200 tipos diferentes de câncer, dentre os quais destacam-se as categorias: carcinomas, sarcomas, leucemias e linfomas. Os carcinomas incluem os cânceres que se originam de células que formam a epiderme, tecidos que revestem os órgãos internos ou aqueles que formam as glândulas. Os sarcomas representam os cânceres que se originam dos tecidos conectivos como os ossos e cartilagens ou tecidos musculares. As leucemias e os linfomas estão relacionados, respectivamente, aos cânceres originados das células formadoras do sangue e das células do sistema imunológico ou de defesa (ALBERTS et al., 2004).

As doenças oncológicas são consideradas problema de saúde pública em função da elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e, acima de tudo, as consequências sobre a qualidade de vida do sujeito, bem como demandas de cuidado para os profissionais de saúde. A magnitude global dessa doença mais que dobrou em 30 anos, principalmente nos países em desenvolvimento e os principais fatores que contribuem para

isso são envelhecimento populacional e fragilidades dos programas de rastreamento (SILVA, 2014).

Enfim, o câncer é uma doença crônico-degenerativa, considerada um problema de saúde pública, tendo em vista sua alta incidência, prevalência, morbidade, mortalidade e demanda de cuidados para os familiares e profissionais da saúde. Tem por característica o crescimento desordenado e acelerado de células, que invadem tecidos e órgãos circunjacentes (DALLABRIDA et al., 2014).

2.2 COLO DE ÚTERO

O útero é uma parte do aparelho reprodutor feminino, cujo órgão situa-se no abdome inferior, localizando-se na parte de trás da bexiga e na frente do reto. O útero divide-se em corpo e colo, sendo o colo a porção inferior do útero, localizada no interior do canal vaginal (Figura 1) (BRASIL, 2013).

FIGURA 1 - Relações anatômicas do útero



Fonte: Brasil (2013).

O colo do útero tem uma parte interna, a qual forma o canal cervical ou endocérvice. Ele é coberto por apenas uma camada de células cilíndrico produtoras de muco – epitélio colunar simples. Chama-se de ectocérvice a parte externa, que fica ligada diretamente à vagina. Esta parte é envolta por um tecido composto por diversas camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado. Em meio a esses dois epitélios, apresenta-se a junção

escamocolunar (JEC), representada por uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, a depender da situação hormonal que a mulher apresente. Quando a mulher está na fase de infância ou no período pós-menopausa, normalmente a JEC fica no interior do canal cervical. Já no período da menacme, que é fase reprodutiva da mulher, a JEC costuma ficar no nível do orifício externo ou para fora desse – ectopia ou eversão (BRASIL, 2013).

O epitélio colunar tem contato direto com um ambiente vaginal ácido, hostil a tais células. Desta forma, as células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, através de metaplasia, se tornam células melhor adaptadas (escamosas), originando um novo epitélio, que se encontra entre os epitélios originais, denominado de terceira mucosa ou zona de transformação. É possível que ocorra nessa região a obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, que vão originar estruturas císticas desprovidas de significado patológico, denominadas Cistos de Naboth (BRASIL, 2013).

O colo uterino apresenta-se envolvido em diversas camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de maneira bem ordenada. Em se tratando de neoplasias intra-epiteliais, a estratificação se mostra fora de ordem (BRASIL, 2002).

2.3 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

De acordo com a última estimativa mundial, essa neoplasia foi responsável por de 265 mil óbitos em mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. A última informação para mortalidade no Brasil aponta que ocorreram, em 2013, 5.430 mortes por câncer do colo do útero em mulheres. A sobrevivência em cinco anos para esse tipo de câncer obteve melhora ao longo dos anos, variando de menos de 50% para mais de 70% em todo o mundo, de uma forma geral. No Brasil, para o período de 2005 a 2009, a sobrevivência ficou em torno de 61% (BRASIL, 2016).

As neoplasias de câncer de colo uterino têm origem no epitélio de revestimento da ectocérvice ou nas células epiteliais que revestem as glândulas da endocérvice. De crescimento lento, essas células são caracterizadas pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente, e pelo potencial para invadir estruturas e órgãos, contínuos ou à distância (DALLABRIDA et al., 2014).

A progressão do câncer do colo do útero, normalmente ocorre de maneira lenta, ocorrendo fases pré-clínicas passíveis de serem detectadas e curadas. Este, dentre as diversas modalidades de câncer, se mostra como possuidor de um dos mais elevados potenciais de prevenção e cura. Observa-se a maior incidência em mulheres com idade entre 40 e 60 anos, e somente uma ínfima porcentagem em mulheres com idade inferior a 30 anos (BRASIL, 2013).

O câncer de colo de útero é o segundo câncer mais incidente em mulheres no Brasil, após o câncer de pele não melanoma. A taxa de mortalidade pelo câncer de colo de útero tem demonstrado uma tendência de queda nas capitais dos estados de todas as regiões geográficas brasileiras (COSTA et al., 2011).

Estudos revelam que o câncer do colo do útero representa aproximadamente 15% da totalidade das modalidades de cânceres que atingem as mulheres, ocupando o 2º lugar no ranking de câncer mais frequentemente detectados em mulheres em todo o mundo. Existem países em desenvolvimento nos quais este tipo de câncer se destaca como o mais comum em mulheres, mas em países desenvolvidos ele chega a ocupar a sexta posição (BRASIL, 2013).

Como se trata de uma neoplasia maligna feminina que se inicia com transformações intraepiteliais, de caráter progressivo, caso não seja detectado precocemente e por ser normalmente assintomático no estágio inicial de desenvolvimento, acredita-se que leve à invasão de órgãos e estruturas em todos os casos (AMORIM, 2009).

Para a revisão das diretrizes, no que se refere ao método de rastreamento, à faixa etária, à periodicidade de realização do exame citopatológico e às condutas clínicas frente aos seus resultados, foi estabelecido um processo que envolveu as etapas de revisão, análise crítica e síntese da literatura médica publicada, amplo debate das evidências encontradas e consenso de diretrizes, incluindo sua categorização em função de força de recomendação na qual se baseiam (INCA, 2011). A efetividade do programa de controle do câncer do colo do útero é alcançada com a garantia da organização, da integralidade e da qualidade dos serviços, bem como do tratamento e do seguimento das pacientes (BRASIL, 2016).

2.4 FATORES DE RISCO

Destaca-se como consequência do acometimento com o câncer de colo do útero a alteração do órgão, ocorrendo o crescimento tumultuado das células, notadamente, o colo, em virtude do seu contato direto com a vagina (BRASIL, 2016). Considera-se como sendo fatores de risco de câncer do colo do útero o número elevado de parceiros e a história de infecções transmitidas pelas relações sexuais (da mulher e de seu parceiro); a precocidade do início da vida sexual e a multiparidade. Contudo, estudos epidemiológicos ainda indicam outros fatores, com papel ainda não conclusivo, dentre os quais se destacam o tabagismo, alimentação carente de certos micronutrientes, notadamente de vitamina C, beta caroteno e folato, e a ingestão de anticoncepcionais (BRASIL, 2014).

É possível dividir-se os fatores de risco relativos à oncogênese cervical em duas grandes classes: os documentados experimentalmente e os clínicos ou epidemiológicos. Os classificados englobam, no primeiro grupo, os fatores imunológicos (resposta imune local e humoral), a associação com Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (AIDS), os fatores genéticos (como o polimorfismo da proteína p53), o tabagismo e a utilização por longos períodos de contraceptivos orais. Com relação aos fatores de risco clínicos ou epidemiológicos, é interessante destacar o começo precoce da vida sexual, a diversidade de parceiros, a multiparidade e a história de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (ANJOS et al., 2010).

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Infecções persistentes por HPV podem levar a transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para lesões intraepiteliais precursoras do câncer do colo do útero, as quais, não diagnosticadas e tratadas oportunamente, evoluem para o câncer do colo do útero. A infecção por HPV é a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum em todo o mundo e a maioria das pessoas sexualmente ativas, homens e mulheres, terá contato com o vírus durante algum momento da vida. Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo apresentam infecção por HPV em algum período da vida, correspondendo a uma prevalência de 10,4%. Entretanto, mais de 90% dessas novas infecções por HPV regridem espontaneamente em seis a 18 meses. Existem hoje 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela IARC (International Agency for Research on Cancer) (BRASIL, 2016).

Pesquisas realizadas mais recentemente revelaram que o vírus do papiloma humano (HPV) possui uma função fundamental no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais, bem como na sua transformação em células cancerosas. Conclui-se que este vírus se faz presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2011).

Os estudiosos afirmam que a infecção pelo papilomavírus humanos (HPV) pode ser a causa primária do câncer do colo do útero, de forma que há uma prevalência dele na lesão do colo que supera os 98% e dois subtipos do vírus (16 e 18) estão presentes em mais de 80% dos casos de câncer invasor. Este, ainda, uma relação direta com co-fatores, doenças diversas sexualmente transmissíveis, com destaque para a presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o uso de tratamento imunossupressivo e história de transplante de órgãos e o tabagismo (LINHARES; VILLA, 2006).

As formas de HPV que mais frequentemente estão relacionados com o câncer de colo uterino são o HPV16 e o HPV18. Trabalhando em conjunto com o HPV, e reconhecendo a multicausalidade da patologia, vários outros fatores auxiliam na etiologia desta modalidade de tumor, sendo estes: tabagismo, hipovitamina, uso de contraceptivos (BRASIL, 2007).

2.5 CONTROLE

Há possibilidade de controle, por intermédio da realização do rastreamento periódico de alterações citopatológicas, presentes no exame do esfregaço cervical, em que as lesões tendem a progredir, de estágios iniciais até o carcinoma invasivo, quando as alterações celulares ocorrem com mais intensidade e a desordem das células alastra-se no tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio. Tais lesões, quando não são devidamente tratadas, na maior parte dos casos, evoluem para o carcinoma invasor do colo do útero (AMORIM, 2009).

Por conta dos índices elevados de casos de câncer desta natureza, bem como dos números muito altos de óbitos em virtude desta doença, a prevenção da enfermidade ganhou uma relevância maior, elevando-o à categoria de problema de saúde pública, pois representa um alto risco para a vida das mulheres, razão pela qual é de extrema importância que os serviços de saúde trabalhem a capacitação dos profissionais para que possam orientar as mulheres, família e a sociedade de um modo geral, acerca da importância do exame

preventivo e os fatores considerados de risco para o câncer de colo de útero (SOARES et al., 2010).

O câncer do colo do útero é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A NIC é categorizada em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas. Os graus mais graves da NIC (II e III) apresentam uma maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas e, devido à sua maior probabilidade de progressão para o câncer, se deixadas sem tratamento (BRASIL, 2011).

Em função do conhecimento epidemiológico da neoplasia disponível acredita-se na teoria de progressão contínua das lesões, desde a NIC I até o carcinoma invasivo. As alterações celulares decorrentes da infecção por vírus do papiloma humana (HPV) e as compatíveis com NIC I foram denominadas lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau. As alterações compatíveis com NIC II e NIC III formam a categoria de lesão escamosa intraepitelial de alto grau (BRASIL, 2014).

A princípio, a prevenção do câncer do colo do útero pode ser feita por meio da utilização de preservativos no momento da relação sexual. Portanto, o sexo seguro se mostra como uma das maneiras de prevenir-se contra o contágio pelo HPV, vírus que tem uma função muito importante no que diz respeito ao desenvolvimento de lesões precursoras e do câncer (GERK, 2002).

No Brasil, tem-se utilizado como estratégia para detectar precocemente a lesão precursora e diagnóstico precoce do câncer (prevenção secundária) a submissão das mulheres ao exame preventivo do câncer do colo do útero, o qual é conhecido em meio à população como exame de Papanicolaou. Tal exame está disponível nos postos ou unidades de saúde que dispõem de profissionais da saúde habilitados para realizá-lo (FERNANDES et al., 2001).

O exame Papanicolaou é feito coletando-se material citológico extraído do colo do útero, por meio da introdução de um espéculo vaginal, ocasião em que é feita a escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo (BRASIL, 2014). O exame é feito com a utilização de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os critérios para realização do exame de Papanicolaou, nos termos do laudo citológico são:

- negativo para câncer: caso o primeiro resultado dê negativo, precisa ser realizado outro exame preventivo dentro de um ano;
- alteração (NIC I): repete-se o exame dentro de 6 meses;
- outras alterações (NIC II e NIC III): caberá ao médico decidir sobre a melhor conduta a ser adotada. Aconselha-se a realização de novos exames, como a colposcopia;
- infecção pelo HPV: é necessário repetir o exame em 6 meses;
- amostra insatisfatória: a quantidade de material não foi suficiente para realizar o exame. Precisa ser repetido o exame o mais rápido possível.

Porém, seja qual for o resultado, pode ocorrer de a mulher ser portadora de alguma outra infecção, devendo ser tratada corretamente. Não raras vezes é necessário que o parceiro da mulher enferma também se submeta ao tratamento, sendo interessante que ela procure o serviço de saúde a fim de receber as orientações diretamente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunização (PNI), no ano de 2014, ampliou o Calendário Nacional de Vacinação, introduzindo a vacina quadrivalente contra o papilomavírus humano (HPV) no Sistema Único de Saúde (SUS). A ministração da vacina, juntamente com as ações que já existe para o rastreamento do câncer do colo do útero, tornará possível, nas décadas vindouras, a prevenção dessa doença, a qual já representa a quarta principal causa de óbitos por neoplasias entre mulheres no Brasil (BRASIL, 2014).

De acordo com Araújo (2014), no Brasil existem dois tipos de vacina desenvolvidas para combater o HPV, quais sejam: bivalente e quadrivalente. No entanto, as duas protegem contra, no máximo, quatro tipos do vírus, embora existam mais de 100, ou seja, mesmo tomando a vacina, a pessoa não está totalmente protegida contra a doença. A vacina bivalente foi desenvolvida para proteger contra os tipos 16 e 18, sendo necessária a administração de três doses, sendo aplicada no Brasil somente em mulheres maiores de 10 anos. No que diz respeito à quadrivalente, oferece proteção contra os HPV's 6, 11, 16 e 18, evitando os cânceres de colo do útero, vagina, vulva e ânus, além das verrugas genitais.

Enfim, a prevenção do câncer de colo uterino precisa englobar uma série de ações educativas, que objetivem alcançar grande parte das mulheres em situação de risco, sendo, também, de extrema importância a submissão ao exame Papanicolaou. Por meio de programas de prevenção clínica e ações educativas, é possível levar às mulheres informações acerca da

forma como podem se prevenir contra a doença, bem como quanto as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, prognóstico e a qualidade de vida, o mesmo ocorrendo com outros tipos de câncer (GOMES NETO, 2013).

2.6 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do carcinoma de colo uterino baseia-se em dados de anamnese e exame físico, além de exame de citologia oncológica cervicovaginal, colposcopia e biópsia. O carcinoma do colo do útero pode apresentar quadro clínico variável, desde a ausência de sintomas (fase pré-invasora ou em estádios iniciais) até quadros de sangramento vaginal anormal, seja por aumento do fluxo menstrual, sangramento vaginal intermitente, intermenstrual em mulheres na menacme, sangramento na pós-menopausa ou sangramento pós-coito (sinusorragia) (FERNANDES JUNIOR et al., 2011).

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

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

Em mulheres com uma lesão visível e grosseiramente invasiva, o diagnóstico é estabelecido pela biópsia da mesma. Mulheres sem lesões aparentes e com um exame de citologia oncológica anormal devem ser submetidas à colposcopia com biópsia dirigida das lesões suspeitas. Um exame colposcópico adequado deve visualizar toda a junção escamocolumar e todas as lesões suspeitas devem ser submetidas a exame anatomopatológico (DIZ; MEDEIROS, 2009).

A colposcopia é uma técnica que torna possível a ampliação dos tecidos do trato genital inferior. Trata-se de um exame diagnóstico, topográfico, que é eficaz para orientar e dirigir biópsias, usada para reconhecer as zonas patológicas (CORRÊA, 2013).

Pinheiro (2016) cita que de acordo com o Ministério da Saúde, os critérios para realização do exame de Papanicolau de acordo com o laudo citológico são os seguintes:

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

Os estudos revelaram a existência de uma fase pré-clínica ou assintomática, do câncer do colo do útero, onde há a detecção de possíveis lesões precursoras, por meio da submissão periódica ao exame preventivo. De acordo com a progressão da doença, tem-se como principais sintomas do câncer do colo do útero: sangramento vaginal, corrimento e dor (BRASIL, 2011).

2.7 TRATAMENTO

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

Existem diversos tipos de tratamento, razão pela qual deve haver a avaliação de um médico, o qual vai orientar sobre o tipo de tratamento adequado para cada caso. Porém, dentre os tratamentos existentes, os mais comumente utilizados para o câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia. A escolha pelo tratamento a ser realizado vai depender do

estadiamento da enfermidade, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos (SILVEIRA, 2005).

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

No estágio IA2, a profundidade de invasão estromal é de 3 a 5 mm e a extensão superficial é de até 7 mm. Histerectomia radical modificada (tipo II de Rutledge e Piver), que envolve colpectomia do terço superior de vagina, ressecção de metade dos ligamentos útero-sacros e paramétrios, associando-se à linfadenectomia pélvica. Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica pode ser indicada em pacientes que manifestam o desejo de gestar. Radioterapia exclusiva está indicada em casos de pacientes não-elegíveis para cirurgia (BRASIL, 2006).

O estádios IB e IIA, o tamanho do tumor é fator relevante na escolha do tratamento inicial. Lesões menores do que 4 cm nos estádios IB1 ou IIA devem ser adotados: histerectomia abdominal radical tipo III, também pode ser indicada a histerectomia radical tipo II para lesões menores do que 2 cm; a traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica: para pacientes sem prole definida e com tumor até 2 cm; histerectomia radical vaginal com linfadenectomia pélvica: para casos selecionados; radioterapia externa e braquiterapia para pacientes com contra-indicação clínica para cirurgia. Nos casos de obesidade mórbida, em que a eficiência da radioterapia isolada pode ser comprometida, pode-se considerar o tratamento quimiorradioterápico concomitante (BRASIL, 2006).

Indicações da Radioterapia associada ou não à quimioterapia (pós-operatória) destacam-se: margens cirúrgicas da vagina comprometidas por carcinoma: braquiterapia de cúpula vaginal; metástase ovariana; metástase para linfonodos pélvicos; invasão do tecido parametrial; tumor maior do que 4 cm, achado na peça operatória; adenocarcinoma, principalmente G III, invasão do estroma cervical no terço externo e invasão do espaço linfovascular são considerados critérios de alto risco e a complementação radioterápica pode ser indicada. Se houver comprometimento das margens da vagina por neoplasia intraepitelial, é indicada a realização de propedêutica adequada para colpectomia (BRASIL, 2006).

Lesões maiores do que 4 cm nos estádios IB2 ou IIA adotam-se quimiorradioterapia concomitante: a droga indicada pelo serviço de oncologia clínica do INCA é a cisplatina, na dose semanal de 40 mg/m², durante o curso da radioterapia externa; e radioterapia exclusiva quando houver contra-indicação ao uso de agentes quimioterápicos (BRASIL, 2006).

Nos estádios IIB, IIIA, IIIB e IVA, a quimiorradioterapia concomitante será feita da mesma forma que para o estágio IB2. Tratamento cirúrgico paliativo para estágio IVA: derivações intestinais ou urinárias podem ser indicadas. Pacientes, em estágio clínico IVA, com fístula vésico-vaginal ou retovaginal, podem ser candidatas à exenteração pélvica, na dependência do estado geral e PS da paciente ou receber radioterapia paliativa (BRASIL, 2006).

O câncer do colo do útero em estágio IVB é uma doença incurável. São controversos os tratamentos do câncer avançado do colo uterino, sendo a quimioterapia, radioterapia e cirurgia consideradas paliativas e indicadas de acordo com cada caso. Deve-se avaliar a necessidade da radioterapia anti-hemorrágica. Como tratamento, a quimioterapia e radioterapia devem ser consideradas somente quando incluídas em protocolo (BRASIL, 2010). As pacientes não serão submetidas à quimioterapia, principalmente se as escórias estiverem elevadas (BRASIL, 2006).

A opção terapêutica entre cirurgia ou radioterapia depende da preferência e idade da paciente, comorbidades, índice de massa corpórea (IMC), sendo que pelo menos duas situações contraindicam o tratamento cirúrgico: idade superior a 65 anos e IMC acima de 30 kg/m². A radioterapia pós-operatória é o tratamento padrão em mulheres com metástases linfonodais, pois diminui as recidivas locais, todavia, não existem estudos controlados que demonstrem melhora na sobrevida global. Um grande volume tumoral, invasão profunda do estroma, margens parametriaes ou vaginais comprometidas e invasão do espaço linfovascular são também fatores de mau prognóstico, sendo nestes casos indicada a radioterapia pós-operatória (FERNANDES et al., 2011).

Nos casos de lesão neoplásica maligna do colo de útero a conduta terapêutica deve ter como base o diagnóstico, estadiamento e prognóstico da doença. Tendo como parâmetro o diagnóstico feito através da biópsia, o tratamento é indicado levando em consideração a avaliação da localização, tamanho e tipo histológico do tumor, a idade e as condições gerais de saúde da mulher. Em situações em que a doença ainda está no estadiamento inicial, a cirurgia torna possível a retirada por completo do tumor e gera maiores oportunidades de cura.

A indicação da associação da radioterapia e/ou quimioterapia ao tratamento deve ser permeada pelo estadiamento da enfermidade e as características do tumor (FRIGATO; HOGA, 2003).

Em caso de tratamentos adjuvantes, braquiterapia vaginal é feito utilizando-se de cilindros ou colpostatos, isoladamente ou em combinações à radioterapia pélvica. Neste tipo de tratamento são usadas quatro inserções, respeitando-se intervalos semanais ou bi-semanais, na dose de 6Gy/inserção (BAIOCCHI NETO, 2010).

2.8 PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL

O câncer do colo do útero é considerado um importante problema de saúde pública. Cerca de 70% dos casos diagnosticados de câncer do colo do útero ocorrem em regiões menos desenvolvidas e, quase um quinto ocorre na Índia. A taxa de incidência do câncer do colo do útero vem diminuindo, ao longo das últimas três décadas, na maioria dos países em processo de transição socioeconômica. Tal fato reflete, principalmente, as implementações de programas de prevenção. Geralmente a doença começa a partir dos 30 anos e aumenta seu risco rapidamente até atingir as faixas etárias acima de 50 anos (BRASIL, 2016).

O controle do câncer do colo do útero foi definido como prioridade nas políticas públicas de saúde no Brasil, devido a sua alta incidência, morbidade e mortalidade. Em estudos realizados por Thuler, Bergmann e Casado (2012) ao descreverem as características demográficas e clínicas da população com câncer do colo do útero no país, diagnosticada no período de 2000 a 2009, verificaram que no Brasil, mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero eram em sua maioria jovens, de cor parda, com baixa escolaridade, casadas, apresentaram estadiamento avançado ao diagnóstico e evoluíram sem evidencia de doença ou para remissão completa ao final do primeiro tratamento.

Em estudos realizados por Lima et al. (2011) verificaram que as pacientes acometidas com câncer de colo de útero, 68% não realizaram exames periódicos. Apesar de todos os programas de prevenção oferecidos pelo Ministério da Saúde, ainda persiste um grande contingente de mulheres que não têm acesso ou desconhecem a necessidade de realizar os

exames preventivos periódicos. As diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras.

Ao se observar a faixa etária das mulheres nos diversos tipos de câncer estudados foi observado: colo uterino 14 casos (14,4%) na faixa etária de 46 a 50 anos, o que condiz com dados da literatura que refere maior incidência na faixa etária de 40 a 50 anos. As taxas de incidência de lesão pré-invasora do câncer de colo tem aumentado nas mulheres mais jovens, podendo-se pressupor que tais resultados ocorram devido ao início precoce da atividade sexual (SOARES; SILVA, 2010).

O início da coleta dos exames citopatológicos deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual, com intervalo entre os exames de 3 anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Devem ser realizados até os 64 anos, podendo ser interrompidos após essa idade, quando as mulheres tiverem, pelo menos, dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos. Para as mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram o preventivo, realizam-se dois exames com intervalo de 1 a 3 anos, se ambos forem negativos essas mulheres serão dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2010).

2.9 ESTUDO COMPARATIVO DE DADOS COM OS ESTADOS BRASILEIROS

Estudos revelam que é bastante considerável o número de pessoas acometidas com o câncer de colo do útero no Brasil, situação que se agrava um pouco em algumas regiões do país. Diante disto, é importante conhecer a realidade brasileira, para verificar se é possível investir maiores esforços na prevenção, controle e cura da doença.

O quadro abaixo traz os números referentes às estimativas de incidência da doença para este ano em todos os estados do Brasil, com destaque para os números relativos às capitais brasileiras.

TABELA 1 - Estimativa referente às incidências de casos de câncer de colo do útero nos estados Brasileiros para o ano de 2016

Estado	Total da População do Estado	Número de casos no Estado	Número de casos na capital
São Paulo	44.846.530	2120	720
Rio de Janeiro	16.690.709	1490	550
Bahia	15.276.566	1180	270
Minas Gerais	21.024.678	1030	170
Maranhão	6.954.036	970	230
Pernambuco	9.410.336	970	150
Ceará	8.980.879	960	300
Rio Grande do Sul	11.286.500	870	150
Paraná	11.242.720	860	140
Pará	8.272.724	820	260
Amazonas	4.001.667	680	520
Goiás	6.695.855	600	70
Santa Catarina	6.910.553	510	30
Piauí	3.212.180	410	140
Mato Grosso	3.305.531	360	160
Paraíba	3.999.415	330	80
Mato Grosso do Sul	2.682.386	330	130
Alagoas	3.358.963	300	100
Espírito Santo	3.973.697	300	20
Rio Grande do Norte	3.474.998	290	100
Sergipe	2.265.779	220	50
Tocantins	1.523.902	180	20
Rondônia	1.787.279	110	50
Amapá	782.295	80	60
Acre	816.687	70	50
Roraima	514.229	30	30
Brasil	-	16.340	4.550

Fonte: INCA (2015).

Analisando os dados constantes da tabela acima e fazendo a comparação entre a população e o número de casos de câncer do colo uterino nos estados brasileiros, observa-se que, por exemplo, os estados de Pernambuco (9.410.336 habitantes), Ceará (8.980.879 habitantes) e Maranhão (6.954.036 habitantes) possuem população menor que Rio Grande do Sul (11.286.500 habitantes), Paraná (11.242.270 habitantes) e Pará (8.272.724 habitantes), contudo, apresentam um maior número de casos de câncer deste tipo, quando comparados aos municípios mais populosos, apresentando 970, 960 e 970, casos de câncer do colo do útero, respectivamente (Tabela 1).

No caso do Estado do Amazonas, que possui população de 4.001,667, por exemplo, apresenta um número maior de casos quando comparado com Goiás, que tem população de 6.695.855 (Tabela 1).

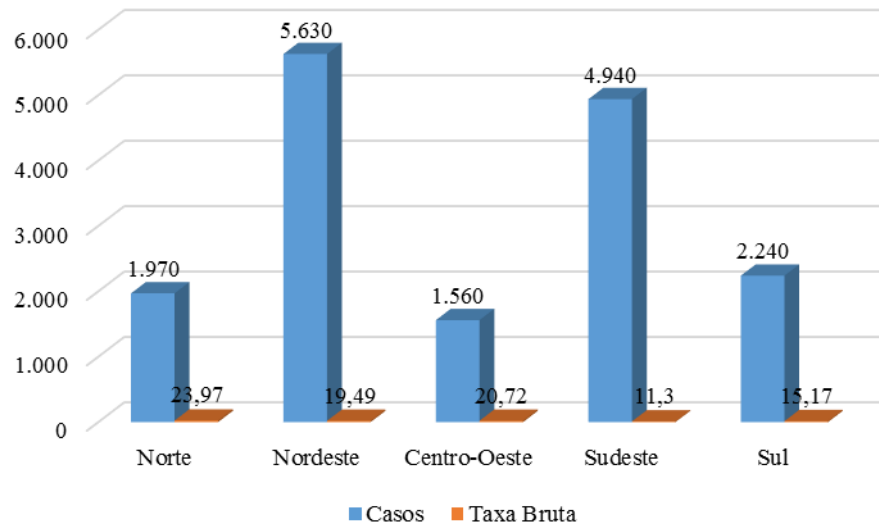
Outro ponto que merece destaque é que, dentre os estados mais populosos, Bahia e Rio de Janeiro apresentam uma maior proporção de casos, proporcionalmente a sua população. As capitais estaduais que apresentam uma maior proporção de casos, comparados ao número total observado no estado, são Amazonas e Ceará, com 520 e 300 casos, respectivamente (Tabela 1).

No entanto, em estudos realizados pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2015) apresentaram que são esperados para o ano de 2016 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer do colo de útero é o primeiro mais incidente na Região Norte (23,97/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), ocupa a segunda posição; na Região Sudeste (11,30/100 mil), a terceira; e, na Região Sul (15,17/100 mil), a quarta posição. Observa-se, portanto, que a maior incidência deste tipo de câncer é verificada na Região Norte do país.

2.10 INCIDÊNCIA DE CASOS DE CÂNCER DE COLO NAS REGIÕES E ESTADOS BRASILEIROS

O câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte, com 23,97 para cada 100 mil habitantes. Nas Regiões Centro-Oeste são 20,72 e Nordeste 19,49/100 mil, em 100 mil habitantes, ocupando a segunda posição. Já na Região Sudeste apresentam-se 11,30, para cada 100 mil pessoas, o que lhe dá a terceira posição no ranking; e, na Região Sul são 15,17 casos para cada, o que equivale à quarta posição (Gráfico 1). Verifica-se que a maior taxa bruta de incidência de câncer de colo do útero foi para a Região Norte (23,97%).

GRÁFICO 1 -Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer de colo de útero por região



Fonte: Brasil (2016).

Na tabela 2 é apresentada a epidemiologia de casos novos de câncer de colo de útero para o ano de 2016. Foi observado que os estados da Região Norte que apresentaram maior percentual foram Amazonas (17%), Tocantins (11,8%) e Amapá (10,3%). Na Região Nordeste destacaram-se os estados do Maranhão (13,9%), Piauí (12,7%) e Ceará (10,7%).

De acordo com as informações do Instituto Nacional do Câncer (Inca), o Amazonas é o estado com mais incidência de câncer de colo de útero (BRASIL, 2016). São 37 casos a cada 100 mil mulheres, de acordo com a estimativa para 2016 e 2017. Ainda segundo dados do Inca, Manaus também é a capital brasileira com mais incidência. Justifica-se que esta alta prevalência se deve à falta de acesso à informação e vida sexual precoce e desprotegida.

Na Região Centro-Oeste, verificou que o estado com maior percentual epidemiológico foi o estado do Mato Grosso do Sul (12,3%), sequencialmente foi Mato Grosso (10,9%), e Goiás (8,9%), ou seja na referida região o estado de Goiás se apresentou com o menor percentual. Na Região Sudeste o maior percentual epidemiológico observado foi nos Estados

do Rio de Janeiro (8,9%), Espírito Santo (7,5%) e Minas Gerais (4,9%). Na Região Sul verificou-se que o Rio Grande do Sul apresentou (7,7%), Paraná 7,6% e Santa Catarina (7,3%) (Tabela 2).

TABELA 2 - Epidemiologia de casos novos de câncer de colo de útero para o ano de 2016

Estado	Total da População do Estado	Casos	Taxa Bruta	Epidemiologia (%)
Região Norte				
Amazonas	4.001.667	680	37,14	17%
Tocantins	1.523.902	180	27,33	11,8%
Amapá	782.295	80	22,14	10,3%
Pará	8.272.724	820	20,52	9,9%
Acre	816.687	70	18,15	8,6%
Rondônia	1.787.279	110	13,83	6,7%
Roraima	514.229	30	15,15	6%
Região Nordeste				
Maranhão	6.954.036	970	28,57	13,9%
Piauí	3.212.180	410	24,51	12,7%
Ceará	8.980.879	960	20,62	10,7%
Pernambuco	9.410.336	970	20,23	10,3%
Sergipe	2.265.779	220	20,17	10,1%
Alagoas	3.358.963	30	17,54	9%
Paraíba	3.999.415	330	16,21	8,8%
Rio Grande do Norte	3.474.998	290	17,25	8,3
Bahia	15.276.566	1.180	15,01	7,7%
Região Centro-Oeste				
Mato Grosso do Sul	2.682.386	330	26,73	12,3%
Mato Grosso	3.305.531	360	22,24	10,9%
Goiás	6.695.855	600	18,76	8,9%
Região Sudeste				
Rio de Janeiro	16.690.709	1.490	16,90	8,9%
Espírito Santo	3.973.697	300	16,05	7,5%
Minas Gerais	21.024.678	1.030	9,63	4,9%
São Paulo	44.846.530	2.120	9,50	4,7%
Região Sul				
Rio Grande do Sul	11.286.500	870	15,14	7,7%
Paraná	11.242.720	860	14,97	7,6%
Santa Catarina	6.910.553	510	15,57	7,3%

Fonte: INCA (2015).

Ao comparar os demais estados com o estado de Goiás, percebeu que estes não se encontram entre os estados com maior incidência deste tipo de doença. Segundo dados do

Inca, o câncer de colo de útero é o terceiro mais incidente em mulheres, com 15,85 casos novos a cada 100 mil mulheres, perdendo apenas para o câncer de Mama e câncer de Cólon e Reto. Entre as regiões do país, o Norte fica em primeiro lugar com o maior número de incidência da doença (BRASIL, 2016).

2.11 ESTIMATIVA DE CASOS DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM GOIÁS

A estimativa de casos de câncer de colo de útero para o ano de 2016 é de 600 casos para o estado de Goiás (INCA, 2015). Em estudo realizado na cidade de Anápolis, Goiás, com 4.821 mulheres atendidas pela Unidade de Ações e Saúde de Mulheres e do Adolescente, encontraram a prevalência de positividade para alterações citológicas em 100 casos; destes, 79% representavam diagnóstico de LSIL, 18% de HSIL, 3% de carcinoma invasivo. A faixa etária de maior frequência foi de 40 a 49 anos (FONSECA; SILVEIRA; PACHECO, 2011).

Batista et al. (2012), com o objetivo de avaliar a prevalência de câncer de colo do útero e infecções genitais em mulheres atendidas no serviço de saúde pública de Goiânia-GO, realizaram um estudo retrospectivo dos laudos dos exames citopatológicos das mulheres atendidas nas Unidades de Atenção Básica em Saúde (UABS) de Goiânia-GO, entre 03/2006 a 05/2008. Os esfregaços citológicos foram analisados no Centro de Análises Clínicas Rômulo Rocha da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás (CACRR/FF/UFG). Foram incluídas no estudo um total de 15.615. A mediana de idade foi de 33 anos (14-93 anos), a maioria (57,6%) tinha entre 20 e 39 anos e 6,6% eram < 20 anos de idade. Mais de 50% dos casos de infecção entre adultas e adolescentes eram causados por *Gardnerellavaginalise* 13,6% por *Trichomonasvaginalis*. Entre mulheres mais jovens (20-39 anos), 16,9% das infecções foi causada por *Candidasp*. Aproximadamente 7,6% dos esfregaços avaliados apresentaram alterações celulares, sendo 4,9% células escamosas atípicas de significado indeterminado/lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (ASC-US/LSIL) para as mulheres entre 20-29 anos e 2,6% células escamosas atípicas com possível lesão de alto grau/lesão intraepitelial escamosa de alto grau e células glandulares atípicas (ASC-H/+) para mulheres entre 20 e 49 anos. Assim, concluíram que as lesões graves em mulheres jovens chamam atenção para a necessidade de políticas de saúde pública que reforcem a importância do Papanicolaou para a prevenção do colo de útero.

A partir de 2006, no Brasil a estimativa das taxas brutas de incidência de câncer de colo do útero é feita a cada 2 anos. Assim, buscou-se os número relativos ao Estado de Goiás desde o ano de 2010, tendo como parâmetro de avaliação cada 100 mil habitantes.

No ano de 2010 foram identificados 610 casos, que significa uma taxa bruta de 19,70 (BRASIL, 2010). No ano de 2012 foram identificados 750 casos da doença, o que equivale a uma taxa bruta de 24,19 (BRASIL, 2012).

Em 2014 foram verificados 620 casos, o que representou uma taxa bruta de 19,66% (BRASIL, 2014). Por fim, em 2016 foram de 600 casos, com taxa bruta de 18,76, conforme se vê da tabela (BRASIL, 2016).

TABELA 3 - Incidência de casos de câncer do colo do útero em Goiás no período de 2010 a 2016, a cada 100.000 habitantes

Ano	Nº de casos	Taxa Bruta
2010	610	19,70
2012	750	24,19
2014	620	19,66
2016	600	18,76

Portanto, observa-se que no ano de 2012 houve um aumento no número de casos de câncer do colo do útero observados em Goiás. Contudo, a taxa começou a diminuir a apartid e 2014, chegando à menor incidência no ano de 2016, comparados ao período de de 2010 a 2014.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo, foi verificado que embora Goiás apresente uma taxa preocupante de incidência e câncer do colo do útero, ele não se encontra dentre os que apresentam maior número de casos. Os dados revelam que os estados com maiores índices foram encontrados nos estados Amazonas, Maranhão, Piauí e Mato Grosso do Sul.

A escassez de informação se mostra como a causa principal do aumento do número de casos de câncer desta natureza, razão pela qual, para os estados com maiores índices de novos casos devem ser adotados programas preventivos, a fim de conscientizar as mulheres dos fatores de risco relacionados à doença, bem como quanto às formas de prevenção. Porém, fica evidente que o êxito dos programas de prevenção depende do estabelecimento de intervenções mais humanizadas, para assim utilizar serviços preventivos.

No estado de Goiás, também é importante que se tenha políticas de saúde pública, com o que será possível reduzir a incidência de novos casos, notadamente por meio de um trabalho de esclarecimentos quanto a importância do Papanicolaou para a prevenção do colo de útero.

Portanto, de acordo com os dados encontrados na pesquisa, a perspectiva é bastante positiva para 2016 com relação ao número de casos de câncer do colo do útero, pois houve uma queda na taxa bruta desde 2014, apresentando uma queda maior no ano de 2016. Ressalta-se que de 2010 a 2016, a maior taxa foi observada no ano de 2012.

REFERÊNCIAS

- ALBERTS, B.; JOHNSON, A.; LEWIS, J.; RAFF, M.; ROBERTS, K.; WALTER, P. *Biologia Molecular da Célula*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 1463.
- AMORIM, L. T. de. *Um dilema feminino: o câncer do colo do útero*. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.
- ANJOS, S. de J. S. B.; VASCONCELOS, C. T. M.; FRANCO, E. S.; ALMEIDA, P. C.; PINHEIRO, A. K. B. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.44, n.4, p.912-920, dez. 2010.
- ARAUJO, A. P. *Vacina contra HPV é uma das principais armas de combate ao vírus*. mar. 2014. Não paginado. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/materias/13911-vacina-contra-hpv-e-uma-das-principais-armas-de-combate-ao-virus>>. Acesso em: 12 out. 2016.
- BAIOCCHI NETO, G. *Manual de condutas em ginecologia oncológica*. São Paulo: FAP, 2010. 68p. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/files/pdf/manual-de-condutas-ginecologia/manual-conduta-palm.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.
- BATISTA, M. L. S.; CINTRA, A. C. F.; SANTOS, J. P. C.; MARTINS, P. D.; RIBEIRO, A. A.; TAVARES, S. B. N.; PASSOS, X. S.; ALCÂNTARA, K. C. Resultados citopatológicos de mulheres que realizaram exame do colo do útero em um laboratório escola da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO: estudo de prevalência. *Journal of the Health Sciences Institute*, v.30, n.3, p. 201-205, 2012.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e de mama*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 59p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA (Instituto Nacional de Câncer), 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Incidência de câncer no Brasil: Estimativa 2012*. Rio de Janeiro: INCA (Instituto Nacional de Câncer), 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Incidência de câncer no Brasil: Estimativa 2014*. Rio de Janeiro: INCA (Instituto Nacional de Câncer), 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Incidência de câncer no Brasil: Estimativa 2016*. Rio de Janeiro: INCA (Instituto Nacional de Câncer), 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Informe técnico sobre a vacina Papilomavírus Humano (HPV) na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CORRÊA, I. P. C. *Aspectos técnicos da colposcopia*. abr. 2013. Disponível em: <<http://www.sgob.org.br/novo/uploads/hd/principal/6b94b-Isabella---Aspectos-t--cnicos-da-colposcopia-FINAL.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2016.
- COSTA, J. H. G.; Souza, I. R. A.; SANTOS, E. J. A.; PRAZERES, B. A. P.; ANDRADE, M. L.; MELO, M. F. C.; TSUTSUMI, M. Y.; SOUSA, M. S. Prevenção do câncer de colo do útero em comunidades ribeirinhas atendidas pelo Programa Luz na Amazônia, Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazonas Saúde*, v.2, n.4, p. 17-22, 2011.
- DALLABRIDA, F. A.; LORO, M. M.; ROSANELLI, C. L. S. P.; SOUZA, M. M.; GOMES, J. S.; KOLANKIEXICZ, A. C. B. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero. *Revista Rene*, v. 15, n.1, p. 116-122, jan./fev. 2014.
- DIZ, M. D. P. E.; MEDEIROS, R. B. de. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. *Revista Medica*, v.88, n.1, p. 7-15, jan./mar. 2009.
- DOUGLAS, Carlos Roberto. *Pato fisiologia geral: mecanismo da doença*. São Paulo: Robe editorial, 2000.
- FERNANDES JUNIOR, A. S.; LIMA, A.A.P.R.; LIMA, E. M.; HORTA, H. L.; COUTINHO, L. F. P.; SALLUM, L. F. T. A.; DERCHAIN, S. F. M.; SARIAN, L. O. Z.; SIMÕES, R. Câncer do colo uterino: tratamento. *Sociedade Brasileira de Cancerologia*, jan. 2011. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/cancer_do_colo_uterino-tratamento.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.
- FERNANDES, S. M.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. *Cadernos de Saúde Pública*, v.17, n.4, jul./ago. 2001.
- FONSECA, K. C. L.E.; SILVEIRA, L. V. P. C.; PACHECO, J. B. P. Prevalência das Neoplasias Intra-Epiteliais Cervicais em Mulheres Atendidas pela Unidade de Ação e Saúde da Mulher e do Adolescente da Cidade de Anápolis, Go. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*, v.13, n.17, p.151-163, 2011.
- FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.49, n.4, p.209-214, jul. 2003.

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

GOMES NETO, L. M. de Q. *Câncer do colo uterino: desenvolvimento, prevenção, tratamento e diagnóstico*. 2013. 29f. Monografia (Especialização em Citologia Clínica) – Faculdade Boa Viagem e Centro de Consultoria Educacional, Recife, 2013.

INCA. Instituto Nacional *Carcinogênese: mecanismo de desenvolvimento dos tumores*. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/carcinogenese.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. *Coordenação geral de ações estratégicas: divisão de apoio à rede de atenção oncológica*. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

LIMA, M. E. A.; OLIVEIRA, A. S. M.; CABRAL, C. N.; COSTA, J. S.; HÓSTIO, L. M. M.; BARBOSA, G. A. A. L. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de colo uterino atendidas no serviço de cancerologia da fundação assistencial da Paraíba em Campina Grande. *Revista Saúde & Ciência*, v.2, n.1, p. 89-93, 2011.

LINHARES, A. C.; VILLA, L.L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). *Jornal de Pediatria*, v.82, n. 3, p. 25-34, 2006.

PINHEIRO, P. *Exame Papanicolau – ASCUS, LSIL, NIC1, NIC 2 e NIC 3*. jun. 2016. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2014/09/exame-papanicolau.html>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SILVA, D. F. *Fatores de risco e prevenção contra o câncer nos órgãos reprodutivos e genitais: uma abordagem entre os funcionários da Universidade Estadual de Goiás – UnUCET*. 2014. 69f. Monografia (Graduação em Biologia) – Universidade Estadual de Goiás, Anápolis, 2014.

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

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica*. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, E. M.; SILVA, S. R. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.63, n.4, p. 517-522, jul./ago. 2010.

SOARES, M. C.; MISHIMA, S. M.; MEINCKE, S. M. K.; SIMINO, G. P. R. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.14, n.1, p. 90-96, jan./mar. 2010.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das pacientes com câncer do colo útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.58, n.3, p. 351-357, 2012.