

Controle integral do câncer do colo do útero

Guia de práticas essenciais



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

Controle integral do câncer do colo do útero

Guia de práticas essenciais



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

Publica-se também em:
Espanhol (2016): Control integral de cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. ISBN 978-92-75-31879-9

Inglês: Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice.

© Organização Mundial da Saúde, 2014

ISBN 978-92-4 154895-3

Catálogo na Fonte, Biblioteca Sede da OPAS

Organização Pan-Americana da Saúde

Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais. Washington, DC : OPAS, 2016.

1. Neoplasias do Colo do Útero – diagnóstico. 2. Neoplasias do Colo do Útero – prevenção & controle. 3. Neoplasias do Colo do Útero – terapia. 4. Guia. I. Título. II. Organização Mundial da Saúde.

ISBN 978-92-75-71879-7

(Classificação NLM: WP 480)

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em seu website em (www.paho.org). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, alguma de suas publicações, deverão se dirigir ao Programa de Publicações através de seu website (www.paho.org/permissions).

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

Agradecimentos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) gostaria de agradecer aos membros do Grupo de Formulação de Diretrizes por sua contínua disponibilidade e árduo trabalho na elaboração desta diretriz atualizada. A OMS também é grata ao Grupo de Métodos da Universidade McMaster e ao Grupo de Revisão Externa por suas contribuições essenciais. Os nomes dos participantes de todos os grupos, assim como dos autores e do editor estão listados no Anexo 1.



A OMS também deseja expressar sua sincera gratidão pelas contribuições financeiras dos seguintes órgãos; sem esse apoio, a produção deste guia não teria sido possível:

- Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC; Atlanta, GA, EUA)
- Organismo de Cooperação Internacional de Flandres (FICA)
- Aliança GAVI
- Health Canada, por intermédio da Parceria Canadense Contra o Câncer (Toronto, Canadá)
- Instituto Nacional do Câncer (INCa; Paris, França)
- Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (PEPFAR; Washington, D.C., EUA)

Organizações que apoiaram esta publicação



International Agency for Research on Cancer



Equipe coordenadora da OMS

Nathalie Broutet

Saúde Reprodutiva e Pesquisa Sede da OMS

Genebra, Suíça

Linda O'Neal Eckert

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia Universidade de Washington

Seattle, WA, EUA

Andreas Ullrich

Manejo de Doenças Não Transmissíveis Sede da OMS

Genebra, Suíça

Paul Bloem

Imunização, Vacinas e Produtos Biológicos

Sede da OMS, Genebra, Suíça

Índice

Agradecimentos	iii
Siglas e abreviações	1
Compilação de pontos-chave	3
Prefácio	8
Introdução	11
Sobre o guia.....	11
Níveis do sistema de saúde.....	19
Leitura essencial.....	21
Capítulo 1. Contextualização	27
Sobre este capítulo.....	27
1.1 Por que a ênfase em câncer do colo do útero?.....	28
1.2 Anatomia e fisiologia pélvica feminina.....	32
1.3 Evolução natural do câncer do colo do útero.....	41
Leitura complementar.....	47
Capítulo 2. Elementos essenciais dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero	51
Sobre este capítulo.....	51
2.1 O que é um programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero?.....	53
2.2 Programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero.....	56
2.3 Sucesso na prevenção e no controle do câncer do colo do útero.....	81
Leitura complementar.....	83
Capítulo 3. Mobilização da comunidade, educação e aconselhamento	87
Sobre este capítulo.....	87
3.1 Intensificação do uso de serviços de prevenção e controle do câncer do colo do útero.....	88
3.2 Extensão.....	90
3.3 Mobilização da comunidade.....	92
3.4 Educação em saúde preventiva.....	94
3.4.1 Educação preventiva para indivíduos e comunidades.....	94
3.5 Aconselhamento.....	103
Further reading.....	107
Capítulo 4. Vacinação contra o HPV	111
Principais recomendações da OMS sobre as vacinas contra o HPV.....	112
Sobre este capítulo.....	112

4.1 Funções dos profissionais de saúde e de outros trabalhadores.....	115
4.2 Vacinas contra o HPV.....	117
4.3 População-alvo e estratégias de administração.....	122
4.4 Mobilização da comunidade	126
4.5 Obtenção de consentimento/assentimento para vacinar uma menina.....	127
4.6 Monitoramento, avaliação e sustentabilidade de programas de vacinação contra o HPV	128
Leitura complementar	131
Capítulo 5. Rastreamento e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero.....	135
Sobre este capítulo.....	136
5.1 Profissionais de saúde.....	138
5.2 Rastreamento do câncer do colo do útero.....	140
5.3 Métodos de rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero	146
5.4 Exames diagnósticos para detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero	154
5.5 Opções de tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero	160
5.6 Possíveis complicações e acompanhamento após o tratamento.....	165
5.7 Associação de rastreamento e tratamento na prática.....	166
Capítulo 6. Diagnóstico e tratamento do câncer invasivo do colo do útero	173
6.1 Apresentação e diagnóstico do câncer do colo do útero.....	176
6.2 Funções do profissional de saúde.....	177
6.3 Estadiamento do câncer do colo do útero.....	181
6.4 Tratamento do câncer invasivo do colo do útero: panorama.....	185
6.5 Opções de tratamento.....	187
6.6 Situações especiais: câncer do colo do útero na gravidez e nas mulheres que vivem com HIV	193
6.7 Apoio e acompanhamento de pacientes.....	194
Leitura complementar	197
Capítulo 7. Cuidados paliativos	201
Sobre este capítulo.....	201
7.1 Uma abordagem integral dos cuidados paliativos.....	206
7.2 A função da família nos cuidados paliativos	208
7.3 As funções dos profissionais de saúde.....	208
7.4 Manejo de sintomas comuns no câncer do colo do útero avançado.....	213
7.5 Manutenção da paciente e do seu círculo de apoio informados	217
Leitura complementar	221

Instrumento de práticas

Ficha prática 2.1: Lista de verificação para planejamento e implementação de um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero	225
Ficha prática 2.2: Principais indicadores de desempenho e impacto de programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero	226
Ficha prática 3.1: Mensagens-chave para atividades de extensão e educação sobre câncer do colo do útero	230
Ficha prática 3.2: Perguntas mais frequentes sobre o câncer do colo do útero.....	233
Ficha prática 3.3: O que os homens precisam saber para ajudar a prevenir o câncer do colo do útero	239
Ficha prática 3.4: Aconselhamento	241
Ficha prática 3.5: Etapas-padrão de aconselhamento antes, durante e depois que uma cliente é submetida a um exame, procedimento ou tratamento.....	244
Ficha prática 3.6: Aconselhamento especial para as mulheres que vivem com HIV.....	246
Ficha prática 3.7: O trabalho com agentes comunitários de saúde: recrutamento e capacitação.....	247
Ficha prática 4.1: Perguntas mais frequentes sobre a vacinação contra o HPV.....	249
Ficha prática 4.2: Características da vacina contra o HPV e a cadeia de frio.....	254
Ficha prática 4.3: Sessão de imunização	257
Ficha prática 4.4: Segurança da injeção	260
Ficha prática 4.5: Monitoramento e avaliação de programas de vacinação – coleta de dados e documentação	262
Ficha prática 4.6: Em caso de evento adverso pós-vacinação (EAPV).....	264
Ficha prática 4.7: Conversa com professores e funcionários escolares sobre a vacinação contra o HPV	266
Ficha prática 5.1: Obtenção de consentimento livre e esclarecido de mulheres adultas.....	269
Ficha prática 5.2: Anamnese e exame pélvico	271
Ficha prática 5.3: Métodos de rastreamento: notas para o profissional.....	276
Ficha prática 5.4: Método molecular de rastreamento – teste para detecção de DNA do HPV.....	277

Ficha prática 5.5: Método visual de rastreamento – inspeção visual com ácido acético (VIA).....	280
Ficha prática 5.6: Métodos citológicos de rastreamento – esfregaço de Papanicolaou e citologia em meio líquido (CML).....	283
Ficha prática 5.7: Aconselhamento de mulheres após resultados positivos do exame de rastreamento	288
Ficha prática 5.8: Colposcopia.....	291
Ficha prática 5.9: Biópsia e curetagem endocervical (CEC)	295
Ficha prática 5.10: Opções de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero: crioterapia.....	300
Ficha prática 5.11: Opções de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero: excisão com cirurgia de alta frequência (CAF).....	304
Ficha prática 5.12: Opções de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero: conização a frio (CF)	308
Ficha prática 6.1: Quando uma paciente se consulta porque tem sintomas que podem ser causados por câncer do colo do útero	313
Ficha prática 6.2: Comunicando a paciente sobre o diagnóstico de câncer do colo do útero e a conversa sobre isso com ela e com seu círculo de apoio	315
Ficha prática 6.3: Informação prévia a pacientes com câncer do colo do útero sobre o que pode acontecer no hospital.....	317
Ficha prática 6.4: Conversa com uma paciente sobre seu câncer e o tratamento: sugestões para profissionais de saúde no nível terciário de atenção (especialistas em câncer).....	318
Ficha prática 6.5: Tratamentos do câncer do colo do útero: histerectomia.....	321
Ficha prática 6.6: Tratamentos do câncer do colo do útero: teleterapia pélvica...	325
Ficha prática 6.7: Tratamentos do câncer do colo do útero – braquiterapia	331
Ficha prática 7.1: Avaliação e tratamento da dor	334
Ficha prática 7.2: Como lidar com corrimentos, fístulas e sangramentos vaginais no ambiente domiciliar	340
Ficha prática 7.3: Conversas com uma paciente que está voltando para casa sob cuidados paliativos	343

Anexos

Anexo 1. Listas de participantes e colaboradores	345
Anexo 2. Metodologia de elaboração da diretriz, funções dos grupos técnico e de trabalho, e gestão e declaração de conflitos de interesses	353
Anexo 3. Prevenção e controle de infecções	360
Anexo 4. Sistemas de classificação do câncer e das lesões precursoras do câncer.....	363
Anexo 5. O sistema Bethesda de 2001	365
Anexo 6. Modelos de formulários para vacinação contra o HPV	367
Modelo de formulário 6.1: Cartão pessoal de vacinação contra o HPV para meninas.....	367
Modelo de formulário 6.2: Formulários de monitoramento da cobertura vacinal contra o HPV para profissionais que trabalham no serviço de vacinação.	368
Modelo de formulário 6.3: Relatório de cobertura nacional da vacinação contra o HPV para o formulário de notificação conjunta da OMS-UNICEF	370
Modelo de formulário 6.4: Notificação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV).....	371
Anexo 7. Fluxograma de tomada de decisão sobre estratégias de rastreamento e tratamento.....	373
Anexo 8. Fluxogramas para estratégias de “rastrear e tratar” (sorologia para HIV negativa ou desconhecida)	374
Rastreamento com teste de HPV e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia).....	374
Rastreamento com teste de HPV seguido por VIA e tratamento com crioterapia ou CAF quando não elegível para crioterapia.....	375
Rastreamento com VIA e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)	376
Rastreamento com teste de HPV seguido por colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)	377
Rastreamento com citologia seguida por colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)	378

Anexo 9. Fluxogramas para as estratégias de “rastrear e tratar” (sorologia para HIV positiva ou sorologia desconhecida em áreas com alta endemicidade de infecção por HIV)	379
Rastreamento com teste de HPV e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia).....	379
Rastreamento com teste de HPV seguido por VIA e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia).....	380
Rastreamento com VIA e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)	381
Rastreamento com teste de HPV seguido por colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)	382
Rastreamento com citologia seguida por colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)	383
Anexo 10. Tratamento do câncer do colo do útero segundo o estágio FIGO	384
Anexo 11. Modelos de documentos	386
Modelo de formulário 11.1: Modelo de carta para paciente com resultado anormal para o exame de rastreamento, e que não procurou o resultado ou o tratamento no tempo esperado	386
Modelo de formulário 11.2: Modelo de cartão que pode ser usado como parte de um sistema para localizar pacientes que necessitam de um novo exame de rastreamento.....	387
Modelo de formulário 11.3: Modelo de cartão que pode ser usado como parte de um sistema para localizar pacientes encaminhadas para avaliação diagnóstica complementar	388
Modelo de formulário 11.4: Modelo de carta para informar à clínica de origem o resultado da avaliação diagnóstica de uma paciente.....	389
Anexo 12. Tratamento das infecções do colo do útero e doença inflamatória pélvica (DPI)	390
Anexo 13. Como preparar a solução de Monsel.....	392
Anexo 14. Laudo histopatológico do carcinoma do colo do útero	394
Modelo de formulário 14.1: Formulário de notificação de histerectomia radical.....	395
Glossário	396

Siglas e abreviações

PAFAM	Preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos
EAPV	Evento adverso pós-vacinação
AGC	Células glandulares atípicas
AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i>
ASC	Células escamosas atípicas
ASC-H	Células escamosas atípicas: não é possível excluir lesão (intra)epitelial escamosa de alto grau
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
C4GEP	Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais
C4P	Ferramenta de cálculo de custo dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero
CD4	Grupamento de diferenciação 4
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças (Estados Unidos da América)
PSC	Promotor de saúde comunitária
ACS	Agente comunitário de saúde
NIC	Neoplasia intra-epitelial cervical
CKC	Conização a frio
TC	Tomografia computadorizada
DI	Declaração de interesse
DTP	Vacina contra difteria, tétano e coqueluche
CEC	Curetagem endocervical
GRE	Grupo de Revisão Externa
FAQ	Perguntas mais frequentes
FICA	Organismo de Cooperação Internacional de Flandres
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria
GAVI	Aliança GAVI (anteriormente, Aliança Mundial para Vacinas e Imunização)
GFD	Grupo de Formulação de Diretrizes
GRADE	Classificação de análise, desenvolvimento e avaliação de recomendações
GSK	GlaxoSmithKline
ATH	Aconselhamento e teste de HIV
HDR	Alta taxa de dose
HPV	Papilomavírus humano
HSIL	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau
CIIC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
CID	Classificação Internacional de Doenças
IEC	Informação, educação e comunicação
INCa	Instituto Nacional do Câncer
PCI	Prevenção e controle de infecção
DIU	Dispositivo intrauterino

Jhpiego	Organização afiliada à Universidade Johns Hopkins (anteriormente, Programa para Educação Internacional em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Johns Hopkins)
CML	Citologia em meio líquido
LDR	Baixa taxa de dose
CAF	Cirurgia de alta frequência
LSIL	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau
M&A	Monitoramento e avaliação
SIG	Sistema de informações gerenciais
EMG	Equipe multidisciplinar de gestão
MS	Ministério da Saúde
IRM	Imagem por ressonância magnética
MSD	Merck, Sharp & Dohme Corp.
INC	Instituto Nacional do Câncer do NIH (Estados Unidos da América)
NIH	Institutos Nacionais de Saúde (Estados Unidos da América)
CAPI	Grupo Técnico Assessor de imunização nacional
AINE	Anti-inflamatório não esteroide
CO	Contraceptivos orais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
Pap	Papanicolaou
PATH	Organização filantrópica internacional (anteriormente, Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde)
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS
DIP	Doença inflamatória pélvica
API	Avaliação pós-introdução
EPI	Equipamento de proteção individual
FP	Ficha prática
SAGE	Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização
JEC	Junção escamocolunar
SPMSD	Sanofi Pasteur MSD
IST	Infecção sexualmente transmissível
UICC	União Internacional para Controle do Câncer
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
IVAA	Inspeção visual com ácido acético
VLP	Partículas semelhantes ao vírus
VVM	Monitor de frasco de vacina
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

Compilação de pontos-chave

Capítulo 1. Contextualização

- O câncer do colo do útero é uma doença que pode ser amplamente prevenida, mas é uma das principais causas de morte por câncer nas mulheres de todo o mundo. A maioria das mortes ocorre em países de baixa e média renda.
- A causa primária das lesões precursoras e do câncer do colo do útero é a infecção persistente ou crônica por um ou mais dos tipos de papilomavírus humano (HPV) “de alto risco” (ou oncogênicos).
- O HPV é a causa mais frequente de infecção contraída através de relações sexuais, geralmente no início da vida sexual.
- A maioria das mulheres e dos homens infectados por HPV apresentará resolução espontânea da infecção.
- Uma minoria das infecções por HPV persiste; nas mulheres essa infecção pode causar lesões precursoras do câncer do colo do útero que, se não tratadas, podem evoluir para câncer 10 a 20 anos depois.
- As mulheres com HIV têm maior probabilidade de contrair infecção persistente por HPV em idade mais jovem, e de desenvolver câncer mais cedo.
- O conhecimento básico da anatomia pélvica feminina e da evolução natural do câncer do colo do útero possibilita que os profissionais de saúde dos níveis primário e secundário se comuniquem efetivamente com as mulheres, famílias e comunidades, e melhorem seu entendimento da prevenção do câncer do colo do útero.

Capítulo 2. Elementos essenciais dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero

- O desenvolvimento de qualquer programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero deve estar de acordo com a estrutura dos “seis elementos fundamentais” da OMS para fortalecer todo o sistema de saúde.
- Os programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero são desenvolvidos e formulados para reduzir as taxas de incidência, morbidade e mortalidade do câncer do colo do útero.
- Há grandes iniquidades no acesso a serviços efetivos de rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero; o câncer invasivo do colo do útero afeta predominantemente as mulheres sem acesso a esses serviços.
- Um programa integral deve incluir atividades de prevenção primária, secundária e terciária (inclusive tratamento), além de acesso a cuidados paliativos.
- Os serviços de rastreamento devem estar vinculados ao tratamento e ao seguimento pós-tratamento.

- O monitoramento e a avaliação são componentes essenciais dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Capítulo 3. Mobilização da comunidade, educação e aconselhamento

- A extensão de serviços, a mobilização da comunidade, a educação em saúde e o aconselhamento são componentes essenciais de um programa efetivo de prevenção e controle do câncer do colo do útero para assegurar ampla cobertura de vacinação e rastreamento, e elevada adesão ao tratamento.
- As estratégias de extensão dos serviços devem alcançar e atrair meninas e mulheres que mais se beneficiariam com a vacinação e o rastreamento, respectivamente; assim como homens, meninos, líderes comunitários, e os principais interessados.
- A mobilização da comunidade e a educação em saúde são ferramentas essenciais para superar as dificuldades comuns que impedem o acesso à atenção preventiva e sua utilização; entre os obstáculos comuns estão os tabus sociais, as barreiras linguísticas, a desinformação e a falta de transporte até os locais de serviço.
- A educação em saúde assegura que as mulheres, suas famílias e a comunidade em geral compreendam que é possível prevenir o câncer do colo do útero.
- As mensagens de educação em saúde sobre o câncer do colo do útero devem refletir a política nacional, e ser culturalmente apropriadas e uniformes em todos os níveis do sistema de saúde.
- Os estabelecimentos de saúde devem ter um ambiente privado que possa ser usado para oferecer atendimento individual às mulheres, informações e aconselhamento, e se for o caso, ajudá-las a fazer as melhores escolhas para sua saúde.
- Os profissionais de saúde devem ser capacitados para falar, sem preconceitos, sobre sexualidade, questões relacionadas com o câncer do colo do útero, e o papilomavírus humano (HPV), enquanto protegendo a privacidade e confidencialidade da paciente.
- É fundamental que as mensagens educativas enfatizem que as mulheres com resultado anormal para os testes de rastreamento precisam retornar para seguimento.

Capítulo 4. Vacinação contra o HPV

- O papilomavírus humano (HPV) é a causa mais comum de infecção sexualmente transmissível (IST).
- O câncer do colo do útero é causado pelos tipos de HPV de alto risco. Os tipos 16 e 18 são os dois principais causadores; juntos, eles são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero em todos os países do mundo.

- As duas vacinas que evitam a infecção pelos tipos 16 e 18 de HPV de alto risco, atualmente, tiveram o registro concedido na maioria dos países; o histórico de segurança de ambas é excelente e é segura a coadministração com outras vacinas, como a tríplice bacteriana contra difteria, tétano e coqueluche (DTP) e a vacina contra hepatite B.
- Uma das vacinas contra o HPV, a quadrivalente, também evita a infecção pelos tipos 6 e 11 de HPV, os quais são causadores de 90% das verrugas anogenitais ou condilomas.
- A vacinação das meninas antes do início da vida sexual é uma intervenção importante de prevenção primária em um programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero.
- As vacinas não tratam a infecção por HPV preexistente ou doenças associadas ao HPV, motivo pelo qual se recomenda a vacinação antes do início da vida sexual.
- Como as vacinas não protegem contra todos os tipos de HPV causadores de câncer do colo do útero, mais tarde, as meninas vacinadas contra o HPV ainda devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.

Capítulo 5. Rastreamento e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero

- A detecção precoce, mediante rastreamento de todas as mulheres na faixa etária preconizada, e o subsequente tratamento das lesões precursoras detectadas podem prevenir a maioria dos cânceres do colo do útero.
- O rastreamento do câncer do colo do útero deve ser realizado pelo menos uma vez em todas as mulheres na faixa etária em que se podem alcançar mais benefícios: 30 a 49 anos.
- Recomenda-se que todas as mulheres na faixa etária preconizada sejam submetidas ao rastreamento de câncer do colo do útero pelo menos uma vez, mas essa medida pode ser estendida a mulheres com menos de 30 anos de idade se houver indicação de alto risco de NIC II+.
- O teste de HPV, a citologia e a inspeção visual com ácido acético (IVAA) são exames e/ou testes de rastreamento recomendados.
- Para que a prevenção do câncer do colo do útero seja efetiva, as mulheres com resultados positivos do exame de rastreamento devem ser submetidas a tratamento efetivo.
- Recomenda-se a adoção de uma conduta de “rastrear e tratar” ou de “rastrear, diagnosticar e tratar”.
- As decisões sobre a conduta de rastreamento e tratamento a adotar em determinado país ou estabelecimento de saúde devem levar em conta vários

fatores, entre os quais estão os benefícios e danos, a possibilidade de perda de seguimento, o custo e disponibilidade do equipamento e dos recursos humanos necessários.

- Na conduta de “rastrear e tratar”, a decisão de tratamento é baseada em um exame de rastreamento, e o tratamento é iniciado logo ou, de preferência, imediatamente depois de um exame de rastreamento com resultado positivo (ou seja, sem o uso de exame diagnóstico).
- A conduta de “rastrear e tratar” reduz a perda de seguimento e pode reduzir o atraso no início do tratamento das mulheres.
- Nas mulheres com resultado negativo da IVA ou da citologia, o intervalo para repetição do rastreamento deve ser de três a cinco anos.
- Nas mulheres com resultado negativo do teste de HPV, o rastreamento deve ser repetido após um intervalo mínimo de cinco anos.
- Se houver suspeita de câncer em mulheres que realizaram o rastreamento, não se deve tratá-las, mas encaminhá-las a um centro de referência para diagnóstico e tratamento do câncer.
- A crioterapia ou a cirurgia de alta frequência (CAF) constituem um tratamento efetivo e apropriado para a maioria das mulheres com exame de rastreamento positivo para lesão precursora de câncer do colo do útero.

Capítulo 6. Diagnóstico e tratamento do câncer invasivo do colo do útero

- Em geral, as mulheres com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero em estágio inicial podem ser curadas com tratamento efetivo.
- É importante que profissionais de saúde de todos os níveis estejam capacitados para o imediato reconhecimento e manejo dos sinais e sintomas comuns do câncer do colo do útero.
- O diagnóstico definitivo do câncer invasivo do colo do útero é feito por exame histopatológico de amostra obtida por biópsia.
- As mulheres com câncer invasivo do colo do útero são beneficiadas pela referência para tratamento em serviços de oncologia de nível terciário.
- As opções de tratamento incluem cirurgia, radioterapia e quimioterapia, as quais podem ser combinadas.
- As pacientes devem ser conscientizadas sobre os possíveis efeitos colaterais do tratamento, como infertilidade, menopausa, desconforto ou dor durante o coito e possíveis alterações intestinais ou vesicais.
- As pacientes devem ser informadas da necessidade de acompanhamento a longo prazo e de manter contato com o serviço de oncologia onde foram tratadas.

- Os profissionais de nível terciário devem enviar registros por escrito, completos com o tratamento e planos de cuidado que os profissionais mais próximos da residência da paciente serão encarregados de facilitar para seguimento. Caso não seja tratado, o câncer invasivo do colo do útero é quase sempre fatal.

Capítulo 7. Cuidados paliativos

- Os cuidados paliativos são um elemento essencial do controle do câncer do colo do útero.
- Os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida das pacientes e suas famílias que enfrentam os problemas associados à doença potencialmente fatal.
- Os cuidados paliativos consistem na prevenção e no alívio do sofrimento mediante identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outras formas de sofrimento físico, psicossocial e espiritual.
- Os cuidados paliativos podem ajudar pessoas com doença avançada a ter dignidade e paz durante as fases difíceis e finais da vida.
- Os cuidados paliativos são melhores quando se emprega uma conduta de equipe multidisciplinar, com participação da paciente, de sua família e pessoas de apoio, de agentes comunitários de saúde e profissionais de cuidados paliativos especiais da comunidade, além de profissionais de saúde em todos os níveis de atendimento.
- É preciso fortalecer os mecanismos para a implementação de cuidados paliativos, inclusive a educação e a disponibilidade de medicamentos.
- É possível obter o controle efetivo da maioria das dores, com o auxílio de uma ampla combinação de métodos médicos e não médicos.
- Os enfermeiros com capacitação apropriada devem ter autorização para prescrever opioides orais potentes, respeitando as normas e diretrizes nacionais.
- A qualidade dos cuidados paliativos depende muito de capacitação e supervisão dos profissionais de saúde e, se possível, dos cuidadores nas comunidades.
- O acesso a todos os medicamentos, equipamento e suprimentos necessários é fundamental para o manejo dos sintomas, tanto no serviço de saúde quanto no domicílio da paciente.

Prefácio

O câncer do colo do útero é uma das mais graves ameaças à vida das mulheres. Atualmente se estima que acometa mais de um milhão de mulheres em todo o mundo. Na maioria dos casos, a doença não foi diagnosticada e as mulheres não tiveram acesso ao tratamento que poderia curá-las ou prolongar sua vida. Em 2012, foram diagnosticados 528 000 novos casos de câncer do colo do útero e 266 000 mulheres morreram por causa dessa doença, sendo 90% delas em países de baixa a média renda. A previsão é de que, se não houver atenção urgente a essa questão, as mortes por câncer do colo do útero devem aumentar quase 25% durante os próximos 10 anos.

O câncer do colo do útero ocorre em todo o mundo, mas as taxas de incidência são maiores na América Central e do Sul, na África Oriental, no Sul e Sudeste Asiático e no Pacífico Ocidental. Durante as três últimas décadas, as taxas de câncer do colo do útero caíram na maioria dos países desenvolvidos, em grande parte graças a programas de rastreamento e tratamento. Em contrapartida, as taxas subiram ou se mantiveram inalteradas na maioria dos países em desenvolvimento. Também existem grandes disparidades nos países desenvolvidos, onde o risco de câncer invasivo do colo do útero é maior nas mulheres das áreas rurais e mais pobres.

A maioria das mulheres que morrem em decorrência de câncer do colo do útero, sobretudo nos países em desenvolvimento, está no auge da vida. Elas podem estar criando os filhos, cuidando da família e contribuindo para a vida social e econômica das cidades e povoados em que vivem. Além de ser uma tragédia pessoal, a morte de uma mulher também é uma perda triste e desnecessária para a família e a comunidade, com enormes repercussões no bem-estar de ambas. Essas mortes são desnecessárias, uma vez que há evidências incontestáveis de que o câncer do colo do útero é uma das formas de câncer de mais fácil prevenção e tratamento quando a detecção é precoce e o manejo é efetivo.

Embora seja mais provável que os países menos desenvolvidos careçam de sistemas efetivos de saúde e de recursos financeiros suficientes quando comparados com os países desenvolvidos, é crucial destacar que outro dos fatores menos reconhecidos, porém poderoso e que contribui para o câncer do colo do útero é a desigualdade de acesso das mulheres à atenção à saúde em muitas sociedades. Nós podemos responder às necessidades de recursos suficientes e melhoria da atenção à saúde para as mulheres nos países em desenvolvimento. Podemos também procurar entender melhor a desigualdade de gênero e levá-la em conta durante a formulação de políticas e programas de saúde, bem como outros importantes determinantes sociais de saúde, como renda, educação, religião e etnia.

Em 2007, no âmbito de sua política, a Assembleia Mundial da Saúde adotou uma resolução que comprometeu a Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus Estados Membros, com o processo de incorporação da perspectiva de gênero. Esta se refere ao processo sistemático de compreender as questões de gênero e levá-las em consideração no planejamento, na implementação e na avaliação de todas as políticas e programas. Esses conhecimentos e ações são essenciais na elaboração de programas equitativos e acessíveis, inclusive de maneiras inovadoras de alcançar as mulheres, sobretudo as mais desfavorecidas.

Enquanto a OMS continua a defender mais atenção e recursos para a saúde da mulher, além de abordar a atenção materna e o planejamento familiar, também se dedica ativamente ao fortalecimento dos sistemas de saúde em geral e ao desenvolvimento, à avaliação e à implementação de tecnologias apropriadas para que a atenção integral ao câncer do colo do útero seja viável e acessível nos países de baixa e média renda. Novos avanços tecnológicos oferecem a possibilidade de combater o câncer do colo do útero de maneira mais abrangente, e construir um futuro mais saudável para meninas e mulheres. A disponibilidade crescente de tecnologias alternativas de rastreamento, como a inspeção visual com ácido acético (IVAA) e o teste de HPV, e as novas vacinas contra o papilomavírus humano (HPV) podem ajudar a prevenir muitos casos de câncer do colo do útero. Além disso, como a vacinação contra o HPV se destina a meninas de 9 a 13 anos, antes do início da atividade sexual, existe a oportunidade de instituir uma abordagem do curso de vida para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero, que começa na infância e continua durante a vida adulta, com recomendação de rastreamento entre 30 e 49 anos.

A implementação de programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero amplia o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, melhorando a saúde da mulher. Por sua vez, isso contribui para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a futura agenda internacional de desenvolvimento pós-2015. Esses programas também contribuem para a Estratégia Global para a Saúde de Mulheres e Crianças estabelecida em 2010 pelo Secretário Geral das Nações Unidas.

Além disso, o câncer do colo do útero é destacado na Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis (DCNTs) de 2011. Na Assembleia Mundial da Saúde de 2013, os Estados Membros acordaram um plano de ação 2014-2020 para a prevenção e o controle de DNTs; nesse plano de ação, o controle de câncer do colo do útero se encontra entre as intervenções prioritárias a serem recomendadas em todo o mundo para controle do câncer. A OMS conduz o processo de implementação desse plano de ação para DNTs, e os Estados Membros agora se comprometem a incluir em seus planos nacionais de saúde intervenções voltadas para o câncer do colo do útero e outras DNTs.

Há muitas oportunidades para integrar a prevenção e o controle do câncer do colo do útero aos sistemas de atenção à saúde já existentes, como os programas de saúde reprodutiva e de combate à infecção por HIV/AIDS. Os programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero oferecem um modelo para colaboração entre vários programas, entre os quais estão os de saúde reprodutiva, DNTs e câncer, imunização e saúde do adolescente. Portanto, esses programas nacionais poderiam catalisar mudanças no planejamento e na prestação de serviços de atenção à saúde, apoiando uma transição de enfoques verticais para sistemas horizontais.

Esta publicação, *Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais* (C4GEP) apresenta uma ampla visão do significado da abordagem integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Em particular, descreve as estratégias complementares de prevenção e controle integrais do câncer do colo do útero, além de destacar a necessidade de colaboração entre os diversos programas, organizações e parceiros. Este novo guia atualiza a edição de 2006 e inclui os recentes desenvolvimentos promissores em tecnologias e estratégias que podem corrigir as discrepâncias entre as necessidades e a disponibilidade de serviços para prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Dra. Flavia Bustreo
Subdiretora Geral
Saúde da Família, da Mulher e da
Criança

Dra. Marie-Paule Kieny
Subdiretora
Sistemas de Saúde e Inovação

Dr. Oleg Chestnov
Subdiretor Geral
Doenças Não Transmissíveis e Saúde
Mental

Introdução

Sobre o guia

Esta é a edição de 2014 de *Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais* (C4GEP), fruto da revisão e atualização da edição de 2006.

Por que a revisão foi importante

Nos últimos anos, surgiram novas estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Como essas estratégias exigem avaliação baseada em evidências para a tomada de decisões na prática clínica e o planejamento de programas, um Comitê Diretor da Organização Mundial da Saúde (OMS) e um grupo de especialistas convidados se reuniram em Genebra, na Suíça, em setembro de 2010, para assegurar que as orientações da OMS sobre o câncer do colo do útero continuem a abranger todas as tecnologias e estratégias apropriadas. O Anexo 1 contém as listas de participantes e colaboradores, e o Anexo 2 descreve a metodologia de desenvolvimento da diretriz, as funções dos grupos técnico e de trabalho, e a administração de conflitos de interesses e declarações de interesses.



Participantes e colaboradores



Métodos e funções no desenvolvimento da diretriz

Esta edição revisada do C4GEP contém recomendações da OMS sobre o rastreamento e tratamento de lesões precursoras, e a vacinação contra o HPV; estas recomendações foram formuladas até abril de 2014 e levaram em consideração os resultados pertinentes baseados em evidências publicados até dezembro de 2013. As novas práticas, ainda em fase de avaliação, também são comentadas nesta publicação.

Este guia tem dois capítulos novos, um capítulo reorganizado e dois capítulos que passaram por revisão substancial. Todos os capítulos foram completamente atualizados e editados de acordo com a necessidade.

Os novos capítulos são:

Capítulo 2: Elementos essenciais dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Em resposta às solicitações dos gestores de programa e outros leitores de todos os níveis da atenção à saúde, a OMS incluiu este capítulo inteiramente novo descrevendo aspectos essenciais de considerações programáticas associadas aos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero: planejamento, preparo, implementação, monitoramento e avaliação, supervisão e treinamento.

Capítulo 4: Vacinação contra o HPV. Este capítulo apresenta uma descrição detalhada dos programas de vacinação contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos. Esses programas não existiam nos países em desenvolvimento na época da primeira

edição, mas hoje são encontrados em um número cada vez maior de países. Este capítulo também contém um conjunto de três principais recomendações da OMS sobre as vacinas contra o HPV.

O capítulo reorganizado é:

Capítulo 5: Rastreamento e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero. O Capítulo 5 reúne informações de dois capítulos da edição anterior: rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero. Essa consolidação foi feita porque o rastreamento sem tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero não é uma intervenção que reduza a incidência de câncer do colo do útero ou a taxa de mortalidade associada. Além disso, as pesquisas sobre a conduta de “rastrear e tratar” para prevenção e controle do câncer do colo do útero avançaram bastante desde a última edição deste guia.

Os outros dois capítulos que passaram por revisão substancial são:

Capítulo 6 (Diagnóstico e tratamento do câncer invasivo do colo do útero) e Capítulo 7 (Cuidados paliativos). Esses capítulos não contêm recomendações da OMS, pois as diretrizes da OMS sobre esses temas ainda estão sendo elaboradas. Estes dois capítulos foram revisados para contemplar as evidências atuais disponíveis.

Escopo e objetivos

O principal objetivo deste guia é assistir os responsáveis pela prestação de serviços com a finalidade de reduzir a carga do câncer do colo do útero nas mulheres, em suas comunidades e nos sistemas de saúde. Concentra-se no conhecimento, nas melhores práticas e nas habilidades de comunicação necessárias aos profissionais de saúde que trabalham na comunidade e nos níveis primário e secundário de atenção para que ofereçam serviços de qualidade para prevenção, rastreamento, tratamento e cuidados paliativos do câncer do colo do útero, ou seja, o processo contínuo e completo da atenção.

Os quatro níveis da atenção citados neste guia são:

- Comunidade
- Centro de saúde ou nível de atenção primária
- Hospital distrital ou nível de atenção secundária
- Hospital central ou de referência ou nível de atenção terciária.

A página 16 contém uma descrição de cada nível (níveis do sistema de atenção à saúde).

Público-alvo

Este guia é dirigido principalmente aos profissionais de saúde responsáveis pela saúde da mulher e/ou do adolescente nos centros de saúde e hospitais regionais. Também pode ser de interesse para os profissionais nas comunidades e no nível terciário.

Um segundo público-alvo, sobretudo para o Capítulo 2 sobre os elementos essenciais do programa, envolve profissionais e gestores no âmbito regional cujas responsabilidades podem incluir planeamento, implementação, monitoramento e avaliação do programa e/ou supervisão e capacitação de outros profissionais de saúde.

Os responsáveis pelas decisões no âmbito nacional encontrarão neste guia informações atualizadas baseadas em evidências sobre medidas bem-sucedidas nos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero, que podem ser úteis como base para a atualização de suas próprias diretrizes e protocolos.

Linguagem usada no guia

A linguagem usada neste guia foi intencionalmente adaptada para o público-alvo: trabalhadores dos níveis primário e secundário cujos beneficiários máximos são seus clientes, pacientes e comunidades. Evita o uso de jargão técnico nas descrições de procedimentos e serviços de nível terciário prestados por especialistas. Oferece as ferramentas para explicar e discutir questões básicas com as pacientes e seus círculos de apoio para que possam compreender e tomar decisões fundamentadas. Os termos técnicos usados neste guia que possam ser desconhecidos para o leitor são definidos no glossário.

Estrutura do guia

Este guia contém sete capítulos:

Capítulo 1: Contextualização

Capítulo 2: Elementos essenciais dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero

Capítulo 3: Mobilização da comunidade, educação e aconselhamento

Capítulo 4: Vacinação contra o HPV

Capítulo 5: Rastreamento e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero

Capítulo 6: Diagnóstico e tratamento do câncer invasivo do colo do útero

Capítulo 7: Cuidados paliativos

Cada **capítulo** contém todas as informações necessárias sobre um aspecto da prevenção ou do controle do câncer do colo do útero. O conteúdo de cada capítulo está organizado do seguinte modo:

- pontos-chave do assunto abordado no capítulo;
- descrição das funções e responsabilidades de profissionais de nível primário e secundário com relação ao tema do capítulo;
- informações essenciais sobre o contexto relacionado ao tema, seguidas de exposição das práticas estabelecidas e em desenvolvimento na atenção clínica, e recomendações para a prática, quando apropriado (essa seção apresenta as informações básicas e competências que permitirão ao profissional oferecer serviços de boa qualidade e atualizados);
- orientação e sugestões sobre a maneira de aconselhar as pacientes, as famílias e as comunidades;
- informações sobre os serviços prestados em cada um dos quatro níveis do sistema de saúde, conforme o caso;
- mensagens de aconselhamento para ajudar os profissionais a se comunicarem com as pacientes sobre os serviços prestados a elas e o seguimento necessário (os Capítulos 6 e 7 contêm sugestões para ajudar os especialistas que trabalham em estabelecimentos de nível terciário a manter diálogos efetivos com as pacientes, as famílias e os círculos de apoio);
- lista de leitura complementar.

As **fichas práticas**, apresentadas depois dos capítulos, foram criadas como:

- lembretes sobre os elementos importantes que devem ser incluídos quando os profissionais descrevem ou realizam um procedimento ou um componente específico da atenção ou durante o aconselhamento a respeito (inclui respostas a muitas perguntas que são frequentes); ou
- listas de verificação para que os profissionais se assegurem de que contam com o material necessário antes de iniciar uma atividade (por exemplo, antes de uma sessão de vacinação contra o HPV) ou para documentar uma competência como parte da supervisão de apoio (por exemplo, a maneira correta de realizar a crioterapia).

Os capítulos sobre tratamento do câncer do colo do útero e cuidados paliativos (Capítulos 6 e 7) contêm ainda fichas práticas destinadas a profissionais capacitados a nível fundamental e médio, com a finalidade de que disponham de informações claras para explicar às pacientes e suas famílias, os serviços que elas podem esperar em hospitais especializados quando são encaminhadas para outros exames ou tratamentos.

As fichas práticas podem ser reproduzidas ou adaptadas separadamente. Observe que seu objetivo não é ensinar a um iniciante como realizar um procedimento.

Os **anexos** ao final do guia contêm detalhes sobre componentes específicos de conduta segundo protocolos (por exemplo, fluxogramas de manejo e protocolos de tratamento) e estratégias para garantir a qualidade do serviço (por exemplo, prevenção e controle de infecções) consagrados internacionalmente.

O **glossário** contém definições de termos científicos e técnicos usados neste guia.

A equipe de atenção à saúde

Em um programa ideal de prevenção e controle do câncer do colo do útero, os profissionais trabalham em equipe de maneira complementar e sinérgica, mantendo boa comunicação entre os diversos níveis da atenção e em cada um deles. Em alguns países, os setores privados e não governamentais são importantes provedores de serviços para o câncer do colo do útero. Os esforços para integrar esses setores, assim como as organizações profissionais que representam diversos profissionais (como associações de clínicos gerais, ginecologistas, pediatras, especialistas em saúde pública e vacinologistas), podem ajudar a estender o alcance dos serviços e a assegurar a aplicação de protocolos e normas semelhantes. Com a disponibilidade crescente das vacinas contra o HPV em um maior número de países, os pediatras e educadores também desempenham uma função estratégica na prestação de serviços de prevenção do câncer do colo do útero. As novas tecnologias mais simples (como as usadas na conduta de “rastrear e tratar”) oferecem oportunidades para delegação de tarefas dentro da equipe de profissionais de saúde.

Algumas possíveis funções dos profissionais nos diferentes níveis do sistema de saúde são:

- Os agentes comunitários de saúde (ACS) podem participar das atividades de conscientização sobre o câncer do colo do útero na comunidade, de motivação e de assistência para que as mulheres usem os serviços bem como de seguimento daquelas que receberam um resultado positivo exame de rastreamento e das que voltam para casa após tratamento em níveis de maior complexidade.
- Os profissionais de atenção primária podem promover serviços, realizar atividades de rastreamento, seguimento e aconselhamento, encaminhar as pacientes a estabelecimentos de maior complexidade quando necessário e fornecer informações claras sobre o que esperar nesses estabelecimentos.
- Os profissionais de atenção secundária (nível regional) prestam diversos serviços de diagnóstico e de tratamento e encaminham as pacientes a níveis de maior ou menor complexidade. Como descrito anteriormente, esses profissionais também podem ser encarregados de considerações programáticas.

- Os profissionais de atenção terciária tratam pacientes com doença invasiva e avançada e as encaminham de volta para níveis de menor complexidade (primário e secundário), quando apropriado.

Utilização do guia

Assim como a primeira edição, este guia revisado contém informações de aplicação ampla que podem ser adaptadas aos sistemas locais de saúde, às necessidades, à linguagem e à cultura local.

Este guia e suas recomendações podem ser usados no âmbito nacional como base para elaborar ou adaptar diretrizes nacionais, modificar políticas e práticas ou atualizar programas a fim de que estejam em absoluta conformidade com as normas baseadas em evidências internacionalmente reconhecidas pela OMS.

Este guia pode ser usado pelos profissionais de saúde e gestores de programas em todos os níveis do sistema de saúde:

- como manual de referência, que oferece informações básicas e atualizadas sobre prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero;
- para planejar a formação e a capacitação inicial e continuada, e o estudo autodidata;
- como revisão dos procedimentos para a prevenção e o manejo do câncer do colo do útero;
- para obter orientações baseadas em evidências sobre a adoção de atitudes para situações específicas;
- para compreender como as funções de diferentes profissionais estão vinculadas entre si nos diversos níveis do sistema de saúde.

Este guia também pode ser usado para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, como referência ao desenvolver cursos de capacitação e material de apoio destinados aos trabalhadores comunitários e outros trabalhadores recém-incorporados aos serviços voltados para o câncer do colo do útero no âmbito local.

Este guia pode ser usado em sua totalidade ou os usuários podem se concentrar nas seções pertinentes para sua área e seu nível de exercício profissional.

Difusão das diretrizes

Estas diretrizes estarão disponíveis *on-line* na base de dados da Biblioteca da OMS e haverá um *link* nas páginas de Saúde Sexual e Reprodutiva da OMS e da *Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS* (RHL), uma revista eletrônica de revisões.¹ A publicação

¹ A base de dados da Biblioteca da OMS está disponível em <http://www.who.int/library/databases/en/>; a página na internet sobre Saúde Sexual e Reprodutiva da OMS está disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/>; a Biblioteca de Saúde Reprodutiva (RHL) da OMS está disponível em <http://apps.who.int/rhl/en/>.

também será anunciada em *WHO Reproductive Health Update* [Atualização em saúde reprodutiva da OMS],² boletim do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisas em Reprodução Humana (HRP) do PNUD/FNUAP/Unicef/OMS/Banco Mundial, que alcança mais de 2.000 assinantes e numerosas organizações colaboradoras. Muitas dessas organizações também reproduzirão o anúncio em seus boletins informativos.

As diretrizes impressas serão distribuídas aos assinantes das publicações da OMS, à lista de mala direta da OMS para distribuição gratuita obrigatória (principais executivos nacionais na área de saúde, ministros da saúde ou diretores-gerais de saúde, bibliotecas depositárias das publicações da OMS, representantes e funcionários de contato da OMS, biblioteca da sede da OMS, escritórios regionais da OMS e bibliotecas externas dos escritórios), outros destinatários de distribuição gratuita e não obrigatória (autoridades nacionais competentes na área de saúde sexual e reprodutiva, programas de controle do câncer, centros nacionais de pesquisa em saúde reprodutiva e centros colaboradores da OMS), pessoal da sede da OMS, representações nas regiões, nos países e em outros lugares, ONGs pertinentes, sociedades médicas interessadas no controle do câncer ou na saúde sexual e reprodutiva, revistas científicas (revistas de medicina geral, e revistas especializadas gerais, em geral, e revistas especializadas em saúde sexual e reprodutiva ou em câncer), organizações internacionais, doadores, possíveis doadores, possíveis editores de versões traduzidas, assim como todos os que colaboraram para os documentos³ e o Congresso Mundial da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO),⁴ entre outros. Também estão programados vários seminários via Web, em 2015 e 2016, em cada uma das regiões da OMS com o grupo Cervical Cancer Action.⁵

Já estão programadas oficinas regionais nas Américas e na África para apresentar as novas diretrizes da OMS a vários interessados que são participantes do planejamento de programas nacionais em 2015. As outras regiões serão cobertas no período de 2016 a 2017.

² Pode-se assinar a publicação *WHO Reproductive Health Update* no endereço <http://www.who.int/reproductivehealth/news/msg-from-RHR-HRP/en/>.

³ Ver: <http://www.uicc.org/convening/world-cancer-congress>

⁴ Ver: <http://figo2015.org/>

⁵ Ver: <http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php>

Se solicitado pelos escritórios regionais da OMS, os países receberão apoio para adaptar a diretriz às necessidades específicas do país e integrar o material às diretrizes nacionais existentes. A adaptação será realizada pela organização de oficinas regionais, sub-regionais e nacionais para a discussão dos elementos essenciais das diretrizes com o fim de adaptá-los ao contexto epidemiológico, cultural e socioeconômico nacional. A princípio, as diretrizes estarão disponíveis somente em inglês e as traduções serão feitas segundo a disponibilidade de financiamento. A tradução para outros idiomas além dos oficiais das Nações Unidas e a publicação nesses idiomas por terceiros serão incentivadas.

Avaliação da diretriz

O número de *downloads* nos *sites* da OMS (sede e regionais) será usado como indicador de interesse nessas diretrizes.

O Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, na sede da OMS, está trabalhando com os escritórios regionais da OMS para monitorar as solicitações de assistência técnica dos países no uso dessas diretrizes pelos países. Com essa finalidade, serão organizadas no país reuniões de interessados diretos nacionais e registradas as respostas sobre a clareza, a viabilidade e a utilidade das recomendações e diretrizes. Nós também monitoraremos, com os escritórios regionais, quantos países modificarão suas diretrizes nacionais com base na publicação dessas novas diretrizes da OMS.

Atualização da diretriz

O Grupo de Formulação de Diretrizes continuará a colaborar com a OMS de modo circunstancial para cada um dos capítulos a fim de abordar as lacunas de pesquisa identificadas durante o processo. Além disso, as evidências publicadas sobre novos métodos de rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero e das lesões pré-cancerosas serão monitoradas para que se possa considerar com rapidez a atualização das orientações e recomendações. O mesmo procedimento será aplicado às recomendações relativas à vacinação contra o HPV, e o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) em Imunização fará a revisão constante dos novos dados publicados que sejam pertinentes. Um grupo do Programa de Controle do Câncer da OMS também trabalhará nas recomendações para o tratamento do câncer em geral. Por fim, em conformidade com a resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2014 sobre cuidados paliativos, um grupo também formulará novas recomendações sobre esse tema. A OMS prevê que cerca de cinco anos após a publicação das presentes recomendações, haverá novas evidências suficientes para a atualização destas diretrizes da OMS e o possível acréscimo de novas.

Na comunidade



Níveis do sistema de saúde⁶

Nível da comunidade

Este nível abrange indivíduos e organizações; organizações não governamentais comunitárias, religiosas e de outros tipos; e serviços de cuidados paliativos comunitários e domiciliares. Compreende também postos de saúde, que geralmente contam com um técnico de enfermagem ou um agente comunitário de saúde.

No centro de saúde



Centro de saúde – nível de atenção primária

Um centro de saúde é um estabelecimento de atenção primária com pessoal capacitado e horário regular de atendimento. Pode oferecer maternidade e serviços mínimos de laboratório.

Os profissionais nesse nível são enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, conselheiros, educadores em saúde, assistentes médicos, assistentes clínicos e, às vezes, médicos.

No hospital distrital



Hospital regional – nível de atenção secundária

Um hospital típico deste nível presta serviços gerais de medicina, pediatria e maternidade, cirurgia geral, atenção hospitalar e ambulatorial e atenção especializada em algumas áreas específicas. As pacientes podem ser encaminhadas a esse nível por centros de saúde e médicos particulares do distrito. Os serviços laboratoriais podem incluir citologia e histopatologia.

Os profissionais nesse nível são médicos generalistas ou assistentes clínicos, enfermeiros, técnicos em farmácia ou outros funcionários de farmácia, assistentes médicos, assistentes de enfermagem, assistentes de laboratório e possivelmente um ginecologista e um citotecnólogo. Com frequência, esse nível abrange hospitais privados e missionários.

⁶ Esta descrição não inclui serviços e profissionais fora do sistema formal de saúde, como curandeiros, parteiras, vendedores de medicamento e outros, que também desempenham papéis importantes.

No hospital central



Hospital central ou de referência –nível de atenção terciária

Os hospitais de atenção terciária prestam atenção especializada a casos complexos e a pacientes em estado agudo, que incluem cirurgia, radioterapia e múltiplos serviços de ambulatório e hospitalização. Há oferta de clínicas médicas gerais, que atendem pacientes com condições agudas e crônicas. Dispõem dos serviços públicos mais completos de laboratório de diagnóstico e de referência, com patologia, citotecnologia, radiologia e imagiologia. Os profissionais nesse nível são ginecologistas, oncologistas e radioterapeutas, assim como aqueles presentes nos níveis de menor complexidade.

Leitura essencial

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/a92126/en/> – acesso em 18 de julho de 2014).
- International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC handbooks of cancer prevention, volume 10: cervix cancer screening. Lyon: CIIC; 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php> – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd edition. Geneva: OMS; 1996 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37896/1/9241544821.pdf> – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: OMS; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf> – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). Surgical care at the district hospital. Geneva: OMS; 2003 (Disponível em inglês em <http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf> – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO). Resolution WHA58.22. Cancer prevention and control. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Geneva: OMS; 2005 (http://www.who.int/ipcs/publications/wha/cancer_resolution.pdf – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO). Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care (module 5). Geneva: OMS; 2007 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/ – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals. Geneva: OMS; 2007 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69873/1/WHO_RHR_08.14_eng.pdf – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: OMS; 2007. (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment (module 4). Geneva: OMS; 2008 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/ – acesso em 21 de novembro de 2014).

- World Health Organization (WHO). A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool. Genebra: OMS; 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/> – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Genebra: OMS; 2010 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/ – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Genebra: OMS; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/> – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer prevention and control costing tool (C4P): user's guide. Genebra: OMS; 2012 (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/ – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness. Genebra: OMS; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf – acesso em 21 de novembro de 2014).
-]World Health Organization (WHO). WHO information sheet: observed rate of vaccine reactions: human papillomavirus vaccine. Genebra: OMS; 2012 (http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO technical specifications: cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer. Genebra: OMS; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/> – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Genebra: OMS; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/> – acesso em 21 de novembro de 2014).
- Organização Mundial da Saúde (OMS)/Organização Pan-Americana da Saúde. Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Genebra: OMS; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/978927517479_por.pdf?ua=1 – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Genebra: OMS; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/ – acesso em 18 de julho de 2014).

- World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014; 89(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf> – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Genebra: OMS; 2014 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/> – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO). Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014;89(21):221–36 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf> – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme: from decision to implementation and monitoring. Genebra: OMS; 2014 (http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/en/ – acesso em 21 de novembro de 2014).
- World Health Organization (WHO). Resolution WHA 67.19. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Sixty-seventh World Health Assembly, agenda item 15.5, Geneva, 24 May 2014. Genebra: OMS; 2014 (WHA 67.19; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma *in situ*: cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization. Genebra: OMS; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104174/1/9789241506779_eng.pdf – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC), African Population and Health Research Center (APHRC). Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Genebra: OMS; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75250/1/9789241503860_eng.pdf – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO). Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Genebra: OMS; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/> – acesso em 18 de julho de 2014).

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF).

The WHO– UNICEF joint statement: vaccine donations, August 7, 2010.

Genebra: OMS; 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/> – acesso em 21 de novembro de 2014).

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). WHO– UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP).

Genebra: OMS; 2014 (http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en/ – acesso em 21 de novembro de 2014).

Sites úteis:

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP) [Aliança para a Prevenção do Câncer do Colo do Útero]: www.alliance-cxca.org

EngenderHealth: www.engenderhealth.org/

Grounds for Health: <http://www.groundsforhealth.org/>

International Agency for Research on Cancer (IARC) [Agência internacional de pesquisa Câncer]: <http://www.iarc.fr/>

Jhpiego: <http://www.jhpiego.org/>

PATH: <http://www.path.org/>

WHO Department of Reproductive Health and Research [Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS]: <http://www.who.int/reproductivehealth>

WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals [Departamento de Imunização, Vacinas e Produtos Biológicos da OMS]: <http://www.who.int/immunization>

WHO Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health

[Departamento de Saúde Materna e Saúde do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente da OMS]: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/

WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases [Departamento de Doenças Não Transmissíveis da OMS]: <http://www.who.int/nmh/>

WHO Department of Essential Medicines and Health Products [Departamento de Medicamentos Essenciais e Produtos para a Saúde da OMS]: <http://www.who.int/medicines>

WHO HPV Vaccine Introduction Clearing House [Centro de Intercâmbio de Informações sobre a Introdução da Vacina contra o HPV da OMS]: <http://www.who.int/immunization/hpv>

WHO Human papillomavirus (HPV) [Papilomavírus humano (HPV), OMS]: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv>



CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Capítulo 1. Contextualização

Pontos-chave

- O câncer do colo do útero é uma doença que pode ser amplamente prevenida, mas é uma das principais causas de morte por câncer nas mulheres de todo o mundo. A maioria das mortes ocorre em países de baixa a média renda.
- A causa primária das lesões precursoras e do câncer do colo do útero é a infecção persistente ou crônica por um ou mais tipos de papilomavírus humano (HPV) “de alto risco” (oncogênicos).
- O HPV é a causa mais frequente de infecção contraída através de relações sexuais, geralmente no início da vida sexual.
- A maioria das mulheres e dos homens infectados por HPV apresentará resolução espontânea da infecção.
- Uma minoria das infecções por HPV persiste; nas mulheres essa infecção pode causar lesões precursoras do câncer do colo do útero que, se não tratadas, podem evoluir para câncer 10 a 20 anos depois.
- As mulheres com HIV têm maior probabilidade de contrair infecção persistente por HPV em idade mais jovem e de desenvolver câncer mais cedo.
- O conhecimento básico da anatomia pélvica feminina e da evolução natural do câncer do colo do útero possibilita que os profissionais de saúde dos níveis primário e secundário se comuniquem efetivamente com as mulheres, famílias e comunidades, e melhorem seu entendimento da prevenção desse câncer.

Sobre este capítulo

Este capítulo é baseado nas seguintes diretrizes da OMS:

Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Genebra: OMS; 2002 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42544/1/9241545720.pdf>).

Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Genebra: OMS; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/9789275717479_por.pdf?ua=1)

Outros artigos e publicações usados como base podem ser encontrados sob o título de Leitura complementar, ao final do capítulo.

Este capítulo é dividido em três seções. A Seção 1.1, “Por que a ênfase em câncer do colo do útero?”, resume as estatísticas globais e as grandes disparidades nas taxas

anuais de novos casos diagnosticados (incidência) e mortes registradas (mortalidade) existentes entre os países e em cada um deles. Essas informações ilustram a carga de câncer do colo do útero nas mulheres e nos serviços de saúde, e as razões pelas quais o acesso universal a serviços de prevenção é de máxima importância.

A Seção 1.2, “Anatomia e fisiologia pélvica feminina”, apresenta a anatomia pélvica das mulheres e descreve as mudanças ocorridas no colo do útero ao longo da vida, desde a infância até a menopausa. Explica também a relação entre essas mudanças e a prevenção do câncer do colo do útero. O conhecimento básico sobre a anatomia reprodutiva feminina ajuda os profissionais de saúde a se comunicarem com as mulheres, famílias e comunidades a respeito dos serviços de prevenção do câncer do colo do útero (ver Capítulo 3).

A Seção 1.3, “Evolução natural do câncer do colo do útero”, contém informações sobre a progressão muito lenta das alterações causadas pela infecção persistente por HPV. Os profissionais de saúde precisam compreender essas alterações sequenciais para que possam explicar à comunidade por que temos a oportunidade de prevenir a maioria dos cânceres do colo do útero e, portanto, de evitar o sofrimento e as mortes prematuras causadas por essa doença.

1.1 Por que a ênfase em câncer do colo do útero?

1.1.1 Razões para a ênfase em câncer do colo do útero

As razões para a ênfase em câncer do colo do útero incluem:

- Em todo o mundo, 266 000 mulheres morrem de câncer do colo do útero a cada ano. Essa é a principal causa de morte por câncer na África oriental e central.
- A maioria dessas mortes pode ser prevenida pelo acesso universal a programas integrais de prevenção e controle do câncer do colo do útero, os quais podem alcançar todas as meninas com a vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), e todas as mulheres em risco com o rastreamento e o tratamento das lesões precursoras.
- Sabemos qual é a causa do câncer do colo do útero: quase todos os casos se devem a uma infecção persistente (muito duradoura) por um ou mais tipos de HPV “de alto risco” (oncogênicos).
- Conhecemos a evolução natural da infecção por HPV e a progressão muito lenta da doença em mulheres que não tem nenhum comprometimento do sistema imunológico, desde a condição normal (saudável) à lesão precursora e ao câncer invasivo, que pode ser fatal.
- O intervalo de 10 a 20 anos entre as lesões precursoras e o câncer, oferece ampla oportunidade de rastrear, detectar e tratar as lesões de alto grau e evitar

sua progressão até o câncer. Entretanto, nas mulheres imunocomprometidas (por exemplo, aquelas com HIV) o avanço entre as lesões precursoras e o câncer é mais frequente e mais rápido.

- Existem vários exames disponíveis e a custo acessível capazes de detectar efetivamente as lesões precursoras, bem como várias opções de tratamento a baixo custo.
- Já existem vacinas contra o HPV; sua aplicação em todas as meninas antes do início da vida sexual pode prevenir grande parte dos cânceres do colo do útero.
- Até que haja acesso universal a programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero, o que exigirá a abordagem das atuais iniquidades, as grandes disparidades das taxas de incidência e taxas de mortalidade existentes em diferentes regiões continuarão a evidenciar a falta de serviços de saúde integrais e efetivos.

1.1.2 Epidemiologia global do câncer do colo do útero

A epidemiologia é o estudo da distribuição e dos fatores determinantes de estados ou eventos relacionados com a saúde (inclusive doenças), e sua aplicação ao controle de doenças e outros problemas de saúde.

a. Números e comparações entre países

O câncer do colo do útero é o câncer mais comum nas mulheres em 45 países do mundo, e responsável pela morte de mais mulheres que qualquer outra forma de câncer em 55 países, entre os quais estão muitos países da África subsaariana, muitos da Ásia (inclusive a Índia) e alguns dos centro-americanos e sul-americanos. Os mapas das Figuras 1.1 e 1.2 mostram diferenças mundiais das taxas de incidência e mortalidade entre países e regiões do mundo. Esses mapas não mostram as amplas disparidades das taxas de incidência e mortalidade dentro de um mesmo país, relacionadas com variações socioeconômicas e geográficas, preconceitos de gênero e fatores culturais, que podem restringir gravemente o acesso de alguns grupos de mulheres aos serviços de saúde.

Além disso, os dados a seguir ilustram claramente as grandes diferenças encontradas entre as mulheres que vivem em países de alta renda e as que vivem em países de baixa e média renda:

- Em 2012, 528 000 novos casos de câncer do colo do útero foram diagnosticados em todo o mundo; e destes, cerca de 85% ocorreram em regiões menos desenvolvidas.
- No mesmo ano, 266 000 mulheres morreram de câncer do colo do útero em todo o mundo; cerca de 9 em cada 10, ou um total de 231 000 mulheres, viveram e morreram em países de baixa a média renda. Em contrapartida, 35 000 mulheres, ou apenas 1 de cada 10, viveram e morreram em países de alta renda.

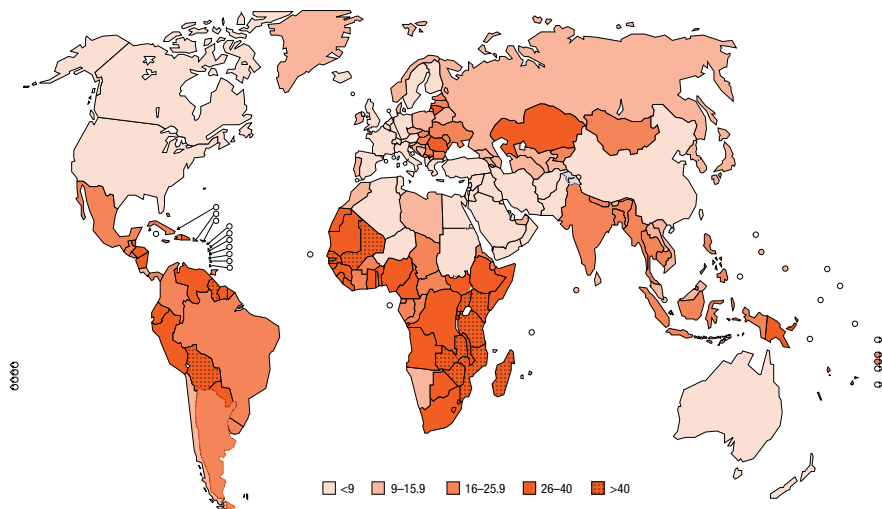
A principal razão dessas disparidades é a falta de programas organizados e efetivos de prevenção, detecção precoce e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno, bem como a falta de acesso igualitário a esses programas. Sem essas intervenções, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero é elevada, uma vez que o câncer será detectado quando já está em estágio avançado, quando o tratamento já não é efetivo.

b. Mudanças observadas, nos últimos 30 anos, no número de casos diagnosticados e de mortes.

Nos últimos 30 anos, a taxa de incidência de câncer do colo do útero e a taxa de mortalidade por esse tipo de câncer caíram nos países em que houve melhora da situação social e econômica. Essa mudança se deve em grande parte, à implementação de esforços de prevenção secundária como rastreamento organizado, diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras e do câncer em estágio inicial.

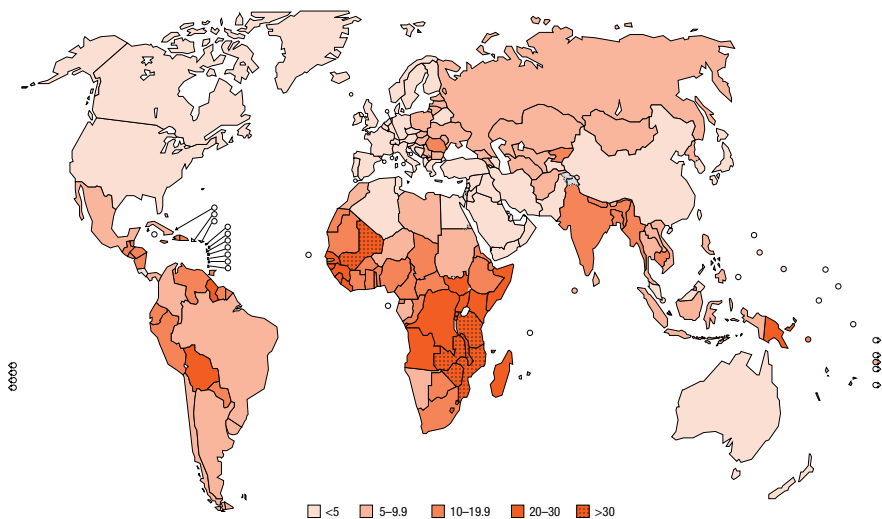
Para resumir esta seção do Capítulo 1, as estatísticas apresentadas aqui refletem uma alarmante negligência em relação as mulheres de países de baixa e média renda, o que determina a necessidade urgente de instituir serviços de saúde efetivos e de acesso universal.

Figura 1.1: Incidência estimada de câncer do colo do útero no mundo, 2012



Fonte: International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012: cancer fact sheets: cervical cancer. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (CIIC); 2014.

Figura 1.2: Taxa de mortalidade estimada por câncer do colo do útero no mundo, 2012



Fonte: International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012: cancer fact sheets: cervical cancer. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (CIIC); 2014.

1.2 Anatomia e fisiologia pélvica feminina

1.2.1 Por que é importante conhecer a anatomia genital feminina

O conhecimento da anatomia das estruturas pélvicas femininas ajuda os profissionais de saúde participantes dos programas de combate ao câncer do colo do útero a cumprir suas tarefas, entre as quais figuram:

- realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- realizar o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento de lesões precursoras;
- encaminhar as mulheres com lesões, que não podem ser tratadas no nível do profissional, a estabelecimentos de maior complexidade;
- interpretar os laudos laboratoriais, os relatórios de intervenções terapêuticas e as recomendações clínicas recebidas de profissionais em níveis de maior complexidade do sistema de saúde;
- educar e orientar diretamente cada paciente (e a família se ela assim solicitar) sobre sua condição e o plano de cuidados de acompanhamento; e
- comunicar-se de maneira efetiva com profissionais em todos os níveis da atenção, inclusive os agentes comunitários de saúde e os profissionais do nível terciário de referência.

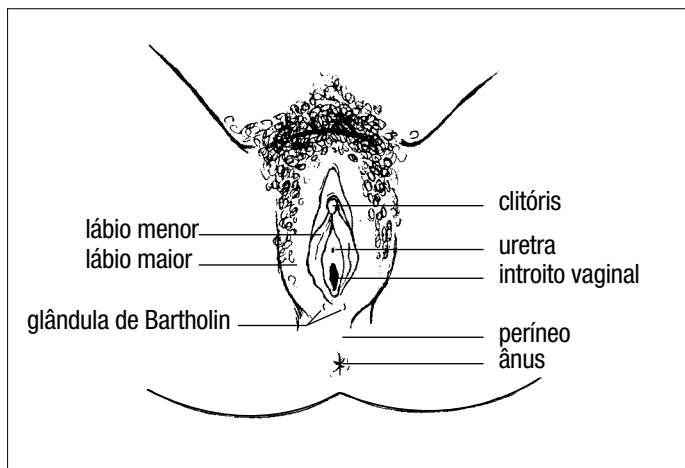
Veja na Introdução as descrições dos diferentes níveis dos serviços de saúde e os profissionais de cada nível.

1.2.2 Identificação dos órgãos genitais externos e internos

a. Órgãos genitais externos

Os órgãos genitais externos são aqueles visíveis sem uso de instrumentos ou com auxílio de um espéculo. A Figura 1.3 mostra a área observada quando uma mulher em idade reprodutiva afasta as pernas, que inclui a vulva (a área entre a borda superior da figura e a altura das glândulas de Bartholin), o períneo e o ânus. A vulva compreende a abertura vaginal (introito) que, com as estruturas vizinhas, é protegida pelos lábios maiores e menores da vulva. O clitóris é um órgão pequeno e muito sensível que aumenta o prazer sexual. A abertura urinária (uretra) é um orifício muito pequeno localizado acima do introito. O períneo é a área compreendida entre a abertura vaginal e o ânus. As glândulas de Bartholin produzem muco transparente, que lubrifica o introito quando uma mulher é estimulada sexualmente.

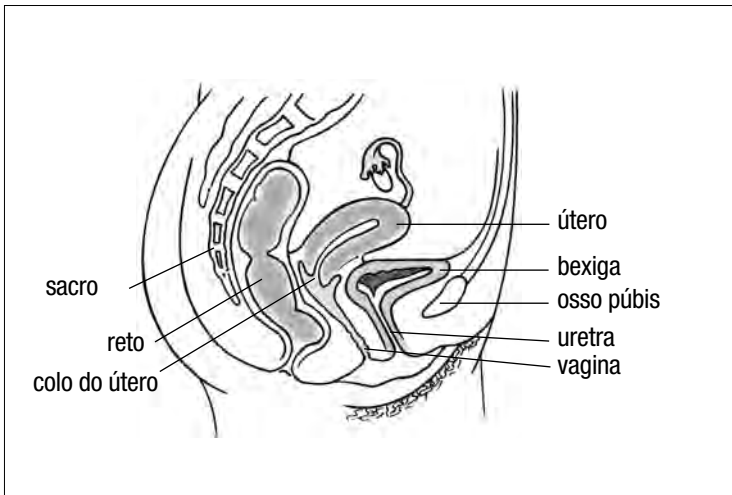
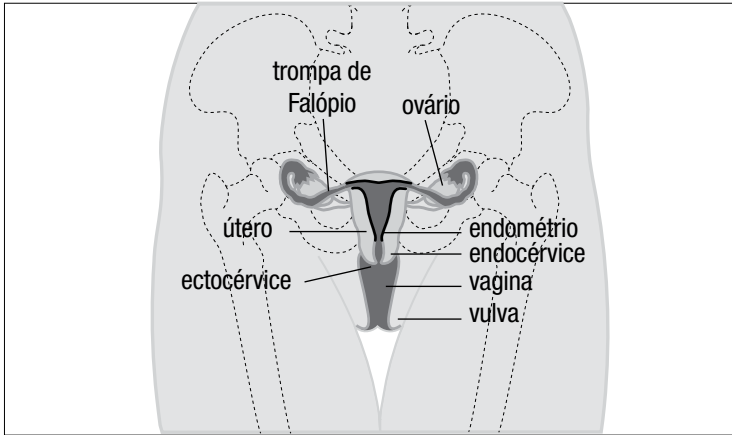
Figura 1.3: Órgãos genitais externos femininos



b. Órgãos genitais internos

Os órgãos localizados no interior da pelve não são visíveis, exceto quando expostos por uma incisão ou laparoscopia. Como mostra a Figura 1.4, a bexiga e a uretra estão atrás do osso púbis e na frente da vagina e do colo do útero. O corpo do útero está acima do colo do útero, e a parte inferior do cólon e o reto estão atrás dos órgãos genitais. O útero é sustentado por ligamentos ou espessamentos do revestimento da cavidade abdominal (peritônio). Os ureteres (tubos delgados que conduzem a urina dos rins até a bexiga) estão situados de cada lado do útero, mas não são mostrados nestas figuras.

Figura 1.4: Vistas frontal e lateral órgãos genitais internos femininos



1.2.3 Breve descrição dos órgãos pélvicos

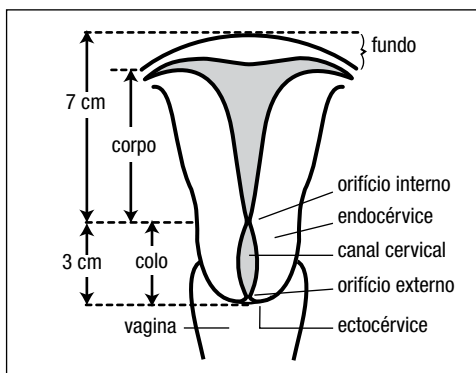
a. Vagina

A vagina é um tubo elástico muscular com múltiplas pregas, que se estende do introito ao colo do útero. A parte inferior do colo do útero (ectocérvice) se protraí na extremidade superior da vagina, e a área vaginal ao seu redor é denominada fundo de saco vaginal.

b. Colo do útero

O colo corresponde ao terço inferior do útero. Em uma mulher não grávida em idade fértil, mede cerca de 3 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro. A parte inferior do colo do útero (ectocérvice) está localizada na vagina e é visível ao exame com espécúlo; os dois terços superiores do colo do útero (endocérvice) estão acima da vagina e não são visíveis. A maioria dos cânceres do colo do útero se origina na área de junção da endocérvice com a ectocérvice. A Figura 1.5 mostra o útero e o tamanho relativo do colo como parte do útero em uma mulher em idade reprodutiva.

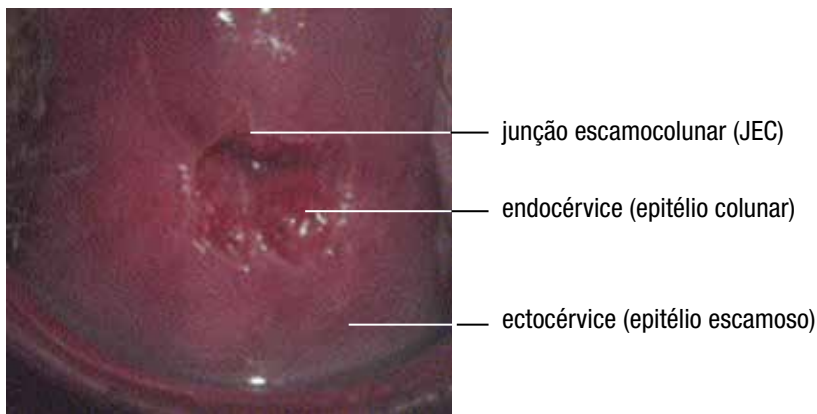
Figura 1.5: Útero e colo do útero de uma mulher em idade reprodutiva



O colo do útero é constituído de tecido fibromuscular denso. O canal cervical atravessa o centro do colo, do orifício interno (abertura na entrada da cavidade uterina) ao orifício externo (abertura no colo observada com auxílio do espécúlo).

A Figura 1.6 é uma fotografia em pequena ampliação do colo do útero observado com auxílio de um espécúlo. Mostra a abertura levemente irregular do canal cervical, ou orifício externo, em uma mulher na idade reprodutiva que nunca teve parto vaginal. Nas mulheres que já tiveram um ou mais partos, o orifício tem a aparência de uma fenda irregular, larga, semelhante a uma boca. Nessa figura, a área mais escura ao redor do orifício é uma extensão do epitélio colunar que reveste o canal; a área mais clara circundante é constituída de epitélio escamoso estratificado que se estende da vagina. A linha de união dos dois epitélios é a junção escamocolunar (JEC).

Figura 1.6: Colo do útero



As próximas seções apresentam uma descrição mais detalhada dos epitélios do colo do útero e das mudanças normais que ocorrem durante a vida reprodutiva (Seção 1.2.4), além de uma descrição das mudanças na aparência do colo do útero ao longo da vida de uma mulher (Seção 1.2.5). Essas seções são um preâmbulo importante à seção 1.3: Evolução natural do câncer do colo do útero.

c. Útero

O útero é um órgão muscular, oco, piriforme e com paredes espessas. Quando não está aumentado por gravidez ou tumor, mede cerca de 10 cm do topo (fundo) até a base da ectocérvice (ver Figura 1.5). É sustentado por vários ligamentos formados por espessamentos do peritônio (a membrana muito delgada de revestimento da parede abdominal), que estão fixados na parede pélvica. A área entre o útero e a parede pélvica é o paramétrio.

A cavidade uterina é revestida por endométrio, uma camada de epitélio que contém muitas glândulas; o endométrio passa por alterações extraordinárias durante o ciclo menstrual e a gravidez.

d. Ovários

Os ovários são dois órgãos, um de cada lado da pelve. Com poucas exceções, em uma mulher que apresenta períodos menstruais mensais naturais, todos os meses um dos ovários produz um óvulo (ovulação).

e. Trompas de Falópio

As trompas de Falópio são tubos ocos e delgados que conduzem o óvulo dos ovários até o útero. É na trompa de Falópio que ocorre a fertilização do óvulo se a mulher

manter relação sexual nos dias imediatamente antes ou depois da ovulação sem usar contracepção.

f. Estruturas sanguíneas e linfáticas na pelve

As artérias e veias que irrigam o útero e o colo do útero descem ao longo de cada lado do colo. É importante ter em mente a localização dos vasos para não injetar o anestésico local no interior de um vaso durante a anestesia do colo do útero.

Os linfonodos e os ductos que drenam os órgãos pélvicos estão localizados perto dos vasos sanguíneos e podem ser uma via de disseminação do câncer do colo do útero. Nos estágios avançados do câncer, tumores grandes podem obstruir a drenagem linfática e causar inchaço das pernas (linfedema).

g. Sistema nervoso da região pélvica

A ectocérvice não tem terminações nervosas sensíveis à dor; portanto, os procedimentos realizados apenas nessa área (por exemplo, biópsia e crioterapia) são bem tolerados sem anestesia. Já a endocérvice tem muitas terminações nervosas sensitivas, o que provoca dor durante os procedimentos nessa área, como a curetagem endocervical, e no caso de lesão e estiramento.

O colo do útero também contém redes de nervos; esses nervos fazem parte do sistema nervoso autônomo, que participa do controle da frequência cardíaca, da pressão arterial e de outras funções do organismo. Os procedimentos no canal endocervical, como a inserção de espéculo endocervical ou cureta, podem estimular esses nervos e causar uma reação vasovagal, caracterizada por sudorese, baixa frequência cardíaca, baixa pressão arterial e desmaio.

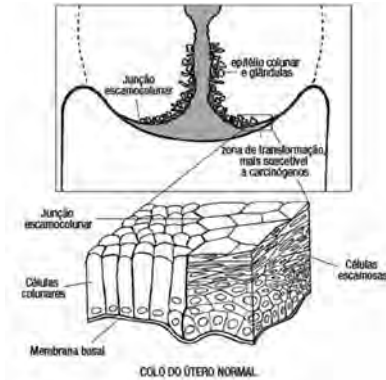
O bloqueio paracervical, técnica de anestesia local usada em alguns procedimentos, é realizado por injeção de anestésico em diversos pontos no corpo da ectocérvice ou no fundo de saco vaginal, mas evitando introduzir a agulha nas posições de 3h e 9h, onde há vasos.

1.2.4 Os epitélios cervicais e as mudanças normais durante os anos reprodutivos

a. Descrição dos epitélios cervicais

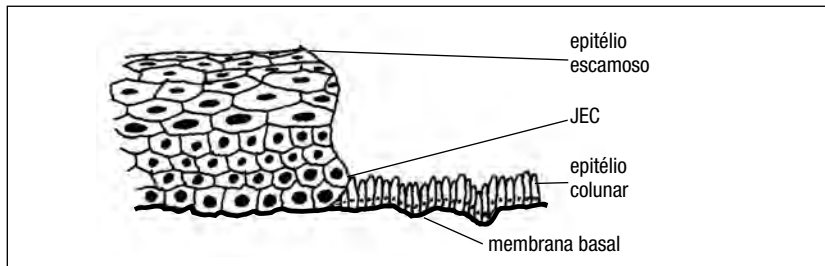
A superfície do colo do útero é coberta por dois tipos de epitélio, o revestimento encontrado na pele e no interior de órgãos ocultos. A ectocérvice é coberta por epitélio escamoso estratificado (em múltiplas camadas), protetor e resistente, uma continuação do revestimento vaginal. O canal é coberto por uma única camada de células colunares altas – o epitélio colunar – que reveste o canal cervical (ver Figuras 1.7 e 1.8).

Figura 1.7: O colo do útero normal



Fonte: Blumenthal PD, McIntosh N. Diretrizes para a prevenção do carcinoma do colo uterino em locais com recursos limitados. Baltimore (MD): Jhpiego; 2005.

Figura 1.8: Os dois tipos de epitélio cervical e a junção escamocolumnar (JEC)



Fonte: Adaptado, com permissão, de Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer; 2003.

O epitélio escamoso estratificado, mostrado na Figura 1.8, consiste em uma camada arredondada e profunda coberta por várias camadas de células cada vez mais planas e semelhantes a azulejos.

O epitélio colunar, uma única camada de células altas, reveste o canal cervical e se estende externamente até uma porção variável da ectocérvice. É muito mais delgado e frágil que o epitélio escamoso da ectocérvice e contém muitas glândulas que lubrificam o canal.

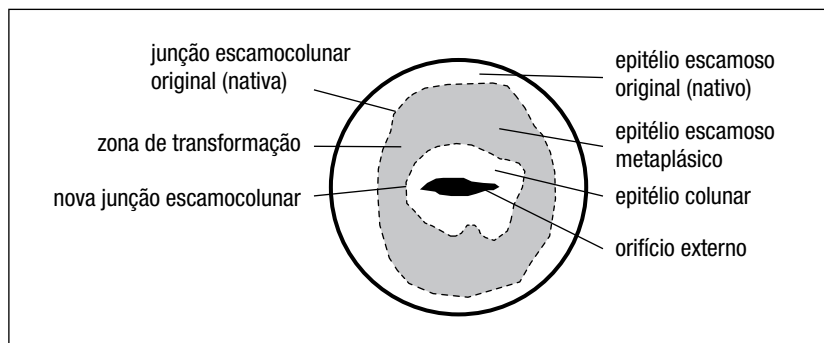
A junção escamocolumnar (JEC) é o local de encontro dos dois tipos de epitélio. A JEC é vista na Figura 1.8 como uma linha nítida, com um degrau produzido pela diferença de espessura dos dois epitélios. O local da JEC varia com a idade da mulher, o estado hormonal, os antecedentes de traumatismo no parto, a presença ou ausência de gravidez e o uso de contraceptivos orais.

b. Mudanças normais nos epitélios cervicais durante os anos reprodutivos de uma mulher

Quando exposto ao ambiente ácido da vagina, o epitélio colunar mais frágil que se prolonga para fora do canal cervical até a superfície do colo é substituído por epitélio escamoso mais resistente. Esse processo normal de substituição, denominado metaplasia escamosa, dá origem a uma segunda JEC. A área de tamanho variável entre a JEC original e a nova JEC é a zona de transformação.

Como descreveremos na próxima seção deste capítulo, sobre a evolução natural do câncer do colo do útero (Seção 1.3), as células da zona de transformação são mais vulneráveis à infecção pelo HPV e é nesse local que surge a maioria dos carcinomas de células escamosas.

Figura 1.9: Zona de transformação do colo do útero de uma mulher parípara em idade reprodutiva



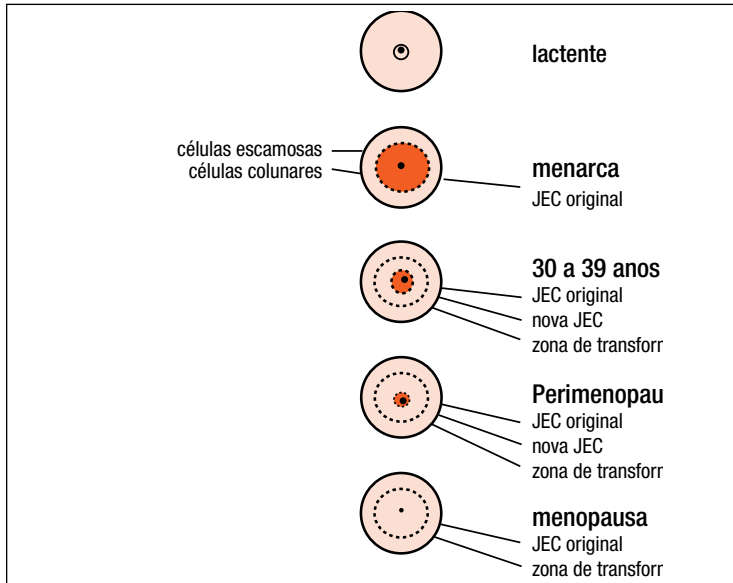
Fonte: Reproduzido, com permissão, de Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer; 2003.

A Figura 1.9 mostra a superfície do colo do útero de uma mulher que teve um ou mais partos vaginais. É possível ver as mudanças normais que incluem o epitélio escamoso metaplásico, a zona de transformação e as duas JEC.

1.2.5 Mudanças normais na aparência do colo do útero segundo a idade da mulher

Além das mudanças epiteliais do colo do útero descritas na Seção 1.2.4, a aparência do colo também passa por notáveis mudanças desde o nascimento até a pós-menopausa. A Figura 1.10 contém desenhos esquemáticos que mostram as modificações induzidas pela idade no colo do útero, embora caiba observar que na vida real a aparência e a demarcação do colo de uma mulher em diferentes estágios da vida não são tão nítidas quanto mostra a ilustração.

Figura 1.10: Aparência do colo do útero ao longo da vida de uma mulher



JEC: junção escamocolumnar.

Fonte: Desenho de August Burns; adaptado, com permissão, de Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer; 2003.

a. Do nascimento à pré-adolescência

A JEC original está presente em meninas ao nascer e é encontrada no orifício externo ou muito perto dele.

b. Da menarca ao início da idade reprodutiva

Na puberdade, quando os ovários começam a secretar estrogênio, o colo do útero aumenta de tamanho; as células colunares da endocérvice e a JEC original se tornam visíveis na ectocérvice.

c. Mulheres de 30 a 39 anos

Sob a influência do estrogênio, ocorre um processo de maturação normal ou metaplasia escamosa e há uma JEC original e uma nova JEC. A zona de transformação é a área entre as duas JECs.

d. Mulheres na perimenopausa

À medida que as mulheres envelhecem e a influência do estrogênio diminui com a aproximação da menopausa, o colo do útero diminui de tamanho e o epitélio colunar e a zona de transformação retrocedem da ectocérvice para o canal cervical.

e. Mulheres na pós-menopausa

Sem estimulação estrogênica, a JEC original continua visível ao exame com espêculo, mas a nova JEC e uma porção variável do epitélio metaplásico da zona de transformação retrocedem para o canal cervical.

No entanto, as mudanças progressivas podem ser desiguais e, em algumas mulheres na pós-menopausa, o colo do útero pode se parecer com o apresentado no desenho anterior (na perimenopausa), com a nova JEC ainda parcial ou totalmente visível.

1.3 Evolução natural do câncer do colo do útero

1.3.1 O que é o câncer?

Câncer é o nome dado ao crescimento maligno, autônomo e descontrolado de células e tecidos. Esse crescimento forma tumores, que podem invadir os tecidos vizinhos e produzir novos tumores semelhantes ao câncer original em partes distantes do corpo, denominados metástases. À medida que cresce, o câncer destrói os tecidos normais e compete por nutrientes e oxigênio.

1.3.2 O que é o câncer do colo do útero?

A infecção persistente pelos tipos carcinogênicos de HPV é a causa da maioria dos cânceres do colo do útero. Noventa por cento dos cânceres do colo do útero são de células escamosas e se iniciam na zona de transformação da ectocérvice; os outros 10% são adenocarcinomas, que surgem na camada colunar glandular da endocérvice.

Como afirmado na Seção 1.1 deste capítulo, o câncer do colo do útero pode ser prevenido por vacinação de meninas contra os papilomavírus humano que o causam e por rastreamento e tratamento das lesões precursoras, já que essas lesões surgem muitos anos antes do câncer. Além disso, quando há detecção precoce e tratamento, o câncer do colo do útero ainda pode ser curado.

1.3.3 O que é a lesão precursora do câncer do colo do útero?

A lesão precursora do câncer do colo do útero é uma alteração específica nas células epiteliais da zona de transformação do colo do útero; as células começam se desenvolver de maneira anormal na presença de infecção persistente ou prolongada por HPV.

Na maioria dos cânceres, ainda que haja um estágio precursor, este é muito curto para ser notado e o diagnóstico e o tratamento não são fáceis. O câncer do colo do útero é um dos pouquíssimos cânceres cujo estágio precursor (lesão de alto grau) dura muitos anos antes de se converter em câncer invasivo, o que dá ampla oportunidade para a detecção e o tratamento.

Infelizmente, embora a prevenção seja possível, uma grande quantidade de mulheres ainda morre de câncer do colo do útero em muitos países (ver Seção 1.1). O motivo é a

falta de acesso a serviços de prevenção e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno, devido a diversos fatores, como barreiras que limitam o acesso aos serviços (por exemplo, horário de atendimento, distância, falta de transporte), além de barreiras culturais e de gênero. Na maioria dos casos, porém, a principal causa é a pobreza.

1.3.4 Infecção por HPV e cofatores que facilitam as infecções persistentes

A causa primária das lesões precursoras e do câncer do colo do útero é a infecção assintomática, persistente ou crônica por um ou mais dos tipos de HPV de alto risco (carcinogênicos ou oncogênicos). O HPV é a causa mais comum de infecção sexualmente transmissível.

A maioria dos mais de 100 tipos numerados de HPV não está associada ao câncer do colo do útero. Sete de cada 10 (70%) casos de câncer do colo do útero notificados no mundo são causados por apenas dois tipos de HPV: 16 e 18. Outros quatro tipos de HPV de alto risco – 31, 33, 45 e 58 – estão associados com menor frequência ao câncer do colo do útero, e alguns tipos são mais prevalentes que outros em determinadas regiões geográficas.

Dois tipos de HPV de baixo risco (6 e 11) não causam câncer do colo do útero, mas são a causa da maioria das verrugas genitais (condilomas).

Quase todos os homens e as mulheres contraem a infecção por HPV pouco depois do início da vida sexual. Não é necessário que haja penetração da vagina pelo pênis, pois o vírus pode ser transmitido pelo contato pele com pele das áreas genitais perto do pênis e da vagina.

Como ocorre nas mulheres, as infecções de homens por HPV também costumam ser assintomáticas e a maioria tem curta duração. Os homens podem desenvolver câncer do ânus; na maioria das vezes esse câncer está associado ao HPV 16 e é mais comum nos homens quem fazem sexo com homens. Como nas mulheres, os tipos 6 e 11 de HPV causam a maioria das verrugas genitais masculinas.

Nas mulheres, a zona de transformação na ectocérvice aumenta durante a puberdade e a gravidez. A exposição ao HPV nesses períodos pode facilitar a infecção, o que pode explicar a associação entre o câncer do colo do útero e o início precoce da atividade sexual, o primeiro parto em idade prematura e uma história de múltiplas gestações. Comportamentos que também podem aumentar o risco de infecção por HPV (e, portanto, de câncer do colo do útero) são ter múltiplos parceiros sexuais e ter parceiros com múltiplos parceiros.

Embora a infecção por um tipo de HPV de alto risco seja a causa subjacente de quase todos os casos de câncer do colo do útero, NÃO é verdade que essas infecções quase sempre causem câncer. Na verdade, a maioria das mulheres infectadas pelo HPV de alto risco não desenvolve câncer porque a maioria das infecções, qualquer que

seja o tipo de HPV, tem curta duração; e o corpo os elimina espontaneamente em menos de dois anos. A infecção por HPV de alto risco só persiste (se torna crônica) em uma porcentagem pequena de mulheres, e só uma porcentagem pequena dessas infecções crônicas evolui para lesões precursoras de alto grau; destas, uma porcentagem ainda menor evolui para câncer invasivo. Portanto, calcula-se que não mais de 2% das mulheres nos países de baixa renda desenvolverão câncer do colo do útero ao longo da vida.

Não se conhecem bem as condições que podem levar a infecção por HPV a persistir e evoluir para câncer, mas é provável que haja influência dos seguintes fatores de risco:

- tipo de HPV – sua oncogenicidade ou capacidade de causar câncer;
- estado imune – as pessoas imunocomprometidas, como as que vivem com HIV, são mais propensas a infecção persistente por HPV e evolução mais rápida para lesões precursoras e câncer;
- coinfeção por outros agentes sexualmente transmitidos, como os causadores de herpes simples, clamídiase e gonorreia;
- paridade (número de filhos nascidos) e idade prematura por ocasião do primeiro parto;
- tabagismo;
- uso de contraceptivos orais por mais de cinco anos.

O último cofator, o uso de contraceptivos orais (COs) por mais de cinco anos, é o mais controverso. Este foi amplamente estudado por um grupo de especialistas da OMS, que concluiu que os grandes benefícios do uso de um método contraceptivo muito efetivo para evitar gestações não planejadas e indesejadas (com consequente prevenção da morbidade e da mortalidade associadas a essas gestações) são claramente superiores à pequena possibilidade de aumento do risco de câncer do colo do útero que pode resultar do uso de CO. Portanto, desencorajar ou impedir o uso de CO não traz benefícios para a mulher. É necessário somente que essas mulheres, como todas as outras, sejam submetidas a rastreamento de câncer do colo do útero.

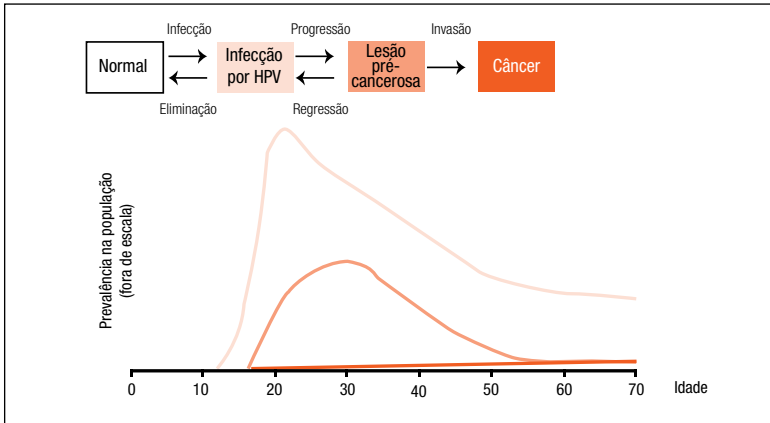
1.3.5 O desenvolvimento de lesões precursoras

Depois de entrar nas células epiteliais do colo do útero, o HPV de alto risco interfere com suas funções normais e acarreta alterações características de lesões precursoras (também conhecidas como displasia). Ver a terminologia no Anexo 4.



A Figura 1.11 mostra a cronologia da progressão do colo do útero normal (não infectado) ao colo do útero infectado por HPV e, depois, às lesões precursoras e ao câncer invasivo. Observe que as alterações ocorrem nos dois sentidos porque grande parte das células infectadas pelo HPV volta ao estado normal e grande parte das lesões precursoras do colo do útero não se converte em câncer.

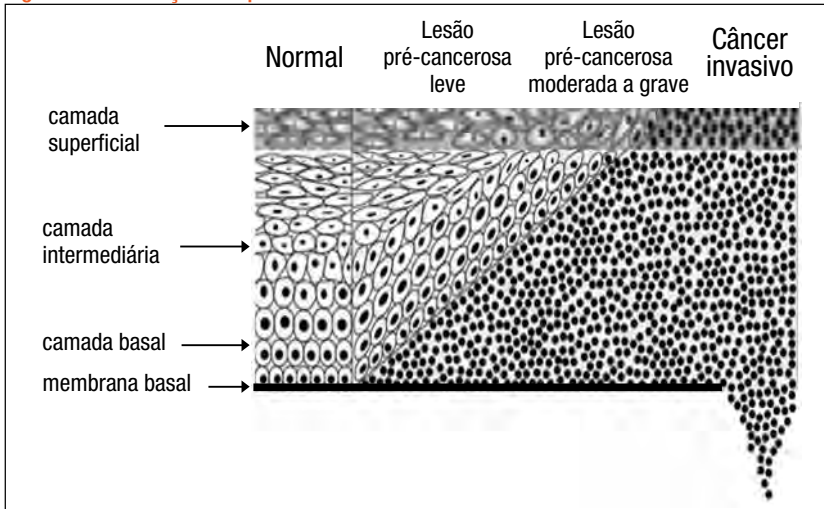
Figura 1.11: Cronologia e evolução natural das lesões pré-cancerosas e do câncer do colo do útero



Fonte: reproduzido, com permissão do primeiro autor, de Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. N Engl J Med. 2005;353(20):2101–4.

A Figura 1.12 mostra o epitélio escamoso cervical normal à esquerda e camadas progressivamente mais espessas de novas células pequenas anormais que ocupam a grande porção intermediária do epitélio. À medida que essa porção intermediária ocupa cada vez mais a espessura do epitélio normal, considera-se que há no epitélio uma lesão pré-cancerosa leve, depois moderada e, por fim, grave. Essa sequência leva ao câncer invasivo se as células anormais invadirem a camada inferior do epitélio (membrana basal), como é mostrado na parte direita da figura.

Figura 1.12: Evolução do epitélio normal até o câncer invasivo



1.3.6 Vias seguidas pelo câncer invasivo no corpo à medida que progride

O câncer invasivo progride por quatro vias, geralmente sequenciais.

- i. **Dentro do colo do útero.** Um foco diminuto de câncer microinvasivo se dissemina até acometer todo o colo do útero, que pode alcançar até 8 cm de diâmetro ou mais. O câncer pode ser ulcerativo, exofítico (crescimento externo) ou infiltrativo (invasão interna).
- ii. **Para estruturas adjacentes.** É possível que haja disseminação direta em todas as direções – para baixo até a vagina, para cima até o útero, lateralmente até os tecidos que sustentam o útero na pelve e os ureteres, para trás até o reto e para frente até a bexiga.
- iii. **Linfática.** A disseminação para os linfonodos pélvicos ocorre em 15% de casos quando o câncer ainda está limitado ao colo do útero e aumenta à medida que o câncer se dissemina. A princípio, as metástases para linfonodos estão limitadas à pelve; mais tarde, são encontradas na cadeia de linfonodos ao longo da aorta e acabam por chegar ao espaço acima da clavícula (fossa supraclavicular). Os linfonodos, uma vez invadidos pelo câncer, aumentam de tamanho e, se estiverem perto da pele, são palpáveis. Por exemplo, se o câncer tiver avançado para o terço inferior da vagina, os linfonodos inguinais podem ser acometidos e estar aumentados e palpáveis, e os linfonodos supracervicais também estarão visivelmente aumentados.
- iv. **Metástases distantes pela corrente sanguínea e pelos canais linfáticos.** As células do câncer do colo do útero podem se disseminar por meio da corrente sanguínea e do sistema linfático e levar ao surgimento de metástases distantes no fígado, nos ossos, nos pulmões e no encéfalo.

Enquanto o câncer invasivo se mantiver inicialmente restrito à região pélvica, muitos casos ainda podem ser curados com tratamento apropriado. Caso não seja tratado, o câncer do colo do útero avança de maneira previsível e quase sempre leva à morte (ver informações sobre o diagnóstico e o tratamento de câncer invasivo do colo do útero no Capítulo 6).

1.3.7 Câncer do colo do útero e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

O câncer do colo do útero é uma doença definidora de síndrome de imunodeficiência adquirida (aids)¹ nas pacientes com HIV.

¹ De acordo com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), uma pessoa tem aids se for HIV-positiva e desenvolver uma das várias doenças definidoras de aids, entre as quais estão o câncer do colo do útero e a tuberculose, ou apresentar imunodepressão grave (ou seja, contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células por microlitro) (ver CDC, 2008; citado na Leitura complementar ao final do capítulo).

As mulheres que vivem com HIV e outras mulheres imunossuprimidas têm maior prevalência de HPV (o risco de infecção aumenta com o grau de imunossupressão) e maior prevalência de infecção persistente por HPV e infecção por múltiplos tipos de HPV de alto risco.

Esse aumento da suscetibilidade à infecção pelo HPV acarreta:

- maior risco de lesão precursora e câncer nas mulheres mais jovens, que aumenta com o grau de imunossupressão;
- aumento do risco de desenvolver doença invasiva até 10 anos mais cedo que as mulheres não infectadas pelo HIV; e
- maior frequência de doença avançada por ocasião do diagnóstico, com menor chance de sobrevida em cinco anos.

Os pontos anteriores sugerem claramente a necessidade de desenvolver protocolos específicos de vacinação, rastreamento e tratamento para as mulheres que vivem com HIV e para todas as mulheres que vivem em países ou regiões com alta prevalência do HIV. Os protocolos existentes são baseados na experiência, e há estudos em curso para verificar se esses protocolos incluem as melhores práticas possíveis. As informações específicas para mulheres que vivem com HIV são apresentadas no Capítulo 5, Seções 5.2.5 e 5.4.6; no Capítulo 6, Seção 6.6.2; e no Anexo 9.



Estratégias de rastreamento e tratamento com HIV+

Leitura complementar

- Basu P, Roychowdhury S, Das Bafna U, Chaudhury S, Kothari S, Sekhon R, et al. Human papillomavirus genotype distribution in cervical cancer in India: results from a multi-center study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10(1):27–34.
- Berek JS. Berek & Novak's gynecology, 15th edition. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Bhatla N, Lal N, Bao Y-P, Ng T, Qiao Y-L, A meta-analysis of human papillomavirus type-distribution in women from South Asia: implications for vaccination. *Vaccine*. 2008;26:2811–7. doi:10.1016/j.vaccine.2008.03.047.
- Blumenthal PD, McIntosh N. Diretrizes para a prevenção do carcinoma do colo uterino em locais com recursos limitados. Baltimore (MD): Jhpiego; 2005 (http://reprolineplus.org/system/files/resources/00_Final_CECAP%20Manual_Port.pdf – acesso em 8 de julho de 2014).
- Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al.; International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst*. 1995;87:796–802.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to < 13 years – United States, 2008. *MMWR*. 2008;57(RR-10):1–8 (<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf> – acesso em 18 de julho de 2014).
- Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun XW, Sawo D, Brudney K, Wright TC Jr. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *JAMA*. 2000;283(8):1031–7. doi:10.1001/jama.283.8.1031.
- Goldie, S. A public health approach to cervical cancer control: considerations of screening and vaccination strategies. *Int J Gyn and Obs*. 2006;94(Suppl 1):S95–S105. doi:10.1016/S0020-7292(07)60016-2.
- International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). IARC handbooks of cancer prevention, volume 10: cervix cancer screening. Lyon: IARC Press; 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php> – acesso em 18 de julho de 2014).
- International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). Cancer fact sheets: cervical cancer. In: GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [website]. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (CIIC); 2014 (http://globocan.iarc.fr/pages/fact_sheets_cancer.aspx – acesso em 18 de julho de 2014).

- Minkoff H, Zhong Y, Burk RD, Palefsky JM, Xue X, Watts DH, et al. Influence of adherent and effective antiretroviral therapy use on human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in human immunodeficiency virus-positive women. *J Infect Dis.* 2010;201(5):681–90. doi:10.1086/650467.
- Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer.* 2004;111(2):278–85. doi:10.1002/ijc.20244.
- National Cancer Institute (NCI). Fact sheet: HPV and cancer. Washington (DC): NCI, National Institutes of Health; 2012 (<http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-fact-sheet> – acesso em 18 de julho de 2014).
- Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ.* 1999;318:904. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7188.904>
- Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med.* 2005;353(20):2101–4. doi:10.1056/NEJMp058171.
- Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet.* 2007;370(9590):890–907. doi:10.1016/S0140-6736(07)61416-0.
- Sellers JW, Sankaranarayanan R. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer; 2003 (<http://screening.iarc.fr/colpo.php?lang=4> – acesso em 18 de julho de 2014).
- Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, editors. *Gynaecology*, 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.
- Tavassoli FA, Devilee P, editors. *Pathology and genetics: tumours of the breast and female genital organs: World Health Organization classification of tumours*. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer; 2003.
- Walboomers JMM, 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.

2

CAPÍTULO 2. ELEMENTOS ESSENCIAIS DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Capítulo 2. Elementos essenciais dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero

Pontos-chave

- O desenvolvimento de qualquer programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero deve estar de acordo com a estrutura dos “seis elementos fundamentais” da OMS para fortalecer todo o sistema de saúde.
- Os programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero são desenvolvidos e formulados para reduzir a incidência de câncer do colo do útero bem como a morbidade e a mortalidade por essa doença.
- Há grandes iniquidades no acesso a serviços efetivos de rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero; o câncer invasivo do colo do útero afeta predominantemente as mulheres sem acesso a esses serviços.
- Um programa integral deve incluir atividades de prevenção primária, secundária e terciária (que inclui o tratamento), além de acesso a cuidados paliativos.
- Os serviços de rastreamento devem estar vinculados ao tratamento e ao seguimento pós-tratamento.
- O monitoramento e a avaliação são componentes essenciais dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Sobre este capítulo

Este capítulo é baseado nas seguintes diretrizes da OMS:

A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool. Genebra: OMS; 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en>).

Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment (module 4). Genebra: OMS; 2008 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en).

Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care (module 5). Genebra: OMS; 2007 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en).

Cervical cancer prevention and control costing tool (C4P): user's guide. Genebra: OMS; 2012 (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en).

Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Genebra: OMS; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).

Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Genebra: OMS; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).

Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014; 89(43):465-92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Genebra: OMS; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Genebra: OMS; 2010 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/).

Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Genebra: OMS; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241503860/en/>).

Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Genebra: OMS; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/9789275717479_por.pdf?ua=1).

O objetivo deste capítulo é apresentar um panorama do método usado por responsáveis pelas decisões nacionais para elaborar um programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero, assim como fornecer as informações básicas de que necessitam os gestores e profissionais de saúde para implementar esse programa para as pacientes e a comunidade.

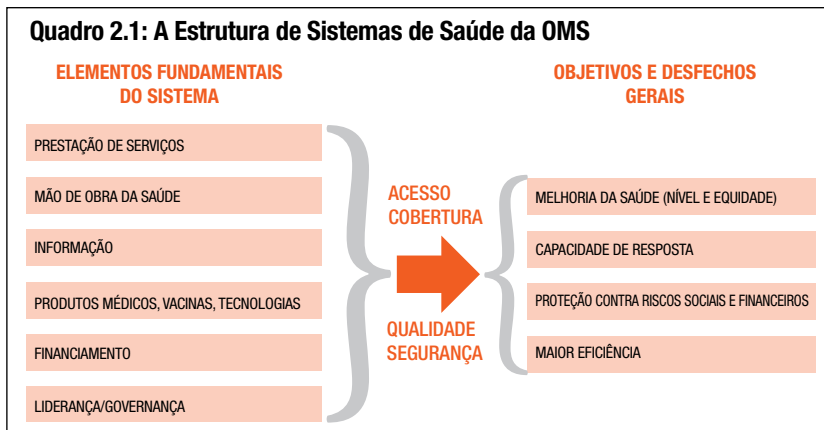
O capítulo tem duas seções principais. A Seção 2.1, “O que é um programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero?”, descreve a finalidade geral de um programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero e como deve ser organizado para ter um impacto sobre a carga dessa doença. Para ser bem-sucedido, um programa nacional deve incluir os seguintes componentes principais: serviços de prevenção primária, secundária e terciária – que inclui o tratamento de lesões precursoras e do câncer – e cuidados paliativos.

A Seção 2.2, “Programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero”, descreve as fases de um programa nacional: (1) formulação de política nacional e estabelecimento de uma estrutura de gestão do programa, (2) planejamento e preparo do programa, com inclusão de um sistema efetivo de referência, (3) implementação do programa e (4) monitoramento e avaliação do programa, que deve operar em todos os níveis de atenção. Esta seção contém as diretrizes operacionais sobre as diversas intervenções necessárias em cada nível para alcançar o objetivo de reduzir a carga imposta pelo câncer do colo do útero no âmbito individual, comunitário e nacional.

Este capítulo contém quadros que resumem os desafios geralmente encontrados no planejamento e na implementação dos programas, além de possíveis opções para reduzir ou eliminar seus efeitos negativos. Inclui também uma lista de leituras complementares e sites úteis, bem como links para duas fichas práticas: uma lista de verificação para planejamento e implementação e as descrições dos principais indicadores de desempenho e impacto para programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero.

2.1 O que é um programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero?

Todo programa nacional de saúde específico está inserido em um sistema de saúde nacional. De acordo com a OMS, um sistema de saúde forte deve ser construído sobre seis elementos fundamentais (ver Quadro 2.1). Os planejadores do programa devem ser incentivados a usar a estrutura da OMS como base para elaborar um programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero.



Fonte: Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2007.

Um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero abrange um conjunto organizado de atividades com o objetivo de prevenir o câncer do colo do útero e reduzir suas taxas de morbidade e mortalidade. É parte das ações prioritárias indicadas no Plano de Ação Global para a prevenção e o controle de DNTs 2013-2020.¹ O programa apresenta um plano de ação com detalhes sobre o trabalho que deve ser realizado, por quem e quando, assim como informações sobre que meios ou recursos serão usados para implementar o programa. O cumprimento do programa é avaliado periodicamente

¹ Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

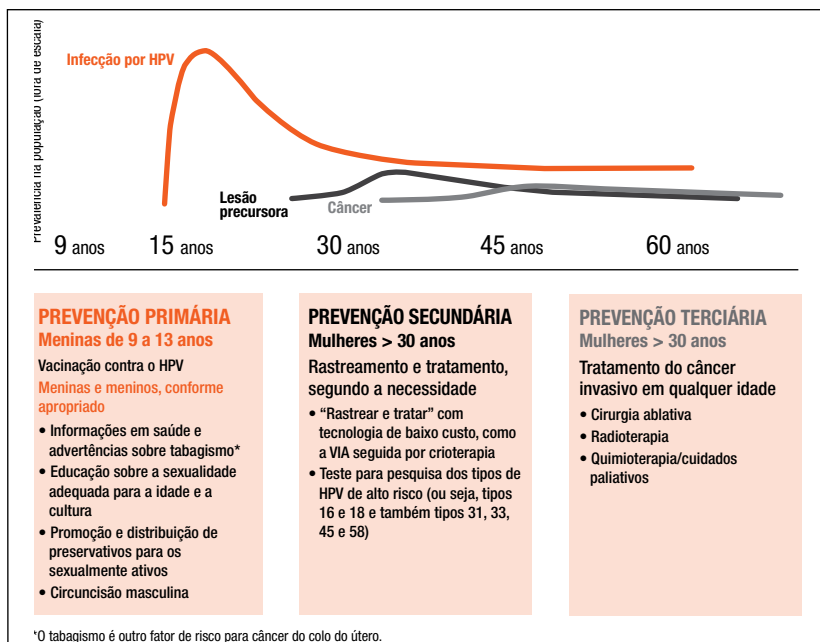
por uma série de indicadores quantificáveis. Um programa integral inclui as principais intervenções baseadas em evidências necessárias para reduzir a carga elevada e desigual imposta pelo câncer do colo do útero às mulheres e aos sistemas de saúde nos países menos desenvolvidos.

O objetivo de todo programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero é reduzir a carga dessa doença mediante (i) redução das infecções por papilomavírus humano (HPV), (ii) detecção e tratamento de lesões precursoras do colo do útero e (iii) oferta de tratamento oportuno e de cuidados paliativos no câncer invasivo, como mostra a Figura 2.1.

2.1.1 Principais componentes do programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero

Um programa integral tem três componentes interdependentes: prevenção primária, secundária e terciária (ver Figura 2.1). Nesta seção são descritas as intervenções previstas em cada componente.

Figura 2.1: Abordagem integral da OMS para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero: panorama das intervenções programáticas ao longo da vida para prevenir a infecção por HPV e o câncer do colo do útero



Fonte: Adaptado de Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.

a. Prevenção primária: redução do risco de infecção por HPV

O objetivo da saúde pública é reduzir as infecções por HPV porque, se persistentes, podem causar câncer do colo do útero.

As intervenções incluem:

- vacinação de meninas de 9 a 13 anos (ou com a idade prevista nas diretrizes nacionais) antes do início da atividade sexual;
- educação de meninos e meninas sobre sexualidade saudável, adaptada segundo a idade e a cultura, com a finalidade de reduzir o risco de transmissão do HPV (e também de outras infecções sexualmente transmissíveis, inclusive do HIV); as mensagens essenciais devem incluir o adiamento da iniciação sexual e a redução de comportamentos sexuais de alto risco;
- promoção ou distribuição de preservativos para as meninas e os meninos sexualmente ativos;
- circuncisão masculina quando pertinente e apropriada.

O Capítulo 4 contém outros detalhes sobre a vacinação contra HPV, e o Capítulo 1, Seção 1.3.4, contém informações sobre a infecção por HPV.

b. Prevenção secundária: rastreamento e tratamento das lesões precursoras

O objetivo da saúde pública é reduzir a incidência e a prevalência do câncer do colo do útero, e a mortalidade associada, mediante interceptação do avanço da lesão precursora para o câncer invasivo.

As intervenções incluem:

- aconselhamento e troca de informações;
- rastreamento de todas as mulheres de 30 a 49 anos (ou com a idade prevista nas normas nacionais) para identificar lesões precursoras, que geralmente são assintomáticas;
- tratamento das lesões precursoras identificadas antes do avanço para câncer invasivo.

Mesmo entre as mulheres vacinadas contra o HPV, é importante manter o rastreamento e o tratamento quando alcançarem a idade prevista.

O Capítulo 5 contém outros detalhes sobre o rastreamento e o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

c. Prevenção terciária: tratamento do câncer invasivo do colo do útero

O objetivo da saúde pública é reduzir o número de mortes por câncer do colo do útero.

As intervenções incluem:

- mecanismo de referência dos serviços de atenção primária para os estabelecimentos que ofereçam diagnóstico e tratamento do câncer;
- diagnóstico exato e oportuno do câncer, por análise do grau de invasão;
- tratamento apropriado de cada estágio, com base no diagnóstico:
 - Câncer em estágio inicial: se o câncer for limitado ao colo do útero e às regiões adjacentes (região pélvica), pode ser curado com o tratamento; deve-se realizar o tratamento mais apropriado disponível e oferecer assistência para os sintomas associados ao câncer ou ao seu tratamento.
 - Câncer avançado: se o câncer acometer tecidos além do colo e da região pélvica ou se houver metástases, o tratamento pode melhorar a qualidade de vida, controlar os sintomas e minimizar o sofrimento; deve-se realizar o tratamento mais efetivo disponível e cuidados paliativos em estabelecimentos terciários e no âmbito da comunidade, inclusive com acesso a opioides.
- cuidados paliativos para aliviar a dor e o sofrimento.

Os capítulos 6 e 7 contêm, respectivamente, outros detalhes sobre o diagnóstico e o tratamento do câncer invasivo e sobre os cuidados paliativos.

d. Contexto para instituir os componentes de prevenção

Os três componentes de prevenção apresentados anteriormente são planejados e implementados em conjunto com:

- uma abordagem nacional estruturada para as estratégias de educação e mobilização da comunidade (ver detalhes no Capítulo 3); e
- um sistema nacional de monitoramento e avaliação (descrito neste capítulo, Seção 2.2.3).

2.2 Programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero

O objetivo de um programa nacional é reduzir no país a incidência e a prevalência do câncer do colo do útero e a mortalidade associada.

O desenvolvimento e a implementação de um programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero compreendem as seguintes fases:

1. formulação de política nacional e estabelecimento de uma estrutura de gestão do programa
2. planejamento e preparo do programa
3. implementação do programa
4. monitoramento e avaliação do programa.

2.2.1 Formulação de política nacional e estabelecimento de uma estrutura de gestão do programa

a. *Formulação de política nacional*

A fase de formulação de política inclui a decisão sobre opções para a prevenção e o controle nacionalmente apropriadas e factíveis, consideração cuidadosa de sua capacidade de ampliação e sustentabilidade, além da elaboração de diretrizes nacionais com base nessas decisões sobre a política.

Essa fase tem de usar um processo cíclico, uma vez que é necessária a atualização periódica dessas políticas à medida que surgem novos dados baseados em evidências. A prestação de serviços, a capacitação e o monitoramento e avaliação (M&A) devem ser adaptados às políticas atualizadas.

Decisões sobre prioridades nacionais

As decisões sobre políticas prioritárias devem ser cuidadosamente redigidas com base na carga nacional de doença, na disponibilidade de recursos financeiros e humanos e na estrutura, qualidade e cobertura dos sistemas de saúde e educação existentes. Todas as decisões devem ser examinadas e adaptadas para torná-las sustentáveis e aplicáveis à situação real do país. Entre os participantes nessa fase estão os formuladores de políticas e responsáveis pelas decisões no âmbito nacional e a equipe política e técnica do Ministério da Saúde (MS) do país, além de representantes de associações médicas profissionais, como de obstetria e ginecologia, oncologia, enfermagem, etc.

As áreas de discussão e decisão política incluem:

- Revisar e, se necessário, atualizar as diretrizes e os protocolos nacionais existentes para os profissionais de saúde em todos os níveis.
- Manter um diálogo político e alcançar o consenso com interessados, inclusive profissionais de saúde, autoridades de saúde pública, executivos de seguradoras de saúde e associações profissionais médicas, entre outros.
- Reunir e analisar dados do país para responder a essas perguntas-chave:
- Onde está o problema?
 - Quais devem ser as áreas prioritárias ao abordar o problema?
 - Quais são os custos da prestação dos serviços e como eles serão financiados?
- Avaliar a acessibilidade, a custo-efetividade e a sustentabilidade de introduzir a vacinação contra o HPV e a conduta de “rastrear e tratar” para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero, bem como um sistema nacional de referência para tratamento.

- Determinar se os serviços existentes são capazes de acrescentar serviços de prevenção e controle do câncer do colo do útero (inclusive introdução de vacinação contra o HPV) e planejar como abordar eventuais situações de escassez ou deficiência.
- Considerar estratégias para a introdução do programa, inclusive quando, como (progressivo ou não) e onde (se não for nacional) introduzir a vacinação contra o HPV e os serviços de rastreamento e tratamento; se a princípio não for nacional, incluir um plano provisório de expansão futura para alcançar todas as mulheres e meninas em risco no país.
- Escolher estratégias de prestação de serviços e possíveis lugares para a administração de vacinas contra o HPV e o rastreamento.
- Escolher qual vacina contra o HPV será usada no país.
- Determinar que métodos serão usados para rastreamento e tratamento das lesões precursoras.
- Determinar que hospitais serão os centros de referência para tratamento do câncer do colo do útero.
- Determinar a idade, a frequência, o grau de cobertura e o prazo para alcançar a cobertura, além do nível de atenção à saúde em que serão prestados os serviços para cada intervenção selecionada.
- Estabelecer um plano para a capacitação de profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde.
- Estabelecer um plano para informação, educação e comunicação (IEC) sobre o câncer do colo do útero, inclusive com capacitação de gestores e profissionais para implementar iniciativas de IEC dirigidas aos consumidores e à mídia.
- Planejar com antecedência as atividades de M&A; determinar os indicadores essenciais, a frequência de coleta de dados e os métodos para registro e análise dos dados.

Para facilitar a decisão sobre estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero, os gestores de programas e os formuladores de políticas necessitam de informações sobre os custos programáticos previstos para introduzir as intervenções relativas ao câncer do colo do útero. A OMS elaborou uma ferramenta de cálculo de custo dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero (C4P) para ajudar os governos a calcularem os custos das intervenções durante um horizonte quinquenal de planejamento.² O módulo 1 da ferramenta se concentra na introdução da vacina contra o HPV e o módulo 2, no rastreamento e no tratamento do câncer do colo do útero.

² O C4P está disponível em: http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool

Considerações sobre escalabilidade e sustentabilidade

Dois importantes fatores que devem ser levados em consideração ao instituir ou aprimorar um programa de prevenção do câncer do colo do útero são a sustentabilidade e a escalabilidade.

Os custos do programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero devem estar incluídos no orçamento nacional de saúde. O planejamento de sustentabilidade deve incluir a determinação do que é factível em termos de recursos financeiros, recursos humanos e infraestrutura disponíveis, com o objetivo de implementação equitativa dos diversos componentes da prevenção e do controle do câncer do colo do útero. O planejamento de sustentabilidade também pode incluir a busca de apoio externo de órgãos multinacionais e bilaterais e de grandes fundações com experiência comprovada. Por exemplo, para a introdução da vacina contra o HPV, a Aliança GAVI oferece apoio por cinco anos, com a condição de que o país planeje a sustentabilidade a longo prazo depois dos primeiros cinco anos.

Para os países com recursos limitados que inicialmente só podem implementar um programa de combate ao câncer do colo do útero com cobertura limitada, a escalabilidade futura é uma consideração importante. É possível alcançar a ampla cobertura por uma estratégia de crescimento gradual durante um período definido, de acordo com a viabilidade e a disponibilidade de recursos. Os planos de ampliação da escala devem priorizar as mulheres que não tiveram acesso aos serviços de saúde e os grupos com maior carga de mortes e sofrimento por câncer. Os gestores do programa têm que estabelecer metas realistas de acordo com o número de profissionais, as horas de trabalho disponíveis e o tamanho e as características socioculturais da população-alvo na região geográfica em questão.

Formulação de diretrizes nacionais

As decisões mencionadas orientarão a formulação de diretrizes para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero no âmbito nacional. Devem colaborar nessa atividade os formuladores de políticas nacionais e os representantes do Ministério da Saúde com consulta aos principais interessados, como profissionais de saúde, associações profissionais médicas e grupos de mulheres. É importante também incluir especialistas em câncer do colo do útero e representantes nacionais e internacionais de organizações não governamentais com experiência na prevenção e no controle do câncer do colo do útero.

As diretrizes devem conter informações sobre os requisitos clínicos e de saúde pública para que o programa tenha êxito. Os elementos que devem ser definidos nas diretrizes são relacionados a seguir.

Requisitos clínicos:

- Vacinação contra o HPV: idade, calendário e procedimentos clínicos
- Rastreamento: idade, exame(s) de rastreamento, intervalo de rastreamento, critérios de diagnóstico, recomendações de seguimento e procedimentos clínicos
- Tratamento das lesões precursoras: métodos de tratamento e procedimentos clínicos
- Tratamento do câncer invasivo: métodos de tratamento, procedimentos clínicos e cuidados paliativos
- Sistema de referência.

Requisitos de saúde pública:

- Vacinação contra o HPV: estratégia de vacinação, cobertura, normas de segurança, notificação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV)
- Rastreamento: infraestrutura, equipamento e provisões necessários, estratégia de garantia e controle de qualidade, cobertura
- Tratamento das lesões precursoras e do câncer invasivo: infraestrutura, equipamento e provisões necessários, agilidade do tratamento, estratégia de garantia e controle de qualidade
- M&A: principais indicadores de desempenho e impacto para cada componente do serviço, plano para a incorporação de dados necessários a um sistema de informações gerenciais (SIG).

b. Estabelecimento de uma estrutura de gestão do programa

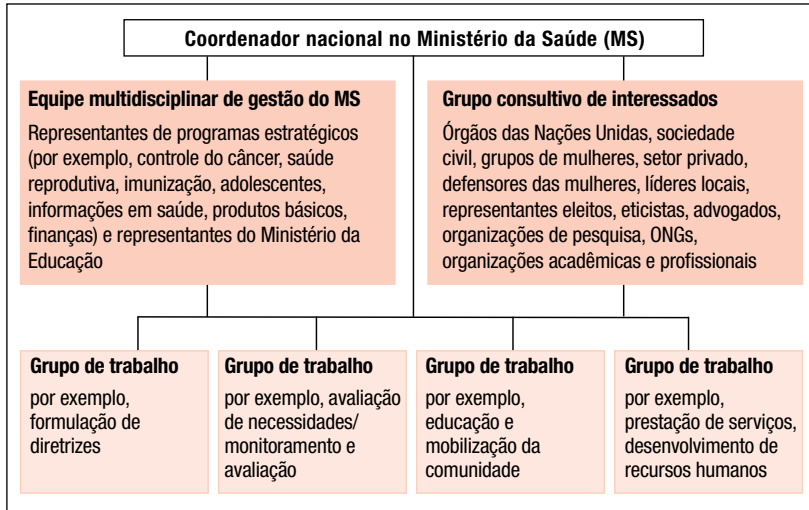
Para facilitar o planejamento, a implementação e o monitoramento de um programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero, é importante criar uma equipe nacional de gestão do programa relativo ao câncer do colo do útero, com responsabilidades claras e prestação de contas do programa.

Como mostra a Figura 2.2, devem ser criados dois grupos principais no âmbito nacional, sob a responsabilidade de um coordenador nacional:

- i. uma equipe multidisciplinar de gestão, responsável pelo programa e formada por representantes de diversos departamentos e programas nacionais;
- ii. um grupo consultivo de interessados formado por representantes de segmentos apropriados da sociedade civil.

O Ministério da Saúde escolhe e convida os membros dos dois grupos.

Figura 2.2: Estrutura proposta de uma equipe nacional de gestão do programa relativo ao câncer do colo do útero



Função do coordenador nacional

A função do coordenador nacional inclui as seguintes atividades e responsabilidades:

- Aumentar a conscientização dentro do Ministério da Saúde, nos diferentes níveis do sistema de saúde, sobre a gravidade da morbidade e mortalidade nacionais por câncer do colo do útero e sobre a possibilidade de evitar a maioria das mortes com relativamente poucos recursos.
- Defender que a prevenção e o controle do câncer do colo do útero sejam uma prioridade no Ministério da Saúde, inclusive com alocação contínua e sustentável de recursos para o programa.
- Com contribuições e assessoria de administradores e gestores do Ministério da Saúde, estabelecer e desenvolver afiliação representativa, funções e responsabilidades para a equipe multidisciplinar de gestão (de acordo com a estrutura apresentada na Figura 2.2).
- Em colaboração com a equipe, organizar e programar reuniões periódicas da equipe.
- Em consulta com a equipe e com os administradores e gestores do Ministério da Saúde, identificar os principais interessados da sociedade civil, convidá-los a integrar o grupo consultivo de interessados (de acordo com a estrutura apresentada na Figura 2.2) e definir as funções e responsabilidades do grupo.

- Em colaboração com o grupo consultivo, organizar reuniões periódicas para atualizá-los sobre a situação do programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero e solicitar sua contribuição para as etapas decisivas.
- Ser o principal vínculo e coordenador entre todos os níveis de serviço, e dentro de cada um deles, no programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero, assim como com outros programas nacionais (como de controle do câncer, imunização e saúde do adolescente) e com outros parceiros.
- Preparar uma proposta para assegurar que todos os elementos necessários para a implementação do programa estejam à disposição em todos os estabelecimentos de saúde, o que inclui equipamento, provisões e pessoal capacitado e supervisionado. Esse processo deve contar com a participação do pessoal de gestão regional, e pode ser necessário adaptar as propostas para diferentes regiões.
- Produzir relatórios anuais sobre o desempenho do programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero, com base nos indicadores estabelecidos do programa.

Função da equipe multidisciplinar de gestão nacional

Para que a equipe multidisciplinar de gestão nacional seja efetiva, é necessário que o Ministério da Saúde dê a ela o mandato apropriado, a autoridade para decisão e a autonomia e os recursos para dirigir o planejamento, a implementação, o monitoramento e a avaliação do programa nacional.

Como o programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero tem vários componentes essenciais, a equipe de gestão contará com a participação de representantes de outros programas nacionais, inclusive de educação da comunidade e mobilização social, imunização, saúde reprodutiva, saúde do adolescente e saúde escolar, infecções sexualmente transmissíveis e HIV, oncologia, M&A, etc. A representação local e regional é importante. O tamanho total da equipe varia de 10 a 25 pessoas aproximadamente, de acordo com o tamanho do país e a estrutura do programa nacional.

Principais responsabilidades da equipe multidisciplinar de gestão (EMG) nacional:

- Elaborar planos nacionais para os diversos componentes e elementos do programa.
- Elaborar um orçamento detalhado para o planejamento, a implementação, o monitoramento e a avaliação do programa.
- Estabelecer sistemas para diversos elementos do programa, por exemplo: registro de dados no sistema de informações gerenciais (SIG) existente; relatórios periódicos (frequência, conteúdo e destinatários); distribuição e manutenção de equipamento e provisões, entre outros.

- Mediante atividades de monitoramento e avaliação, avaliar se os serviços estão funcionando efetivamente e assegurar a implementação de medidas corretivas oportunas, de acordo com as necessidades.
- Por meio de uma estratégia múltipla e baseada em evidências, divulgar os componentes programáticos nos níveis primário e secundário e assegurar que os profissionais de saúde se mantenham atualizados quanto às informações técnicas.
- Documentar e corrigir qualquer desinformação ou equívoco entre profissionais de saúde e comunidades.
- Realizar monitoramento e avaliação periódicos das atividades do programa.

Principais funções do grupo consultivo de interessados:

- Apoiar e contribuir com a equipe multidisciplinar de gestão (EMG) do Ministério da Saúde para criar um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero ou ampliar, atualizar ou fortalecer um programa já existente.
- Comparecer às reuniões ordinárias para analisar as atividades realizadas, planejar novas atividades e documentar os avanços planejados ou a falta deles.
- Em colaboração com a EMG, formar e delegar grupos de trabalho concentrados em elementos específicos do programa nacional, por exemplo (mas não somente) aqueles mostrados na Figura 2.2.
- Assessorar e participar de reuniões nacional, regionais e locais para definir o programa com a EMG, quando necessário.

***c* Desafios para a elaboração de estratégias efetivas de prevenção e controle do câncer do colo do útero**

Como em todos os programas novos, é de se esperar que surjam desafios em todos os níveis da pirâmide do sistema de saúde quando se contempla e desenvolve pela primeira vez um programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Há medidas que podem ser tomadas em todos os níveis para mitigar os efeitos negativos desses desafios.

A Tabela 2.1 descreve os desafios mais comuns e sugere possíveis medidas para abordá-los nos níveis apropriados do sistema de saúde. Muitas outras medidas podem ser adotadas, conforme apropriado, em cada país com base na análise atenta do conteúdo atualizado de todos os capítulos desta segunda edição do guia.

Tabela 2.1: Possíveis desafios no âmbito da política e da gestão e medidas corretivas sugeridas

Desafios	Ações sugeridas para reduzir o impacto negativo
<ul style="list-style-type: none"> Falta de consciência e de priorização da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, inclusive do câncer do colo do útero, das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar com os gestores do programa e os membros do grupo consultivo para aumentar a visibilidade da carga imposta pelo câncer do colo do útero, ou seja, altas taxas de morbidade e mortalidade entre as mulheres jovens, impacto negativo na sociedade, disparidades socioeconômicas e altos custos para o sistema de saúde. Promover a causa para aumentar a conscientização dos responsáveis pelas decisões sobre a necessidade de priorizar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, inclusive as ISTs.
<ul style="list-style-type: none"> Falta de uma liderança forte 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar e ajudar os destacados defensores da causa de redução do câncer do colo do útero. Identificar e apoiar a coordenação e a prestação de contas no âmbito nacional.
<ul style="list-style-type: none"> Uso insuficiente de dados epidemiológicos locais e nacionais disponíveis para convencer os formuladores de políticas e outros com influência política 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a utilização de dados locais, nacionais ou regionais disponíveis ou, se estes não existirem, fornecer dados ou estimativas de fontes internacionais: <ul style="list-style-type: none"> – Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer). – O projeto GLOBOCAN do Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (CIIC) apresenta estimativas nacionais sobre a incidência do câncer do colo do útero e a mortalidade associada a ele (http://globocan.iarc.fr/). – O Centro de Informação sobre HPV e Câncer do Instituto Catalão de Oncologia (ICO) fornece mais detalhes sobre dados e programas específicos do país (http://www.hpvcentre.net/). Se necessário, realizar levantamentos específicos para o país.

Desafios	Ações sugeridas para reduzir o impacto negativo
<ul style="list-style-type: none"> • Não inclusão da prevenção do câncer do colo do útero entre os planos nacionais de saúde do Ministério da Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Defender que o Ministério da Saúde inclua atividades de prevenção do câncer do colo do útero. • Fornecer informações sobre a custo-efetividade a formuladores de políticas e outros com influência política.³
<ul style="list-style-type: none"> • As políticas e diretrizes nacionais necessitam de atualização 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, adaptar ou atualizar as políticas nacionais e diretrizes apropriadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos, como financiamento, provisões, equipamento e infraestrutura 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir no orçamento nacional de saúde anual uma rubrica para a implementação progressiva do programa nacional, com base em informações sobre os custos do programa e os recursos disponíveis. • Assegurar aquisição de provisões, equipamento e infraestrutura.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de um sistema de referência efetivo e operacional dentro dos serviços do programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar este guia para estabelecer serviços com um sistema de referência efetivo e operacional.

2.2.2 Planejamento e preparo do programa

Um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero requer planejamento e preparo detalhados porque:

- demanda participação, compromisso e estreita coordenação entre vários ministérios e dentro deles (por exemplo, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério de Igualdade de Gênero, entre outros) e múltiplos programas dentro deles (por exemplo, entre os programas relacionados do Ministério da Saúde estão o controle do câncer, a imunização, a saúde reprodutiva e a saúde do adolescente);
- demanda consideração das diversas responsabilidades e conexões entre as estruturas nos diferentes níveis do sistema de saúde: nacional, regional, ambulatorial e comunitário (ver Figura 2.3);
- implica a colaboração com organizações não governamentais, grupos de mulheres e associações profissionais, como de pediatras, ginecologistas, oncologistas, médicos de atenção primária e enfermeiros; e
- demanda a participação ativa dos principais interessados locais.

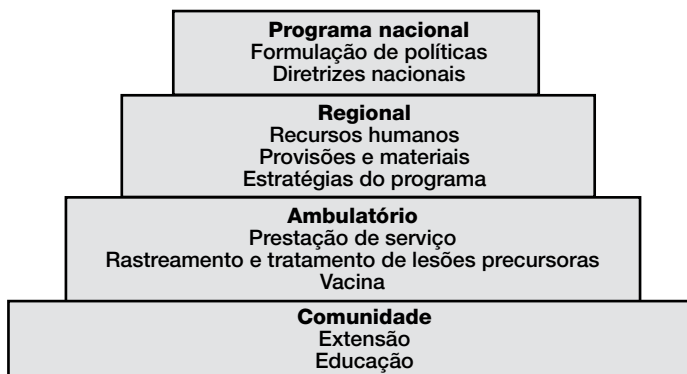
³ Disponível em: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/>

a. Planejamento: principais considerações programáticas

Com base em decisões políticas tomadas em relação ao programa, para avançar com o planejamento e a concepção de um programa organizado, as principais considerações programáticas são:

- dar aos profissionais de saúde a oportunidade de contribuir no planejamento e no preparo do programa, em conformidade com as diretrizes nacionais;
- avaliar as necessidades de prestação de serviço em todos os estabelecimentos onde são prestados e aproveitar o que já está disponível em cada um deles, com a finalidade de compartilhar recursos;
- elaborar um plano de ação para a educação e a mobilização da comunidade, além de preparar material apropriado;
- adquirir e distribuir equipamento e provisões e estabelecer sistemas locais de reparo, manutenção e distribuição para eles;
- estabelecer e manter um sistema efetivo de referência;
- estabelecer um sistema de informações de gerenciamento em saúde (em papel ou digital) para permitir o monitoramento e a avaliação;
- desenvolver uma estratégia de monitoramento e avaliação para examinar periodicamente o programa e adotar medidas corretivas oportunas;
- assegurar um programa de capacitação profissional bem concebido e implementado, que inclua o acompanhamento pós-capacitação e cursos de reciclagem periódicos;
- providenciar supervisão de apoio para detectar e corrigir eventuais problemas dos serviços de saúde e mantê-los de acordo com as normas nacionais; e
- estabelecer estratégias de implementação com os gestores distritais e os responsáveis por decisões locais.

Figura 2.3: Exemplos de considerações programáticas em diferentes níveis do sistema de saúde



b. Etapas de preparo para lançar um novo programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero com uso de uma abordagem estratégica

Uma abordagem estratégica para implementar um novo programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero demanda a conclusão de várias atividades antes de iniciar os serviços. As quatro etapas principais são descritas nesta seção.

Identificar a população-alvo

É crucial ter uma definição clara das populações-alvo para a vacinação contra HPV e o rastreamento do câncer do colo do útero, além de conhecer a localização e o tamanho dessas populações. Essas informações podem ser obtidas com relativa facilidade nos países em que os registros da população são mantidos e atualizados sistematicamente como parte dos serviços de saúde ou pelo uso de dados do censo realizado por autoridades estatísticas nacionais. Nos países em que isso não acontece, podem-se usar estimativas da população regional publicadas pelas Nações Unidas.⁴

A identificação da população-alvo é importante pelas seguintes razões:

- obter o denominador para cálculo da cobertura como indicador básico de desempenho
- calcular as necessidades de provisões, pessoal e tempo, além de outros recursos
- auxiliar na elaboração de planos de ação para prestação e monitoramento dos serviços.

Avaliar as necessidades

A avaliação das necessidades inclui visitar, observar e entrevistar os principais informantes e interessados, bem como documentar os recursos existentes. É preciso obter as seguintes informações:

- localização e condição de todos os estabelecimentos na área de implementação selecionada, com detalhes sobre infraestrutura, equipamento e provisões;
- capacidade de todos os quadros de profissionais para acrescentar serviços de prevenção e controle do câncer do colo do útero;
- qualidade dos serviços gerais prestados em cada estabelecimento do ponto de vista do pessoal em todos os níveis (dos gestores ao pessoal de limpeza) e dos representantes da comunidade, inclusive mulheres e meninas na idade prevista (usuárias ou não dos serviços);
- horário de atendimento diário e semanal, e custos de todos os serviços ou alguns deles para os usuários, se houver;

⁴ Disponível em: <http://www.un.org/popin/data.html>

- existência e operacionalidade de um sistema de referência e contrarreferência;
- existência de um sistema satisfatório para acréscimo de dados sobre os serviços do câncer do colo do útero, pois esses dados serão necessários para monitorar e avaliar o novo programa;
- espaço disponível para o armazenamento de novas vacinas na cadeia de frio, com o objetivo de verificar se é necessário providenciar espaço exclusivo para essa finalidade no futuro imediato.

Mapear e incentivar o apoio de outros colaboradores locais

Como a prevenção e o controle do câncer do colo do útero demandam a colaboração entre diversas organizações públicas e privadas, pode ser muito útil conhecer sua localização na área de implementação, bem como sua infraestrutura e seus recursos humanos. É importante identificar todos os possíveis colaboradores locais, procurá-los pessoalmente e incentivar sua colaboração. Esses possíveis colaboradores seriam organizações com experiência e conhecimentos especializados em capacitação de profissionais, sensibilização e mobilização da comunidade, planejamento e implementação de programas de vacinação, monitoramento e supervisão de apoio, estabelecimento e monitoramento da operacionalidade da cadeia de frio, entre outros.

Escolher e desenvolver uma estratégia de introdução

Os países com recursos limitados podem considerar a possibilidade de iniciar as atividades de prevenção e controle do câncer do colo do útero com um projeto-piloto em uma região geográfica selecionada. Essa estratégia pode ser muito útil para monitorar elementos que podem necessitar de modificação ou melhoria antes de ampliar a escala dos serviços.

A expansão geográfica pode ser planejada de maneira progressiva, com a aplicação das lições aprendidas no projeto-piloto e a incorporação, conforme o caso, de novas tecnologias baseadas em evidências. A ampliação de escala pode ser gradual até que o programa atenda todo o país.

2.2.3 Implementação do programa

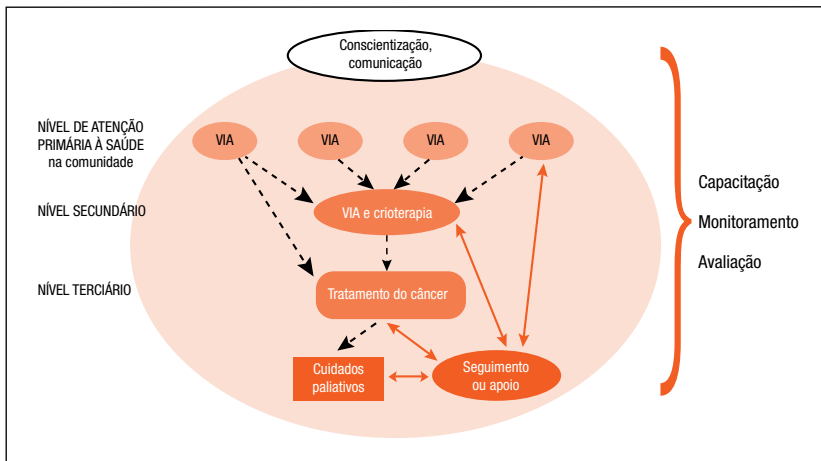
É preciso desenvolver uma estrutura operacional para as atividades a serem empreendidas em diferentes níveis do sistema de saúde. Ver Figuras 2.3 e 2.4.

No âmbito da comunidade, as atividades são conscientizar, educar e se esforçar para alcançar meninas de 9 a 13 anos e mulheres de 30 a 49 anos de idade (ver Capítulo 3 e Seções 4.3 e 4.4 do Capítulo 4). No caso de pacientes com doença avançada, a família e a comunidade são os principais colaboradores para os cuidados paliativos depois que a mulher recebe alta do hospital (ver Capítulo 7: Cuidados paliativos).

Nos estabelecimentos de saúde de nível primário e secundário, podem ser realizados os exames de rastreamento selecionados durante o estágio de formulação da política, e as clientes com resultado positivo podem ser tratadas com crioterapia ou excisão por cirurgia de alta frequência (CAF). As mulheres com lesões que não satisfaçam os critérios de elegibilidade para esses tratamentos devem ser referidas ao nível terciário de serviços de saúde para avaliação complementar e tratamento (ver Capítulos 5 e 6 sobre diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasivo do colo do útero, respectivamente).

A capacitação dos profissionais de saúde, a supervisão e a prática de monitoramento e avaliação dos serviços são atividades necessárias e devem ser realizadas continuamente em todos os níveis.

Figure 2.4: Example of organization of screening, referral and treatment services



Fonte: Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2012.

a. Função dos profissionais de saúde na implementação do programa

Os profissionais de saúde em todos os níveis, assim como gestores, supervisores e facilitadores de capacitação, contribuem para a efetividade de um programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero.

As principais funções dos profissionais de saúde na implementação de um programa efetivo incluem :

- prestar serviços apropriados de prevenção, cura e reabilitação à população elegível, de acordo com as determinações das diretrizes nacionais e dos protocolos de serviço;
- participar de cursos apropriados de capacitação e reciclagem para manter atualizados os conhecimentos e as habilidades;
- manter-se informados de qualquer mudança nas recomendações ou nas intervenções do serviço e adaptar as práticas clínicas adequadamente;
- dar informações corretas à comunidade, com uso de termos claros e da linguagem local, para que as pessoas das populações-alvo usem esses serviços e se beneficiem deles;
- assegurar a agilidade dos serviços prestados e a eficiência dos serviços de referência;
- manter registros e arquivos meticulosos, necessários para calcular os indicadores de monitoramento como base para avaliar se os objetivos do programa estão sendo alcançados; e
- garantir e melhorar continuamente a qualidade dos serviços em todos os níveis.

b. Integração dos serviços de controle do câncer do colo do útero com outros serviços de saúde

A integração dos serviços ou, no mínimo, a comunicação e a organização de vínculos entre os serviços possibilita a gestão holística da saúde para as mulheres. A introdução de novos serviços de prevenção e controle do câncer do colo do útero oferece a oportunidade de adotar uma abordagem integral da saúde de mulher.

Integração dos serviços de rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero com outros serviços de saúde reprodutiva

É necessário que haja relação entre a demanda e a oferta de serviços de saúde. No lado da demanda, muitas mulheres procuram os estabelecimentos de saúde em busca de orientação acerca de várias doenças, sobretudo aquelas relacionadas com a saúde reprodutiva. No entanto, elas podem não ter consciência da importância do rastreamento e do tratamento do câncer do colo do útero em particular.

No lado da oferta, muitas vezes as unidades de atenção primária têm somente um profissional de saúde de nível médio encarregado do manejo de todos os serviços de saúde reprodutiva para mulheres (ou seja, planejamento familiar, manejo de IST, atenção pré-natal e mudança de comportamento). Muitas vezes, esse profissional de atenção primária não têm a capacitação e/ou o equipamento necessário para

fazer o rastreamento de lesões precursoras nas mulheres acima de 30 anos e, portanto, pode perder a única oportunidade de oferecer esse serviço a determinada cliente. Se o rastreamento não for possível no estabelecimento de atenção primária, o profissional pode, pelo menos, identificar a necessidade desse serviço, educar a cliente e encaminhá-la à unidade de atenção secundária.

Integração da vacinação contra o HPV a outros serviços de prevenção primária

A estratégia de vacinação contra o HPV oferece oportunidades valiosas para a integração com outros serviços de saúde escolar e serviços de atenção primária à saúde adaptados para adolescentes. As intervenções podem incluir o rastreamento de carências nutricionais comuns, incapacidades ou deficiências físicas e doenças, assim como a apresentação de informações preventivas na área de saúde, como os perigos do tabagismo, o uso de contracepção para evitar a gravidez não planejada e o uso de preservativo com a dupla finalidade de evitar gravidez e IST, inclusive a infecção pelo HIV/AIDS.

Integração dos serviços de rastreamento e tratamento da infecção por HIV e do câncer do colo do útero

A OMS recomenda firmemente que, nos países com alta prevalência de HIV, qualquer contato entre um cliente (ou paciente) e um trabalhador da área de saúde seja usado como oportunidade para aconselhamento e testagem do HIV (ATH) e para oferecimento de educação e atenção apropriadas. A integração dos serviços de controle do câncer do colo do útero e do HIV pode ocorrer de duas maneiras:

- As mulheres assistidas nos serviços de ATH devem ser incentivadas a procurar o serviço de rastreamento do câncer do colo do útero se tiverem 30 anos ou mais; as mulheres que vivem com HIV e nunca foram submetidas a exame de rastreamento cervical, devem ser incentivadas a fazê-lo imediatamente qualquer que seja sua idade, e as que se submeteram a um rastreamento cervical anterior com resultado negativo devem repeti-lo no prazo de três anos.
- As mulheres assistidas nos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero em países com alta prevalência de HIV devem ser incentivadas a procurar os serviços de ATH caso não tenham sido submetidas à testagem de HIV recentemente.

c. Integração dos serviços com o rastreamento de outros cânceres: o caso do câncer de mama

Os mesmos princípios usados para implementar um programa de alta qualidade e bem-sucedido para o rastreamento do câncer do colo do útero se aplicam ao rastreamento de outros cânceres, como o câncer de mama. A experiência e as lições extraídas da organização e implementação de um programa voltado para o câncer

do colo do útero poderiam servir de base para elaborar um programa voltado para o câncer de mama. A diferença da idade prevista para o rastreamento do câncer de mama (geralmente mulheres a partir de 50 anos) tem de ser levada em conta ao abordar mulheres nos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero. No mínimo, os serviços de controle do câncer do colo do útero oferecem a oportunidade de conscientizar as mulheres sobre o câncer de mama e estabelecer um vínculo com os serviços de rastreamento desse tipo de câncer. De modo semelhante, as mulheres submetidas ao rastreamento do câncer de mama devem ser questionadas sobre o rastreamento do câncer do colo do útero se estiverem na idade em que este é recomendado, com incentivo especial daquelas nunca submetidas ao rastreamento.

d. Desafios para a implementação do programa

Os desafios não são encontrados apenas no nível de formulação da política, mas também surgem durante a implementação do programa no estabelecimento de saúde e na comunidade, além dos obstáculos que afetam as famílias e os indivíduos. A Tabela 2.2 resume esses desafios e apresenta sugestões para reduzir seus eventuais efeitos negativos.

Tabela 2.2: Possíveis desafios na fase de implementação e medidas corretivas sugeridas

Desafios	Medidas sugeridas para reduzir eventuais impactos negativos
Âmbito do estabelecimento de saúde regional ou local	
<ul style="list-style-type: none"> Existência de indivíduos e grupos que resistem à vacinação, inclusive à vacinação contra o HPV, e divulgam informações erradas 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver, fazer estudo-piloto e divulgar amplamente campanhas multimídia efetivas para promover os benefícios da vacinação de meninas contra o HPV e para combater explicitamente as informações erradas sobre os riscos da vacinação (ver Capítulo 4 e também a próxima seção nesta tabela com medidas sugeridas no âmbito da comunidade e da atenção primária).
<ul style="list-style-type: none"> Quantidade insuficiente de profissionais capacitados e competentes 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar, manter e atualizar quantidade suficiente de profissionais competentes para todos os níveis de serviço, o que pode requerer certo grau de delegação e divisão de tarefas entre os membros da equipe. Oferecer incentivos não monetários para o comparecimento pontual dos clientes e premiar a alta qualidade dos serviços.

Desafios	Medidas sugeridas para reduzir eventuais impactos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Membros da comunidade buscam a orientação de prestadores de serviços locais e tradicionais, líderes comunitários e personalidades nacionais que desconhecem a carga de doença e a possibilidade de prevenção e tratamento efetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessores locais podem desempenhar uma função importante na aceitação dos serviços pelas clientes; eles devem participar de atividades de informação baseadas em evidências e devem ser recrutados para ajudar a reduzir a desinformação e as atitudes negativas (ver no Capítulo 3 detalhes sobre métodos de comunicação e mensagens).
<ul style="list-style-type: none"> • Baixo desempenho do exame de rastreamento, devido tanto à tecnologia do exame quanto a erros do profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Escolher algoritmos baseados em evidências para os exames de rastreamento de lesões precursoras, de acordo com as diretrizes nacionais e os recursos e a infraestrutura disponíveis, a fim de garantir o acesso equitativo e o melhor desempenho possível (ver no Capítulo 5 detalhes sobre os métodos de rastreamento).
<ul style="list-style-type: none"> • Centros de saúde muito distantes e horário limitado de atendimento, que reduzem o acesso aos serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar os horários de abertura e fechamento dos serviços de saúde para levar em consideração os horários das mulheres que trabalham, bem como trabalhar com a comunidade para ajudar as mulheres a chegarem ao estabelecimento, assim aumentando o acesso aos serviços de rastreamento, seguimento e tratamento. • Elaborar estratégias para garantir o acesso aos serviços de todas as mulheres na faixa etária prevista, sem distinção de condição socioeconômica, distância dos serviços e outros fatores culturais locais.
<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de um sistema para convidar as mulheres para rastreamento e seguimento • Solicitação para que as mulheres retornem frequentemente aos serviços de saúde, o que pode levar à perda de seguimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir uma estratégia para alcançar as mulheres que necessitam de serviços de seguimento e convencê-las da necessidade desses serviços, com o objetivo de reduzir os gargalos nos serviços. • Oferecer o rastreamento e o tratamento de lesões precursoras na mesma visita.

Desafios	Medidas sugeridas para reduzir eventuais impactos negativos
<ul style="list-style-type: none"> Alto custo dos serviços de vacinação, rastreamento ou tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> Planejar e implementar estratégias locais para diminuir os custos dos serviços de vacinação, rastreamento e tratamento. Dialogar com parceiros internacionais e regionais. Negociar com fabricantes.
Âmbito da comunidade e dos profissionais de atenção primária	
<ul style="list-style-type: none"> Falta de conscientização das comunidades e do pessoal de saúde sobre o câncer do colo do útero como problema de saúde em geral e sobre a necessidade de rastreamento, mesmo que não haja sintomas 	<ul style="list-style-type: none"> Com o auxílio de estratégias apropriadas, providenciar intervenções de educação e conscientização de toda a comunidade, dos líderes comunitários e de outras pessoas essenciais na comunidade, assim como dos profissionais de atenção primária e do pessoal de apoio não profissional dos ambulatórios, levando em conta as evidências científicas sobre a evolução natural do câncer do colo do útero, sua associação com o HPV e a disponibilidade de prevenção e tratamento precoce efetivos.
<ul style="list-style-type: none"> Atitudes negativas e desinformação sobre os riscos da vacinação contra o HPV, concepções errôneas de que a vacinação de meninas antes do início da vida sexual incentiva a atividade sexual e crenças ou normas que inibem a discussão sobre doenças dos órgãos genitais 	<ul style="list-style-type: none"> Usar discussões com grupos focais e entrevistas para explorar e discutir concepções errôneas predominantes e atitudes negativas relativas às vacinas contra o HPV e doenças dos órgãos genitais em geral e ao câncer do colo do útero em particular e para responder a elas com a apresentação de evidências contrárias em linguagem não técnica (usar este guia como recurso) Durante as atividades de capacitação e educação de pessoas-chave na comunidade, tentar identificar aquelas que se opunham aos serviços, mas compreenderam e aceitaram as informações; capacitar esses indivíduos para que possam orientar e educar a comunidade (fornecer a eles material e ferramentas úteis para essa atividade).

Desafios	Medidas sugeridas para reduzir eventuais impactos negativos
<ul style="list-style-type: none">• Fatores individuais, sociais ou culturais que atuam como obstáculos e impedem as mulheres de buscar serviços de saúde preventivos	<ul style="list-style-type: none">• Abordar esses obstáculos, que podem incluir: desigualdade e violência de gênero, marginalização sociodemográfica (por exemplo, de membros de comunidades indígenas e tribais ou de refugiados), situação econômica, crenças religiosas, etc.
<ul style="list-style-type: none">• Falta de apoio financeiro às mulheres e às famílias para cobertura do custo e da perda de renda associados ao rastreamento (a maioria de mulheres em risco de câncer do colo do útero não está coberta por seguro social nem seguro de saúde)	<ul style="list-style-type: none">• Se houver seguro social ou seguro de saúde, garantir que cubram esses custos.

e. Desenvolvimento de um plano de ação para oferecer informações, educação, capacitação e supervisão de apoio

Do mesmo modo que outros componentes do programa, o plano de ação para IEC, treinamento e supervisão de apoio deve ser desenvolvido com base nos exercícios de avaliação das necessidades e mapeamento descritos na seção 2.2.2.

Este plano de ação deve incluir as seguintes atividades:

- Organizar discussões com grupos focais ou entrevistas com as mulheres e meninas nas idades previstas para entender melhor seus conhecimentos, percepções e necessidades; essas informações ajudarão os gestores do programa a adaptar os cursos de capacitação dos profissionais de saúde para que possam dar às clientes as informações e o apoio apropriados e, portanto, assegurar altos níveis de participação no rastreamento e de adesão ao tratamento e ao seguimento.
- Com base nas informações disponíveis sobre a capacidade dos serviços existentes e as necessidades locais, desenvolver e implementar cursos de capacitação de pessoal, assim como material de IEC e ferramentas de educação das pacientes.
- Preparar registros e arquivos para documentar os serviços prestados; isso é importante não só para a atenção às pacientes e a avaliação do programa, mas também para a supervisão e a avaliação do desempenho dos profissionais.

- Providenciar a capacitação de todos os profissionais de saúde e gestores do programa para que possam explicar claramente às pacientes o que esperar quando se submeterem a certos procedimentos (ver nos Capítulos 3 a 7 informações sobre mensagens de aconselhamento e planos de mobilização para vacinação contra o HPV e para rastreamento e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasivo).
- Providenciar capacitação de operadores de dados, pessoal de manutenção de equipamento, supervisores do programa e técnicos de laboratório sobre os detalhes técnicos de suas tarefas.
- Educar os profissionais de nível primário e secundário sobre o tratamento do câncer invasivo e os cuidados paliativos, de modo que eles conheçam os serviços prestados no nível terciário.

A duração dos cursos de capacitação deve ser suficiente para que a maioria dos alunos alcance a competência e deve incluir componentes teóricos, simulação com modelos anatômicos e treinamento clínico prático. O ensino das metodologias que serão usadas nos serviços deve ser flexível para possibilitar a integração de novas tecnologias à medida que surgirem.

Alguns desafios comuns encontrados na capacitação são:

- capacitação prática insuficiente em razão da pequena quantidade de casos
- ausência de foco na capacitação baseada em competências
- seguimento pós-treinamento e supervisão de apoio insuficientes
- falta de cursos de reciclagem
- centros de capacitação não direcionam os recursos disponíveis aos locais de prestação dos serviços.

Ao enfrentar alguns desses desafios, convém levar em conta os seguintes pontos: Enquanto alguns participantes adquirem novos conhecimentos e habilidades rapidamente, outros podem necessitar de mais tempo. Depois do curso de capacitação, pode-se providenciar a extensão da capacitação prática, na qual profissionais com experiência recebam como estagiários em seus estabelecimentos, em regime semanal ou de rodízio, os participantes que concluírem o curso básico. É essencial assegurar que, antes de começar a prestar os serviços, todos os profissionais estejam seguros de sua capacidade de prestá-los segundo o padrão estabelecido. A supervisão pós-capacitação, o uso de material de apoio, os algoritmos e outras ferramentas de aprendizagem pertinentes para reforçar a qualidade do desempenho devem ser incorporados ao plano de capacitação e à subsequente gestão do programa.

f. Outros componentes de que se deve dispor para a prestação eficiente e segura dos serviços

Compras e manutenção de equipamento e provisões

A avaliação de necessidades durante a fase de planejamento e preparo fornecerá informações vitais sobre o equipamento e as provisões essenciais que devem ser adquiridos. É preciso definir estratégias para a distribuição e o armazenamento do equipamento e para a reposição regular das provisões (inclusive materiais de consumo, peças sobressalentes e reagentes). Além disso, será necessário um sistema local eficiente de reparo e manutenção para evitar a interrupção ou o reagendamento dos serviços por causa de defeito do equipamento. Essas interrupções podem desanimar as clientes a retornarem e prejudicar a reputação de qualidade do serviço para pacientes reais ou em potencial.

Estratégia de prevenção de infecções

O manejo apropriado de resíduos médicos e a descontaminação e esterilização do equipamento reutilizável são medidas necessárias para minimizar a propagação de infecções e os possíveis danos ao pessoal do ambulatório, aos pacientes e à comunidade local (ver Anexo 3).



A estratégia deve oferecer instruções claras sobre os seguintes pontos:

- manejo apropriado de resíduos médicos, o que inclui separação, transporte e descarte;
- sistema para descarte de seringas e frascos usados na vacinação contra o HPV (ver na Ficha prática 4.4 os elementos essenciais de segurança da injeção para garantir a qualidade dos serviços);
- processamento do equipamento reutilizável contaminado segundo as normas internacionais, o que inclui descontaminação com solução de hipoclorito de sódio, enxágue e lavagem, desinfecção de alto nível ou esterilização; e
- uso de equipamento de proteção adequado pelo pessoal de saúde responsável pelo manejo de resíduos e equipamento reutilizável contaminados, inclusive com vestimentas de proteção, luvas grossas e máscara caso necessário.



Laboratório de referência nacional

A introdução de testes de HPV em um programa demanda um laboratório de referência nacional para a garantia e o controle da qualidade.

A lista de verificação da Ficha prática 2.1 pode ser útil no planejamento e na implementação do programa de controle de câncer do colo do útero. Além disso, ao final deste capítulo, a lista de leitura complementar enumera publicações e sites úteis com informações baseadas em



evidências e atualizadas sobre condutas estratégicas para o planejamento e a implementação do programa.

2.2.4 Monitoramento e avaliação do programa

A conduta de monitoramento e avaliação (M&A) de todo programa de saúde tem por finalidade assegurar que se desenvolvam e apliquem processos e sistemas de tal maneira que os serviços prestados sejam de boa qualidade e maximizem os benefícios para a população-alvo. Os principais indicadores a serem usados para M&A de um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero constam da publicação de 2013 da OPAS/OMS intitulada *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes* (Monitoramento de programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero: controle de qualidade e garantia da qualidade para programas baseados na inspeção visual com ácido acético).⁵

Os membros interessados envolvidos devem participar da etapa de planejamento estratégico para assegurar que o programa obtenha os resultados necessários e que sejam aplicadas medidas corretivas apropriadas quando for preciso. Devem ser implantados sistemas básicos de informação em saúde – manuais (com registros e arquivos), computadorizados ou uma combinação destes – e devem ser coletados regularmente os dados necessários para M&A.

Os registros são recursos importantes para coletar informações sobre os casos de câncer e as mortes dele decorrentes. Esses dados podem ser analisados para obter informações sobre a ocorrência e as tendências do câncer em uma população definida e para avaliar o impacto do programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Se a princípio for muito difícil implementar os registros de câncer em todo o país, é possível criar centros sentinelas representativos de diferentes populações e, de acordo com as lições extraídas, modificar e ampliar a escala do sistema até que haja cobertura nacional. Mais informações sobre o registro do câncer podem ser consultadas no site da Iniciativa Global para o Desenvolvimento de Registros do Câncer (GICR) do Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (CIIC).⁶

a. Monitoramento

Segundo o glossário de fortalecimento dos sistemas de saúde da OMS,⁷ o monitoramento é a vigilância contínua de uma atividade para ajudar em sua supervisão e assegurar que prossiga de acordo com o plano. Compreende a especificação de métodos para medir a atividade, o uso de recursos e a resposta aos serviços em comparação com os critérios acordados.

⁵ Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

⁶ Disponível em: <http://gicr.iarc.fr/>

⁷ Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/

O monitoramento combinado a medidas corretivas apropriadas demanda um sistema para coletar, armazenar e divulgar informações sobre saúde, um sistema de supervisão para garantir a adesão aos padrões, a melhoria participativa e contínua da qualidade, além de métodos de solução de problemas locais implementados com a participação de profissionais e membros da comunidade. Esta subseção contém mais detalhes sobre os sistemas de informação em saúde, indica ferramentas para autoavaliação e solução de problemas locais e fornece informações sobre a supervisão de apoio usada para a prevenção do câncer do colo do útero.

Duas atividades específicas em um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero que dependem em grande medida do monitoramento são a melhoria contínua da prestação de serviços e o monitoramento de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) (ver no Capítulo 4 e na Ficha prática 4.6 questões específicas relacionadas com as atividades de M&A de um programa de vacinação contra o HPV).



A melhoria contínua de qualidade da prestação de serviço deve ser realizada com a instituição periódica de medidas corretivas oportunas. A melhoria da qualidade é uma responsabilidade de todo o pessoal e deve contar com a participação de todos os quadros de profissionais. Os métodos que podem ser adaptados e usados para monitorar e melhorar a qualidade dos serviços são:

- **Autoavaliação e solução de problemas locais:** estes são métodos participativos que devem incluir todos os quadros de profissionais, assim como representantes da comunidade. O processo de autoavaliação COPE® (do inglês, *client-oriented, provider-efficient services* – serviços orientados para o cliente e prestados por profissionais eficientes) de EngenderHealth produziu várias ferramentas que podem ser adaptadas para ajudar nesse esforço: guia de entrevista de clientes, análise de fluxo de clientes e plano de ação COPE.⁸
- **Supervisão de apoio:** deve ser realizada periodicamente e o processo deve ser facilitado por supervisores capacitados. Algumas das principais funções da equipe de supervisão de apoio são:
 - observação de todos os aspectos da prestação de serviço, conforme seja o caso (por exemplo, registro de clientes, aconselhamento, procedimentos de consentimento, vacinação, rastreamento, tratamento de lesões precursoras, procedimentos para a prevenção de infecções e documentação);
 - revisão de dados locais relativos a recrutamento, cobertura da vacinação contra o HPV (imunização plena ou parcial), taxas de rastreamento e tratamento, perda de seguimento, taxas de EAPV, etc.; e
 - tutoria e atualização das habilidades dos profissionais de saúde e colaboração com eles para resolver eventuais problemas relativos aos serviços prestados no estabelecimento ou aos serviços de extensão.

⁸ Disponível em: <https://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope.php>

b. Avaliação

A avaliação é definida pelo glossário de fortalecimento dos sistemas de saúde da OMS como o exame sistemático e objetivo da pertinência, da adequação, do progresso, da eficiência, da efetividade e do impacto de um plano de ação com relação aos objetivos e levando em consideração os recursos e os estabelecimentos mobilizados.

Um plano de avaliação, desenvolvido com a participação ativa dos interessados, tem que definir o seguinte:

- a pessoa ou as pessoas das equipes multidisciplinares de gestão que serão responsáveis pela avaliação dos serviços;
- os recursos e serviços que serão avaliados e os métodos da avaliação;
- os dados que serão coletados e a definição dos principais indicadores de desempenho e impacto para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero (ver os principais indicadores na Ficha prática 2.2);
- a maneira como serão tomadas medidas corretivas sempre que se detectarem deficiências; e
- o orçamento para implementar a avaliação.



Key indicators

c. Indicadores básicos

Os indicadores básicos para monitorar e avaliar os serviços de um programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero incluem indicadores de desempenho e de impacto. Todos os países são firmemente incentivados a adotar os indicadores básicos, pois eles fornecem informações fundamentais para monitorar e avaliar o progresso e o impacto do programa, bem como informações globais para comparações dentro do país e entre países (ver exemplos no Capítulo 1, Seção 1.1.2, que apresenta dados sobre a epidemiologia global do câncer do colo do útero).

Indicadores de desempenho da vacinação contra o HPV:

- Cobertura vacinal da população-alvo: proporção de meninas com vacinação completa aos 15 anos de idade a cada ano (medida pelo formulário de notificação conjunta da OMS-Unicef)
- Taxa de EAPV: número de EAPVs informados a cada ano (ver mais detalhes no Capítulo 4).

Indicadores de desempenho do rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero:

- Cobertura da população-alvo:
 - i. porcentagem de mulheres de 30 a 49 anos de idade submetidas a rastreamento pelo menos uma vez desde os 30 anos (a avaliação pode ser feita por um

inquérito com mulheres de 30 a 49 anos no qual se pergunte se elas foram submetidas a rastreamento pelo menos uma vez)

- ii. porcentagem de mulheres de 30 a 49 anos de idade submetidas a rastreamento no ano em curso (essa informação pode ser obtida nos registros diários do serviço, com o cuidado de separar o primeiro rastreamento de repetições posteriores).

Nota: o denominador desses dois indicadores é o número de mulheres de 30 a 49 anos na população; além disso, é importante desagregar os dados em faixas etárias com intervalos de cinco anos.

- Positividade do exame de rastreamento: porcentagem de mulheres de 30 a 49 anos submetidas a rastreamento com resultado positivo nos 12 meses anteriores (as informações podem ser obtidas nos registros disponíveis)
- Taxa de tratamento: porcentagem de mulheres com resultado positivo do rastreamento que completaram o tratamento apropriado de lesões precursoras e do câncer invasivo nos 12 meses anteriores (as informações podem ser obtidas nos registros disponíveis).

Indicador de impacto:

- Incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, segundo a idade: incidência e mortalidade por câncer do colo do útero na população-alvo, segundo a idade.

A Ficha prática 2.2 contém as definições dos indicadores básicos de desempenho e de impacto, os métodos de cálculo e o limite para instituir medidas corretivas (outros indicadores também são descritos na mesma ficha prática).

Ver mais informações no documento da OMS/OPAS Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes (Monitoramento de programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero: controle de qualidade e garantia da qualidade para programas baseados na inspeção visual com ácido acético) (2013).⁹



Principais indicadores

2.3 Sucesso na prevenção e no controle do câncer do colo do útero

A prevenção e o controle do câncer do colo do útero podem ser alcançados se:

- houver elaboração e divulgação de uma política nacional e de diretrizes nacionais para o controle do câncer do colo do útero com base na evolução natural da doença e nos dados sobre a prevalência e a incidência em diferentes faixas etárias;
- houver alocação de recursos financeiros e técnicos para apoiar a implementação da política e das diretrizes, tornando os serviços disponíveis e acessíveis a mulheres e meninas;

⁹ Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

- estiverem implantados programas de educação pública e promoção da causa da prevenção para apoiar a política nacional;
- houver ampla participação de mulheres e meninas nas faixas etárias previstas nos programas de rastreamento e de vacinação contra o HPV;
- a vacina contra o HPV for administrada como estratégia populacional a adolescentes entre 9 e 13 anos de idade;
- o rastreamento for organizado, em vez de oportunístico;
- os serviços de rastreamento estiverem vinculados ao tratamento das lesões precursoras e do câncer invasivo;
- estiver implantado um sistema de informações de gerenciamento em saúde e um plano de monitoramento e avaliação para monitorar os avanços, identificar deficiências e dar feedback regularmente aos gestores e profissionais de saúde, de tal maneira que seja possível implementar a medida corretiva apropriada no momento adequado;
- houver criação e manutenção de um sistema de referência operacional; e
- houver um sistema de saúde geral fortalecido.

Leitura complementar

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf – acesso em 18 de julho de 2014).
- Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, et al. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings. IARC Technical Publication No. 43. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer; 2014 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/index.php> – acesso em 16 de junho de 2014).
- EngenderHealth. COPE® for cervical cancer prevention: a tool book to accompany the COPE® handbook. Nova York (NY): EngenderHealth; 2004 (http://screening.iarc.fr/doc/cope_cxca_toolbook.pdf – acesso em 18 de julho de 2014).
- Franco EL. Epidemiology in the study of cancer. In: Bertino JR, editor. Encyclopedia of cancer, volume 1. San Diego (CA): Academic Press; 1997:621–41.
- PATH. Implementing HPV vaccination programs: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: Practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2011 (<http://www.rho.org/HPV-vaccine-implementation.htm> – acesso em 18 de julho de 2014).
- PATH. Strategic planning and situation assessment for cervical cancer prevention: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2011 (<http://www.rho.org/HPV-strategic-planning.htm> – acesso em 18 de julho de 2014).
- PATH. Cervical cancer prevention action planner, version 2.0 [website]. PATH; 2012 (<http://www.rho.org/actionplanner.htm> – acesso em 18 de julho de 2014).
- World Bank. World development indicators 2013. Washington (DC): Banco Mundial; 2013 (<http://data.worldbank.org/products/wdi> – acesso em 18 de julho de 2014).

Sites úteis:

- EngenderHealth – Client-Oriented, Provider-Efficient Services (COPE®)** [Serviços orientados para o cliente e prestados por profissionais eficientes]: <https://www.engenderhealth.org/our-work/improving-quality/cope.php>
- ExpandNet – Scaling up Health Innovations** [Ampliação de inovações na área de saúde]: <http://www.expandnet.net/>

International Agency for Research on Cancer (IARC) – Global Initiative for Cancer Registry Development (GICR) [Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer – Iniciativa global para o desenvolvimento de registros do câncer]: <http://gicr.iarc.fr/>

United Nations Population Information Network [Rede de informações demográficas das Nações Unidas]: <http://www.un.org/popin/data.html>

WHO – The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes [OMS – Enfoque estratégico da OMS para fortalecer políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva]: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/strategic_approach/en/

WHO – HPV Vaccine Introduction Clearing House [Centro de Intercâmbio de Informações sobre a Introdução da Vacina contra o HPV da OMS]: <http://www.who.int/immunization/hpv/en/>

3

CAPÍTULO 3. MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE, EDUCAÇÃO E ACONSELHAMENTO

Capítulo 3. Mobilização da comunidade, educação e aconselhamento

Pontos-chave

- A extensão de serviços, a mobilização da comunidade, a educação em saúde e o aconselhamento são componentes essenciais de um programa efetivo de prevenção e controle do câncer do colo do útero para assegurar ampla cobertura de vacinação, alta cobertura de rastreamento e elevada adesão ao tratamento.
- As estratégias de extensão dos serviços devem alcançar e atrair meninas e mulheres que mais se beneficiariam com a vacinação e o rastreamento, respectivamente, assim como homens, meninos, líderes comunitários e principais interessados.
- A mobilização da comunidade e a educação em saúde são ferramentas essenciais para superar as dificuldades comuns que impedem o acesso à atenção preventiva e sua utilização; entre os obstáculos comuns estão os tabus sociais, as barreiras linguísticas, a desinformação e a falta de transporte até os locais de serviço.
- A educação em saúde assegura que as mulheres, suas famílias e a comunidade em geral compreendam que é possível prevenir o câncer do colo do útero.
- As mensagens de educação em saúde sobre o câncer do colo do útero devem refletir a política nacional e ser culturalmente apropriadas e uniformes em todos os níveis do sistema de saúde.
- Os estabelecimentos de saúde devem ter um ambiente privado que possa ser usado para oferecer individualmente às mulheres informações e aconselhamento, se for o caso, com o objetivo de ajudá-las a fazer as melhores escolhas para sua saúde.
- Os profissionais de saúde devem ser capacitados para falar sem preconceitos sobre sexualidade, abordar questões relacionadas com o câncer do colo do útero e o papilomavírus humano (HPV) e também proteger a privacidade da paciente e a confidencialidade.
- É fundamental que as mensagens educativas enfatizem que as mulheres com resultado anormal dos exames de rastreamento precisam voltar para seguimento.

Sobre este capítulo

Este capítulo é baseado na seguinte diretriz da OMS:

Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals. Geneva: OMS; 2007 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf).

Outros artigos e publicações usados como base podem ser encontrados sob o título *Leitura complementar*, ao final do capítulo.

Este capítulo aborda a necessidade de incluir a extensão de serviços, a mobilização da comunidade, a educação em saúde e o aconselhamento nos programas efetivos de prevenção e controle do câncer do colo do útero. O objetivo dessas estratégias é motivar as mulheres e suas famílias a buscarem serviços de prevenção, inclusive a detecção precoce e o tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero e a vacinação de meninas e, em última análise, possibilitar que as pessoas controlem mais e melhorem a própria saúde.

Este capítulo consta de cinco seções principais. A Seção 3.1, “Intensificação do uso de serviços de prevenção e controle do câncer do colo do útero”, serve de introdução ao tema do capítulo e destaca o papel primordial dos profissionais de saúde. As demais seções – “Extensão” (Seção 3.2), “Mobilização da comunidade” (Seção 3.3), “Educação em saúde preventiva” (Seção 3.4) e “Aconselhamento” (Seção 3.5) – fornecem informações sobre as abordagens mais efetivas e as mensagens-chave para cada um desses esforços, inclusive recursos úteis para implementá-los. A transmissão de mensagens coerentes demanda boas habilidades de comunicação e o uso de linguagem não técnica apropriada à população-alvo.

As fichas práticas referentes a este capítulo enumeram as mensagens-chave a incluir na educação em saúde sobre câncer do colo do útero, contêm respostas a perguntas frequentes sobre câncer do colo do útero e HPV, sugerem métodos para atrair os homens para a prevenção do câncer do colo do útero e fornecem informações sobre o aconselhamento. Algumas fichas correspondentes a outros capítulos também servem de apoio aos profissionais de saúde nas questões de comunicação, e neste capítulo se fará referência a elas.

3.1 Intensificação do uso de serviços de prevenção e controle do câncer do colo do útero

A prevenção poupa vidas e recursos. O custo da perda de uma mulher por causa do câncer do colo do útero é enorme, tanto para a família quanto para a comunidade. A boa extensão comunitária, a educação e o aconselhamento ajudam as pessoas a compreender e reduzir o risco pessoal da doença, bem como os riscos para seus parentes e amigos, ao aceitarem e usarem as opções de atenção preventiva, como vacinação e rastreamento, evitarem comportamentos prejudiciais e adotarem estilos de vida mais saudáveis.

Muitas mulheres e famílias podem necessitar de apoio para superar dificuldades que as impedem de usar os serviços. Essas dificuldades incluem o temor de descobrir que têm uma infecção ou doença, a vergonha de se submeter a um exame dos órgãos genitais, a confusão sobre a segurança e a efetividade da vacina contra o HPV e a falta de tempo ou de transporte acessível para chegar ao estabelecimento de saúde. A mobilização comunitária é um processo de colaboração com a comunidade para identificar essas dificuldades e desenvolver estratégias para superá-las.

A história de Anna

Anna, uma queniana de 32 anos, não estava doente. Na verdade, estava bem-disposta. Pouco tempo antes, o comunicado de um agente comunitário de saúde em um funeral a inspirara. Ele havia falado sobre uma doença que afeta as mulheres – câncer do colo do útero – e explicado que é possível prevenir essa doença. Se o câncer do colo do útero não for detectado e tratado na fase inicial, pode causar a morte da mulher.

O agente comunitário de saúde, um conhecido em quem ela confiava, deu a Anna um cartão e disse aonde deveria ir para fazer um exame de rastreamento. “Percebi que era importante saber se corria algum risco porque, afinal, poderia conseguir ajuda.” Quando Anna voltou duas semanas depois, foi informada de que o resultado era negativo, ou seja, normal. “Eu me senti muito aliviada”, disse. Agora, só é preciso voltar para outro exame em cinco anos.

Por ter sido tratada com tanta gentileza e aprendido tanto, Anna começou a falar publicamente sobre sua experiência. Muitas mulheres com as quais falou seguiram sua orientação e foram examinadas. Duas dessas mulheres contaram a Anna que tinham lesões precursoras, foram tratadas e, graças a isso, não teriam câncer. Anna está contente por ajudar os outros: “Não quero que ninguém morra quando há uma oportunidade de viver”.

Fonte: Adaptado de Women’s stories, women’s lives: experiences with cervical cancer screening and treatment. Seattle (WA): Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004.

3.1.1 A função do profissional de saúde

Os profissionais de saúde desempenham uma função primordial na prevenção e no controle do câncer do colo do útero mediante aumento do uso de serviços de vacinação e rastreamento pelas pessoas que têm maior probabilidade de se beneficiar deles. Os profissionais que desempenham essa função podem ser médicos, enfermeiros, obstetrias ou agentes comunitários de saúde – qualquer pessoa que preste serviços clínicos ou comunitários. Esses profissionais são protagonistas em uma equipe maior que trabalha em conjunto para reunir e transmitir informações sobre infecção por HPV e câncer do colo do útero e as maneiras de prevenir essas doenças, fazer o rastreamento e tratar mulheres com resultados anormais do exame de rastreamento. A experiência indicou que a comunicação direta entre profissionais de saúde e aqueles que procuram os serviços de saúde é o método mais efetivo para compartilhar informações em saúde importantes e influenciar o comportamento de busca da saúde. Os indivíduos e as famílias recorrem ao profissional para obter informações e serviços de saúde.

O uso de linguagem clara e respeitosa durante as comunicações interpessoais, a transmissão de mensagens-chave que contenham informações coerentes e exatas e a prestação de serviços de apoio centrados na mulher e facilmente acessíveis podem ser determinantes para o êxito dos esforços para reduzir o câncer do colo do útero. O Quadro 3.1 indica as características de um profissional de saúde que pode ser um bom educador em saúde sobre o tema do câncer do colo do útero.

Quadro 3.1: Características e habilidades de comunicação de um educador em saúde efetivo sobre o tema do câncer do colo do útero

- **Conhecimento:** entender corretamente o câncer do colo do útero e sua prevenção, inclusive por que algumas faixas etárias têm prioridade de acesso aos serviços. Capacidade de prever e responder perguntas, bem como de buscar mais informações quando necessário.
- **Naturalidade em relação ao assunto:** sentir-se à vontade para falar sobre anatomia feminina, sexo e sexualidade.
- **Clareza e constância:** divulgar mensagens-chave, de fácil compreensão e apropriadas para a audiência; manter a regularidade dessas mensagens.
- **Sensibilidade e neutralidade moral:** as questões relacionadas à saúde sexual podem ser muito delicadas. Usar linguagem e tom apropriados. Não usar termos que reforcem estigmas nem que promovam estereótipos de gênero prejudiciais (ver Tabela 3.1).
- **Apoio:** ser um bom ouvinte. Demonstrar paciência e compreensão; ajudar as mulheres e as famílias a encontrar soluções para os problemas e a tomar decisões acertadas para obter a atenção de que necessitam.
- **Cordialidade e encorajamento:** se as pessoas se sentirem bem-vindas, é mais provável que voltem quando necessitarem.

3.2 Extensão

As atividades de extensão são aquelas realizadas para além das paredes do estabelecimento de saúde para alcançar as populações-alvo com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre temas específicos de saúde (a prevenção do câncer do colo do útero é um exemplo) e melhorar o acesso aos serviços de saúde.

A função do profissional de saúde inclui as atividades de extensão, que devem ser cuidadosamente planejadas. O primeiro passo ao elaborar um plano de extensão é identificar a população-alvo da mensagem específica e ser capaz de explicar com clareza a razão e a importância de priorizar esse grupo-alvo para os serviços. A Figura 2.1, no Capítulo 2, identifica as faixas etárias afetadas e aquelas que podem ser mais beneficiadas por intervenções específicas. O trabalho em parceria com a

comunidade gera apoio à prevenção, o que facilita o acesso às populações-alvo. No estágio de planejamento das atividades de extensão é crucial compreender os principais obstáculos que podem estar impedindo o acesso de mulheres e meninas aos serviços de saúde preventivos.

O objetivo da extensão é maximizar a cobertura e utilização de serviços de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Para isso, é preciso que as mensagens relativas à prevenção do câncer do colo do útero alcancem cinco grupos-alvo ou prioritários:

- **Meninas adolescentes (e suas famílias):** as pesquisas indicam que as vacinas contra o HPV são mais efetivas se administradas a meninas e/ou mulheres antes do início da atividade sexual e da exposição à infecção pelo HPV; portanto, a população-alvo para a vacina contra o HPV, conforme a recomendação da OMS, são as adolescentes de 9 a 13 anos.¹ No entanto, é importante incluir os meninos nas campanhas de conscientização e informação.
- **Mulheres adultas:** é possível obter benefício máximo do rastreamento cervical limitando o uso dos recursos de rastreamento às mulheres de 30 a 49 anos, como recomenda a OMS. O motivo é que a maioria das mulheres é infectada pelo HPV na adolescência e na faixa dos 20 anos, e o vírus normalmente leva de 10 a 15 anos para provocar alterações precursoras. A inclusão de parentes, e principalmente do companheiro, ao transmitir as mensagens de educação em saúde é essencial para garantir a aceitação dos serviços de rastreamento.
- **Grupos vulneráveis:** as evidências mostram que os serviços tendem a ser menos usados por aquelas que correm maior risco. Não é suficiente criar serviços e supor que serão procurados pelas meninas e mulheres em risco. É preciso empregar esforços concretos para alcançar as populações mais vulneráveis. Esses grupos incluem:
 - meninas que são difíceis de alcançar, sobretudo as que não fazem parte do sistema formal de educação;
 - mulheres que vivem longe dos serviços e têm menos recursos;
 - trabalhadoras migrantes, refugiadas e de outros grupos marginalizados;
 - mulheres e meninas que vivem com HIV e outras com imunossupressão que podem necessitar de um programa mais intensivo de rastreamento.
- **Líderes e defensores da comunidade:** a participação dos líderes comunitários pode facilitar muito os esforços de extensão. Alguns líderes de peso que se tornam defensores da causa podem trazer o apoio da comunidade e assegurar o êxito do programa. Suas contribuições incluem convencer os homens locais, conseguir apoio financeiro para as famílias necessitadas, organizar o transporte até os serviços ou providenciar um local de reunião para uma apresentação ou um evento de campanha.

¹ Não é necessário perguntar sobre atividade sexual antes de vacinar as meninas. Fazer esse tipo de questionamento a uma população tão jovem transmite uma ideia errada e pode gerar temor e desconfiança.

- **Homens:** assim como em outros aspectos da saúde reprodutiva feminina, é crucial alcançar os homens e incluí-los. Com frequência, os homens são os “controladores” do acesso de suas esposas e filhas aos serviços, de maneira que pode ser necessário conseguir seu apoio (ou, em casos extremos, sua permissão) para que as mulheres busquem os serviços. O aumento dos conhecimentos e da compreensão dos problemas de saúde femininos ajuda os homens a tomarem melhores decisões de saúde para si mesmos e para suas parceiras e ajuda a fortalecer os programas. As informações sobre HPV e câncer do colo do útero podem ser dadas aos homens em ambientes clínicos e comunitários, com mensagens sobre a importância de incentivar as parceiras a se submeterem ao rastreamento e ao tratamento quando necessário (ver Ficha prática 3.3).



O que os homens precisam saber

Uma vez definidas as populações-alvo, o plano de extensão pode abranger:

- agentes de saúde comunitários e estratégias de comunicação entre pares para fornecer informações e motivar as populações a buscarem os serviços;
- unidades de rastreamento móveis ou brigadas de vacinação para levarem os serviços às comunidades;
- cartazes, folhetos, rádio, televisão e mídias sociais na internet para alcançar todos os segmentos das populações-alvo, assim como pessoas que possam influenciá-las.

A Seção 3.4.3(c), adiante neste capítulo, contém mais informações sobre a educação em saúde na comunidade.

3.3 Mobilização da comunidade

A mobilização da comunidade é um processo de envolver e obter apoio para todos que necessitem de serviços de saúde (por exemplo, prevenção e controle do câncer do colo do útero), com conseqüente adesão e participação sustentável da comunidade.

A promoção dos serviços preventivos pode ser um desafio em qualquer meio. Com frequência, as pessoas são mais propensas a buscar atendimento se elas ou seus parentes estiverem doentes do que a buscar serviços de prevenção, e muitas vezes as mulheres relegam sua própria atenção preventiva à última posição na escala de prioridades. A atenção preventiva efetiva nos estabelecimentos de saúde requer não só a criação do serviço, mas também, o que é igualmente importante, a atração da comunidade para que compreenda e utilize o serviço.

3.3.1 Envolver a comunidade para a prevenção

Muitas vezes os profissionais de saúde estão sobrecarregados com a atenção aos pacientes, o que dificulta a ida à comunidade. Os agentes comunitários de saúde, os voluntários e os gestores do estabelecimento podem ser mobilizados para as atividades de educação na comunidade e extensão. Os parceiros comunitários

– entre os quais estão líderes comunitários, líderes religiosos, professores e membros dos grupos de mulheres locais – podem ajudar a identificar membros das populações-alvo e a abordar obstáculos ao acesso e ao tratamento (ver Quadro 3.2). Os esforços de mobilização da comunidade podem expandir o alcance e o impacto dos recursos limitados dos centros e profissionais de saúde.

Quadro 3.2: As comunidades podem fazer a diferença

- Mais de 25 milhões de famílias em todo o mundo ganham a vida com a produção de café. Em muitas comunidades produtoras de café, pequenos agricultores se organizaram em cooperativas, ou uniões, para dividir as instalações de processamento e aumentar o poder de negociação. Em Huatusco, México, quando os líderes da cooperativa de café souberam que muitas mulheres de sua comunidade estavam morrendo desnecessariamente por causa de uma doença que poderia ser prevenida, começaram a trabalhar para mudar essa situação. Em colaboração com uma organização não governamental e o Ministério da Saúde, eles começaram por educar seus membros (principalmente homens) sobre a importância de salvar a vida das mulheres e permitir que suas esposas se submetessem ao rastreamento. Eles se uniram aos serviços de saúde locais para criar dias especiais de “campanhas” de rastreamento e usaram os caminhões de café para transportar as mulheres. Os parentes assumiram as tarefas domésticas e os cuidados com as crianças pequenas para ajudar.
- Ao fazer do rastreamento um evento especial e visível, tornou-se aceitável o comparecimento de todas as mulheres. As mulheres temerosas foram incentivadas por seus amigos e vizinhos a participar e, o que é mais importante, foi garantido o tratamento das mulheres com resultado positivo do rastreamento. Para as mulheres com diagnóstico de câncer mais avançado, a comunidade arrecadou fundos e ajudou as famílias com custos que poderiam ser devastadores. Em dois anos, mais de 80% das mulheres na idade prevista haviam sido submetidas ao rastreamento e 90% das que tiveram resultado positivo receberam tratamento. A cooperativa ganhou novos membros e os trabalhadores se tornaram mais leais ao grupo. E, é claro, vidas de mulheres foram salvas.

3.3.2 Trabalho com agentes comunitários de saúde

Muitos sistemas de saúde usam agentes comunitários de saúde (ACS) capacitados para educar os membros da comunidade acerca da prevenção e para promover os serviços de saúde disponíveis. Os ACS podem servir de ponte entre os serviços de saúde e a comunidade e são reconhecidos em todo o mundo como uma parte essencial de qualquer equipe de saúde. A abordagem entre iguais ajuda a ganhar a confiança das famílias que podem se beneficiar das informações e da orientação sobre os programas de vacinação e rastreamento, com a eliminação de eventuais temores ou preocupações. Por exemplo, quando o resultado do exame

de rastreamento é positivo, o ACS explica a importância de voltar ao ambulatório para manejo complementar; e se os pais estiverem preocupados com a segurança da vacina contra o HPV, as informações corretas podem ajudá-los a entender a segurança e os benefícios da vacina. O bom recebimento dos ACS que acompanham as mulheres que procuram atendimento em um centro de saúde ou hospital, se elas assim desejarem, pode mostrar à comunidade que os ACS são membros valorizados e bem informados da equipe.

A boa relação de trabalho entre profissionais de saúde e ACS pode facilitar:

- o aprendizado das comunidades sobre os serviços de prevenção do câncer do colo do útero e sua importância;
- a opção das famílias por vacinar suas filhas, assim protegendo as meninas contra a infecção por tipos de HPV de alto risco;
- o apoio necessário às mulheres para que tomem uma decisão livre e esclarecida sobre o rastreamento;
- o rastreamento de mulheres elegíveis na comunidade e, portanto, a maior detecção precoce de lesões precursoras e de câncer do colo do útero;
- o tratamento e a atenção às mulheres com resultados positivos; e
- o comparecimento às consultas das mulheres encaminhadas para atenção complementar.

Se um grupo de agentes comunitários de saúde ou de facilitadores já estiver trabalhando em outros problemas de saúde, é melhor incorporar as informações sobre o câncer do colo do útero ao trabalho de extensão existente mediante a atualização de seu conhecimento sobre o tema. Se não houver ACS na comunidade, os líderes comunitários e outros interessados podem ajudar a identificar e recrutar um grupo para capacitação e prestação de serviço (ver Ficha prática 3.7).



FP3.7 ACS

3.4 Educação em saúde preventiva

A educação em saúde é uma troca de informações com a finalidade de aumentar a percepção e promover conhecimento sobre como se manter saudável e prevenir doenças (como o câncer do colo do útero), inclusive informações sobre os recursos disponíveis e os benefícios do acesso aos serviços.

3.4.1 Educação preventiva para indivíduos e comunidades

Muitos obstáculos à vacinação contra o HPV e aos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero podem ser superados com a educação e a participação da comunidade. A resistência ao rastreamento do câncer pode ser um reflexo do desconhecimento de que é possível prevenir o câncer do colo do útero por meio do rastreamento e do tratamento precoce. Às vezes também é difícil que

as mulheres ponham a própria saúde em primeiro lugar quando tantas demandas competem por seu tempo e seus recursos. Essa situação pode ser exacerbada pelo preconceito de gênero, que contribui para a baixa captação dos serviços de prevenção para mulheres e meninas. Além disso, mal-entendidos e preocupações da comunidade com os programas de vacinação podem criar obstáculos.

A educação em saúde de qualidade envolve a divulgação de informações corretas em linguagem simples e compreensível a indivíduos ou grupos com o objetivo de sensibilização, mudar o comportamento e reduzir doenças e mortes.

A educação em saúde não é pontual; deve ser uma atividade contínua e demanda esforço constante para manter o conhecimento atualizado. Nos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero, os principais objetivos da educação em saúde são:

- informar as pessoas sobre o câncer do colo do útero, causas (sobretudo o HPV) e evolução natural;
- promover a vacinação de meninas contra o HPV, quando há vacinas disponíveis para essa comunidade;
- promover o rastreamento das mulheres na faixa etária elegível;
- garantir que as mulheres com resultado positivo do rastreamento sejam tratadas de imediato;
- orientar sobre os sinais e sintomas do câncer do colo do útero e incentivar as mulheres a buscar atendimento caso ocorram; e
- abordar o desconhecimento, os temores, o constrangimento e o estigma relacionados com o HPV e o câncer do colo do útero.

3.4.2 Métodos de educação em saúde

Um educador em saúde efetivo deve conhecer bem as informações pertinentes, além de se sentir à vontade com o tema e escolher as palavras com cuidado. As características e as habilidades de comunicação de um educador em saúde efetivo sobre o tema do câncer do colo do útero são detalhadas no Quadro 3.1 na Seção 3.1 deste capítulo. É preciso também que ele tenha talento para apresentar as informações de maneira que todos compreendam suas mensagens e que os participantes continuem comprometidos.

Algumas dicas para a apresentação:

- Fornecer informações exatas de maneira respeitosa e sem preconceitos.
- Verificar se o material é de fácil compreensão e apropriado para o público.
- Manter a uniformidade das mensagens essenciais, qualquer que seja o público, mas também procurar adequá-las ao local e à cultura, adaptar a linguagem ao público e usar, sempre que possível, termos que todos compreendam.

- Elaborar mensagens de acordo com as diretrizes nacionais, mas usar também informações da comunidade e testar previamente as mensagens e o material preliminar com pessoas da comunidade; usar as respostas e os conselhos dessas pessoas para reformular as mensagens a fim de garantir sua plena compreensão e efetividade.
- Criar mensagens para abordar temores e mal-entendidos comuns, assim como o estigma às vezes associado ao câncer e às infecções sexualmente transmissíveis (ver Seção 3.4.4 e Tabela 3.1).
- Melhorar as habilidades de comunicação mediante a prática. É importante superar o eventual desconforto ao falar sobre assuntos sexuais ou doenças dos órgãos genitais.

Quadro 3.3: Conhecimentos essenciais sobre o câncer do colo do útero

- O QUE é a lesão precursora?
- O QUE é o câncer do colo do útero?
- COMO é possível prevenir o câncer do colo do útero?
- QUEM deve se vacinar?
- QUEM deve se submeter ao rastreamento?
- QUE serviços de prevenção estão disponíveis localmente?
- ONDE e QUANDO é possível ter acesso a esses serviços locais?

Lembre-se: a comunicação eficaz pode aumentar as taxas de vacinação e rastreamento e salvar vidas de mulheres.

3.4.3 Elaboração e apresentação de conteúdo educativo sobre saúde preventiva

Para aumentar a efetividade das atividades de extensão e educação em saúde, é importante compreender bem o tema e ter prática na apresentação das informações. A associação entre câncer do colo do útero e HPV, que é transmitido por contato sexual, levanta algumas questões difíceis que os profissionais de saúde devem estar preparados para responder. As mensagens devem usar linguagem não técnica e culturalmente apropriada.

a. Uso de mensagens-chave

Embora o tema de prevenção e controle do câncer do colo do útero possa ser complicado, as mensagens-chave podem ser curtas e simples para que as pessoas compreendam e façam boas escolhas.

Cinco mensagens-chave sobre a vacina contra o HPV:

1. Existe uma vacina segura e efetiva que pode proteger contra o câncer do colo do útero.

2. A vacina contra o HPV tem melhor resultado se administrada antes do início da vida sexual.
3. Todas as meninas na faixa etária ou na classe/série/ano escolar identificadas como público-alvo pelo programa nacional devem ser vacinadas contra o HPV.
4. As vacinas contra o HPV não tratam nem eliminam as infecções por HPV preexistentes.
5. Meninas sexualmente ativas também podem ser vacinadas contra o HPV, mas a efetividade pode ser menor.

Cinco mensagens-chave sobre rastreamento e tratamento:

1. O câncer do colo do útero é uma doença que pode ser prevenida.
2. Existem exames para detectar alterações iniciais no colo do útero (conhecidas como lesões precursoras) que podem levar ao câncer se não tratadas.
3. Existem tratamentos seguros e efetivos para essas alterações iniciais.
4. Todas as mulheres de 30 a 49 anos de idade devem se submeter ao rastreamento de câncer do colo do útero pelo menos uma vez.
5. Ninguém deveria morrer por câncer do colo do útero.

As mensagens específicas elaboradas para uso em cada país devem estar de acordo com as diretrizes nacionais, inclusive acerca da população-alvo específica (ou seja, faixa etária para a vacinação de meninas contra o HPV e para o rastreamento de câncer do colo do útero nas mulheres).

A Ficha prática 3.1 contém mensagens mais detalhadas para uso na promoção da saúde e as Fichas práticas 3.2 e 4.1 apresentam respostas a perguntas frequentes sobre o câncer do colo do útero e a vacina contra o HPV, respectivamente. Esses recursos podem facilitar o trabalho do educador em saúde; eles podem ser adaptados às necessidades do profissional e da comunidade local.



Mensagens-chave



Perguntas frequentes



Perguntas frequentes sobre HPV

b. Recursos

Para auxiliar as atividades de educação, podem ser preparados material e recursos adicionais. As estratégias de comunicação e o material são mais efetivos quando adaptados ou criados com a contribuição de membros do público-alvo.

Considere o uso dos seguintes instrumentos e recursos:

- **Os flipcharts** (álbuns seriados) são especialmente úteis nas sessões de educação em grupo. Deve ser fácil ver e entender as imagens. A história de uma mulher que faz o exame de rastreamento e é tratada pode ser mais efetiva e mais fácil de compreender que imagens complicadas de anatomia e vírus.

- **Os folhetos** podem conter informações simples e mensagens de prevenção que os membros da comunidade podem levar para casa e discutir com a família e outras pessoas.
- **Dramatizações e representações** podem ser realizadas em centros comerciais ou reuniões da comunidade para atrair a atenção das pessoas e ensinar por meio de histórias. As experiências de outras pessoas podem ser apresentadas ao vivo ou em estudos de casos para dramatizações e representações.
- Os programas de rádio e vídeos são recursos efetivos para contar histórias e transmitir mensagens ou comunicados curtos. A participação como convidado em um programa de entrevistas no rádio ou na televisão permite apresentar muitas informações e alcançar muitas pessoas ao mesmo tempo. As emissoras de rádio locais são muito úteis para anunciar serviços e campanhas e lembrar às mulheres com resultado positivo do exame de rastreamento que retornem para o tratamento.

c. Educação em saúde

Nos estabelecimentos de saúde

Sempre que possível, a educação sobre o câncer do colo do útero (inclusive as informações sobre vacinação contra o HPV e rastreamento) deve estar à disposição das mulheres que chegam a um estabelecimento de saúde para qualquer serviço, tanto para si mesmas quanto para um parente. As informações podem ser fornecidas a grupos nas áreas de espera com o auxílio de cartazes, conversas sobre saúde, vídeos ou material escrito. As informações e a educação sobre prevenção do câncer do colo do útero podem alcançar mais homens e mulheres se forem incluídas nas palestras sobre saúde dos programas de atenção pré-natal e de puerpério, planejamento familiar, atenção a doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis (IST), inclusive infecção pelo HIV/AIDS.

Na comunidade

A educação comunitária pode acontecer em diversos ambientes, como em centros comunitários, em locais de culto e escolas, durante atividades esportivas, em dias de sensibilização para a saúde ou inserida em uma campanha de rastreamento. Alguns membros escolhidos da comunidade podem ser capacitados para transmitir mensagens-chave: profissionais da área médica, professores, líderes comunitários, agentes comunitários de saúde, curandeiros tradicionais e obstetrias (parteiras). Mensagens sobre os benefícios da vacina contra o HPV (se estiver disponível) devem ser adaptadas para meninas, meninos e seus pais ou responsáveis, enquanto mensagens sobre os benefícios do rastreamento devem ser dirigidas às mulheres e seus parceiros.

Alguns exemplos de atividades de extensão comunitária são:

- **Educação em saúde na comunidade:** sessões informativas organizadas por profissionais de saúde ou por ACS capacitados podem aumentar a utilização dos

serviços de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Elas também são muito populares quando bem elaboradas e oferecidas nos locais onde as mulheres se reúnem ou aguardam em uma fila por qualquer motivo (por exemplo, auxílio para alimentação, matrícula escolar, etc.).

- **Visitas a domicílio:** os ACS e outros trabalhadores comunitários ou assistentes sociais podem fornecer informações sobre os serviços de saúde preventivos, abordar preocupações e dúvidas bem como ajudar as mulheres a tomar providências para ir ao estabelecimento de saúde. Se o companheiro ou outros parentes estiverem em casa, e todos os presentes concordarem, eles podem ser incluídos na discussão.
- **Divulgação boca a boca:** clientes satisfeitas podem ser incentivadas a conversar sobre vacinação contra o HPV e rastreamento do câncer do colo do útero com seus amigos e parentes. Um folheto pode ser usado como recurso visual.
- **Atividades culturais da comunidade:** eventos, feiras ou festivais são boas oportunidades para apresentar à comunidade em geral mensagens em quadros de informação ou comunicados. As feiras, onde as mulheres constituem a maioria tanto entre comerciantes quanto entre compradores, também são boas ocasiões para atividades de educação em saúde na comunidade.

3.4.4 Combate à desinformação e prevenção de estigmas na educação em saúde sobre HPV e câncer

O estigma associado ao HPV e ao câncer pode dificultar o acesso à atenção e ao tratamento. É frequente a estigmatização das doenças do aparelho reprodutor, sobretudo das ISTs, o que inclui a infecção por HPV. Os pais podem estar preocupados com a administração de uma vacina nova a suas filhas. As mulheres podem temer que o rastreamento seja doloroso e se constranger com o exame genital, além de ter preocupação com a falta de privacidade e confidencialidade, e isso pode impedi-las de procurar os serviços.

A educação dos pais sobre a segurança da vacina e sua efetividade na proteção das meninas contra o câncer do colo do útero no futuro reduz as inquietações. Uma maneira estratégica de abordar temores e mal-entendidos é explicar a uma mulher em particular como é feito o rastreamento e tranquilizá-la de que o procedimento é seguro e indolor. A prestação hábil e respeitosa de serviços depois de dar essas informações aumenta a probabilidade de que as mulheres e seus parentes usem os serviços de prevenção e recomendem a vacinação e o rastreamento aos amigos e parentes.

Os profissionais de saúde desempenham uma função importante na prevenção da desinformação e do estigma relacionados com a prevenção do câncer do colo do útero. Leia as mensagens na Tabela 3.1 e converse com os colaboradores e membros da comunidade sobre as concepções errôneas locais mais comuns e uma maneira de divulgar informações sobre



Mensagens-chave

a prevenção do câncer do colo do útero sem criar estigmas nem temor. Veja também a Ficha prática 3.1 com mensagens-chave e a Ficha prática 3.2 com respostas às perguntas frequentes sobre o câncer do colo do útero.



Tabela 3.1: Mensagens sobre o rastreamento do câncer do colo do útero que podem causar estigmas e sugestões para melhoria

Mensagens que podem causar problemas	Resultados não intencionais	É melhor dizer
<p>Mensagem que pode criar estigma: o câncer do colo do útero é causado pelo HPV, um vírus sexualmente transmissível. As mulheres com câncer do colo do útero ou lesão precursora têm uma IST.</p>	<p>Falar de câncer do colo do útero e lesão precursora como IST pode estigmatizar o programa de rastreamento e as mulheres que têm resultado positivo e são tratadas. Pode diminuir a disposição das mulheres a se submeterem ao exame e causar problemas de relacionamento com seu parceiro, inclusive violência de gênero.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O câncer do colo do útero é causado pelo HPV, um vírus transmitido por contato sexual e adquirido pela maioria das pessoas em algum momento da vida. • A maioria das infecções por HPV desaparece por conta própria sem a pessoa saber que foi infectada. • Em algumas mulheres, a infecção não desaparece e pode causar uma lesão precursora depois de vários anos. Se não for detectada e tratada, essa lesão pode se converter em um câncer do colo do útero. • Todas as mulheres devem se submeter ao rastreamento de câncer do colo do útero pelo menos uma vez entre 30 e 49 anos, ou de acordo com as diretrizes nacionais. • Nas mulheres que vivem com HIV, o risco de câncer do colo do útero é maior. Elas devem se submeter ao rastreamento assim que for diagnosticada a infecção por HIV.

Mensagens que podem causar problemas	Resultados não intencionais	É melhor dizer
<p>Informação inexacta: o rastreamento é um exame para detecção de câncer do colo do útero.</p>	<p>Quando é apresentado como um exame para detecção de câncer do colo do útero, as pessoas deduzem que um resultado positivo significa que a mulher tem câncer, o que provoca grande estresse e temor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O rastreamento usa um exame simples (exame de Papanicolaou, VIA ou teste de HPV) para detectar alterações muito precoces no colo do útero (também denominadas lesões precursoras), antes do surgimento do câncer.
<p>Desinformação: não faz sentido se submeter ao rastreamento de câncer do colo do útero. O resultado positivo significa que a mulher tem uma doença fatal e morrerá.</p>	<p>Poucas mulheres se submeterão a um exame de rastreamento se não acreditarem que há uma solução.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É possível prevenir o câncer do colo do útero quando alterações iniciais no colo do útero, denominadas lesões precursoras (que podem se tornar câncer), são detectadas com auxílio de um exame simples. • Se uma mulher tiver essas alterações precoces, pode ser submetida a um tratamento seguro e simples. • O rastreamento na idade correta, entre 30 e 49 anos, pode prevenir o câncer do colo do útero. • O câncer do colo do útero, se detectado cedo, pode ser curado.

Mensagens que podem causar problemas	Resultados não intencionais	É melhor dizer
Desinformação: os dispositivos intrauterinos (DIU) e as pílulas anticoncepcionais causam câncer do colo do útero.	As mulheres terão medo de usar contracepção, embora isso não seja verdade.	<ul style="list-style-type: none"> • O DIU não aumenta o risco de câncer do colo do útero. As pílulas anticoncepcionais podem aumentar muito pouco o risco, mas os benefícios da prevenção da gravidez são muito maiores que o aumento muito pequeno do risco de câncer do colo do útero.
Desinformação: o exame de rastreamento é doloroso e retira uma parte do corpo da mulher.	As mulheres terão medo de se submeter ao rastreamento. A família pode ter medo e impedir sua ida.	<ul style="list-style-type: none"> • O exame com espécuro pode ser incômodo para algumas mulheres, mas não é doloroso. • Durante o exame, um swab ou escova toca delicadamente o colo do útero. • O exame é simples e leva poucos minutos. • O rastreamento não é como fazer uma biópsia ou cirurgia. Não há nenhum corte durante o exame.

3.4.5 Informações educativas sobre a vacina contra o HPV

Assim como ocorre com qualquer novo produto ou serviço de saúde, surgirão dúvidas, temores e mal-entendidos em relação à vacina contra o HPV. Naturalmente, as famílias querem saber sobre a segurança da vacina, os resultados, a duração da proteção e se há reações ou eventos adversos comuns. Essas preocupações podem ser abordadas durante a conscientização sobre a vacinação, com uso de exemplos de vacinações infantis que também necessitam de várias doses para garantir proteção completa.

As experiências em vários países mostraram que, ao promover a vacina contra o HPV, as mensagens informativas não devem destacar que a vacina previne uma IST; em vez disso, constatou-se que é mais pertinente e mais efetivo se concentrar em seu potencial de prevenir o câncer.

A apresentação de alguns detalhes sobre o teste das vacinas em estudos clínicos e seu excelente histórico de segurança incentiva os pais a vacinar as filhas e a seguir

o calendário recomendado. O material impresso sobre o câncer do colo do útero e as vacinas contra o HPV ajuda os líderes comunitários a responder perguntas dos membros da comunidade. A Tabela 3.2 apresenta algumas concepções errôneas comuns e fatos essenciais sobre a vacina contra o HPV. Informações completas sobre a vacinação contra o HPV são apresentadas no Capítulo 4 e nas fichas práticas correspondentes.

Tabela 3.2: Concepções errôneas e fatos sobre a vacina contra o HPV

Concepções errôneas encontradas nas comunidades	Fatos (com base nas evidências de grandes estudos)
A vacina pode ser perigosa.	A segurança da vacina contra o HPV foi avaliada cuidadosamente desde 2002 e é semelhante à de outras vacinas em amplo uso no mundo todo (o Capítulo 4 apresenta mais detalhes).
A vacina afeta a fertilidade e se administrada a meninas pode torná-las inférteis.	A vacina contra o HPV não causa infertilidade nem esterilidade.
Minha filha não precisa dessa vacina agora porque é muito jovem e ainda não é sexualmente ativa.	É importante proteger as meninas antes do início da vida sexual.
Essa vacina leva à antecipação do início da atividade sexual.	As evidências sugerem que a vacinação contra o HPV não influencia a idade de início da atividade sexual.

3.5 Aconselhamento

O aconselhamento se refere à assessoria ou orientação (geralmente individual) por uma pessoa com conhecimentos para facilitar a decisão pessoal. Em geral, é privado e confidencial. O aconselhamento demanda boas habilidades de escuta e comunicação, além de conhecimento sobre o assunto discutido. Um bom conselheiro usa habilidades verbais e não verbais de comunicação e ajuda a cliente a se sentir à vontade ao demonstrar empatia por sua situação, tranquilizá-la e promover um sentimento de parceria ao abordar o problema.

Os profissionais que participam do controle do câncer do colo do útero em todos os níveis devem ser capacitados em habilidades básicas de aconselhamento para que possam manter comunicação efetiva com as clientes (ver Ficha prática 3.4).



O conteúdo do encontro de aconselhamento varia de acordo com os problemas ou as preocupações da cliente e suas circunstâncias individuais. Pode abranger prevenção, rastreamento, seguimento, referência, diagnóstico, tratamento de lesões precursoras, tratamento do câncer invasivo e cuidados paliativos. Os capítulos e as fichas práticas com informações mais específicas sobre o diálogo com uma mulher em todas essas circunstâncias são indicados nas subseções apropriadas no restante deste capítulo.

3.5.1 Quem necessita de aconselhamento?

Toda mulher ou homem que precise tomar uma decisão sobre sua saúde ou de aceitação ou recusa de algum serviço, medicamento ou tratamento pode ser beneficiado por um aconselhamento que inclua informações corretas e uma conversa em particular sobre as opções existentes, inclusive sobre o impacto que a escolha de aceitar ou recusar um serviço (por exemplo, um exame de rastreamento) pode ter sobre a saúde no futuro. A Ficha prática 3.5 apresenta as etapas habituais de aconselhamento antes, durante e depois de um exame, procedimento ou tratamento.



Etapas de aconselhamento

As meninas e seus pais podem ser aconselhados juntos ou individualmente sobre a vacinação contra o HPV. O aconselhamento conjunto é uma oportunidade de conversar sobre saúde sexual com as meninas e incentivar o rastreamento do câncer do colo do útero nas mães. A Ficha prática 4.1 apresenta respostas a perguntas frequentes sobre a vacinação contra o HPV.



Perguntas frequentes sobre HPV

As mulheres e meninas que vivem com HIV precisam receber informações e aconselhamento sobre a maior vulnerabilidade à infecção pelo HPV e a maior probabilidade de surgimento do câncer do colo do útero em uma idade mais jovem. Devem ser aconselhadas a iniciar o rastreamento periódico o mais cedo possível depois que souberem da situação sorológica positiva e a tratar imediatamente qualquer anormalidade encontrada. A Ficha prática 3.6 aborda o aconselhamento para mulheres que vivem com HIV; o Capítulo 5 contém mais informações sobre rastreamento nas mulheres que vivem com HIV, na Seção 5.2.5(a), e sobre procedimentos de diagnóstico para mulheres que vivem com HIV, na Seção 5.4.6(c).



Aconselhamento sobre HIV

Sempre que o exame de rastreamento detecta lesões precursoras no colo do útero, a mulher necessita de aconselhamento. A garantia do tratamento e a prevenção da perda de seguimento podem ser o componente mais importante de um esforço bem-sucedido de rastreamento (a próxima seção neste capítulo e a Ficha prática 5.7, no Capítulo 5, mostram como aconselhar uma paciente depois de um resultado positivo do rastreamento).



Aconselhamento: resultado positivo

O aconselhamento deve ser organizado para:

- explicar a mulher como é a evolução natural da infecção pelo HPV e do câncer do colo do útero;
- analisar e explicar os resultados do rastreamento e a importância do seguimento e do tratamento, se necessários;
- apresentar opções de serviços e procedimentos; e
- responder a todas as perguntas e preocupações da cliente com informações apropriadas. Também não há problema em reconhecer que você não tem respostas imediatas para todas as perguntas e dizer que encontrará a informação correta e comunicará diretamente a ela ou encontrará outro profissional que faça isso.

33.5.2 Componentes principais do aconselhamento de mulheres com resultado positivo em um teste ou exame, e de mulheres com câncer do colo do útero

A orientação deve incluir:

Cliente com resultado positivo do exame rastreamento e elegível para crioterapia ou CAF:

- Ela compreende a finalidade do exame de rastreamento e a possibilidade de prevenção do câncer mediante tratamento precoce?
- Ela compreende que um exame positivo provavelmente significa que tem alterações celulares iniciais e apenas raras vezes significa câncer?
- Há alguma razão pela qual ela teria dificuldade para regressar e receber atenção, como a falta de apoio ou a oposição do parceiro, falta de transporte ou dificuldades financeiras? Nesse caso, discuta possíveis soluções e ajude-a a se programar para obter os serviços necessários.

O exame de uma cliente indica suspeita de câncer:

- Perguntar se ela veio acompanhada de alguém que gostaria que estivesse presente durante a conversa.
- Expressar preocupação pela seriedade dos resultados, mas NÃO dizer que ela tem câncer, pois ainda é muito cedo para ter certeza do diagnóstico. Dizer que o resultado do exame de rastreamento foi positivo e que é necessário encaminhá-la para fazer outro exame ou avaliação.
- Tranquilizá-la dizendo que receberá a ajuda necessária.
- Fornecer informações claras sobre o lugar que deve procurar para diagnóstico e tratamento.
- Convidá-la a voltar se tiver alguma dúvida.

A Ficha prática 5.7 apresenta mais informações sobre o aconselhamento de mulheres com resultado positivo do rastreamento, haja ou não suspeita de câncer.



Aconselhamento:
resultado positivo

Cliente com diagnóstico definitivo de câncer:

- Perguntar se ela veio acompanhada de alguém que gostaria que estivesse presente durante a conversa.
- Expressar preocupação com os resultados, mas tranquilizá-la dizendo que a maioria dos casos de câncer do colo do útero pode ser tratada com êxito quando detectada com precocidade suficiente.
- Descrever a natureza e a evolução da doença e discutir a perspectiva de tratamento e as chances de cura. Em todas as situações, tenha certeza de que as informações fornecidas sejam corretas e compreendidas.
- Fazer perguntas para avaliar a compreensão da cliente, responder a eventuais perguntas ou abordar qualquer confusão.

A Ficha prática 6.2 apresenta mais informações sobre o aconselhamento após um diagnóstico de câncer, e a Ficha prática 6.4 (para especialistas em câncer) aborda a conversa sobre câncer e tratamento com uma paciente. A Seção 6.6.1, no Capítulo 6, trata do aconselhamento relacionado ao manejo do câncer do colo do útero nas mulheres grávidas.



Aconselhamento:
diagnóstico do
câncer



Especialistas em
câncer

Se houver um diagnóstico de câncer invasivo incurável do colo do útero:

- Oferecer aconselhamento e apoio com empatia. A cliente precisará de informações e de apoio espiritual e psicológico, além de providências para cuidados paliativos com o objetivo de aliviar a dor e manter o maior bem-estar possível.
- Esse aconselhamento pode incluir só a paciente ou também seu companheiro e outros parentes, sobretudo se for preciso tomar decisões relativas à doença grave ou tratamento dispendioso.

No Capítulo 7, a Seção 7.5 trata da informação da paciente e de seu círculo de apoio, e a Ficha Prática 7.3 contém outras orientações para conversar com uma paciente que volta para casa sobre cuidados paliativos.



Aconselhamento:
cuidados paliativos

Veja informações mais completas:

- sobre rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero, no Capítulo 5
- sobre tratamento do câncer invasivo, no Capítulo 6
- sobre cuidados paliativos, no Capítulo 7.

Leitura complementar

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programmes: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf, accessed 18 July 2014).
- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://www.path.org/publications/files/RH_womens_stories.pdf, accessed 18 July 2014).
- Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, Wambwa GE. Whole-site training: a new approach to the organization of training. AVSC Working Paper, No. 11. New York (NY): Association for Voluntary Surgical Contraception; 1998 (http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html, accessed 18 July 2014).
- Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K, Niemann S, Metcalf E, editors. Where women have no doctor: a health guide for women. Berkeley (CA): Hesperian Foundation; 2010.
- Herman Z. Community health guides: making materials relevant, effective, and empowering. Washington (DC): United States Agency for International Development, Health Care Improvement Project; 2012.
- Hubley J. Communicating health: an action guide to health education and health promotion. London: Macmillan; 1993.
- Kirby D, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007;40(3):206–17. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.143.
- Luciani S, Winkler J. Cervical cancer prevention in Peru: lessons learned from the TATI Demonstration Project. Washington (DC): Pan American Health Organization (PAHO); 2006 (<http://screening.iarc.fr/doc/pcc-cc-tati-rpt.pdf>, accessed 18 July 2014).
- PATH. Implementing HPV vaccination programs: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2011 (http://www.rho.org/files/rb2/Implementing_HPV_vaccination_PATH_2011.pdf, accessed 18 July 2014).
- PATH. Conducting formative research for HPV vaccination program planning: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2012 (http://www.rho.org/files/PATH_HPV-conducting-formative-research_2012.pdf, accessed 18 July 2014).
- Promundo, CulturaSalud, REDMAS. Program P: a manual for engaging men in fatherhood, caregiving and maternal and child health. Rio de Janeiro, Brazil and Washington (DC): Promundo; 2013 (<http://men-care.org/data/Final%20Program%20P%20-%20Single%20Page.pdf>, accessed 18 July 2014).

Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counselling. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore (MD): Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program; 1998 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacp920.pdf, accessed 18 July 2014).

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Volume I: the rationale for sexuality education. Paris: UNESCO; 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>, accessed 18 July 2014).

Younger E, Wittet S, Hooks C, Lasher H. Immunization and child health materials development guide. Seattle (WA): PATH, Bill and Melinda Gates Children's Vaccine Program; 2001 (http://www.rho.org/files/rb3/Immunization_Child_Health_Materials_Development_Guide_PATH_2001.pdf, accessed 18 July 2014).

4

CAPÍTULO 4. VACINAÇÃO CONTRA O HPV

Capítulo 4. Vacinação contra o HPV

Pontos-chave

- O papilomavírus humano (HPV) é a causa mais comum de infecção sexualmente transmissível (IST).
- O câncer do colo do útero é causado por tipos de HPV de alto risco. Os tipos 16 e 18 são os dois principais causadores; juntos eles são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero em todos os países do mundo.
- Atualmente, duas vacinas que evitam a infecção pelos tipos 16 e 18 de HPV de alto risco tiveram o registro concedido na maioria dos países; o histórico de segurança de ambas é excelente e é segura a coadministração com outras vacinas, como a tríplice bacteriana contra difteria, tétano e coqueluche (DTP) e a vacina contra hepatite B.
- Uma das vacinas contra o HPV, a quadrivalente, também evita a infecção pelos tipos 6 e 11 de HPV, causadores de 90% das verrugas anogenitais ou condilomas.
- A vacinação das meninas antes do início da vida sexual é uma intervenção importante de prevenção primária em um programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero.
- As vacinas não tratam a infecção por HPV preexistente nem as doenças associadas ao HPV, motivo pelo qual se recomenda a vacinação antes do início da vida sexual.
- Como as vacinas não protegem contra todos os tipos de HPV causadores de câncer do colo do útero, as meninas vacinadas contra o HPV ainda devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero mais tarde.

Principais recomendações da OMS sobre as vacinas contra o HPV

- Os países devem considerar a introdução da vacinação contra o HPV quando: (i) o câncer do colo do útero ou outras doenças relacionadas com o HPV, ou ambos, constituem uma prioridade de saúde pública; (ii) a introdução de vacinas é programaticamente factível; (iii) é possível assegurar financiamento sustentável; e (iv) se houver considerado a custo-efetividade das estratégias de vacinação no país ou região.
- A vacinação contra o HPV deve ser introduzida como parte de uma estratégia integral coordenada para prevenir o câncer do colo do útero e outras doenças relacionadas com o HPV. A introdução da vacinação contra o HPV não deve comprometer nem desviar o financiamento destinado à elaboração ou manutenção de programas efetivos de rastreamento do câncer do colo do útero.
- A OMS recomenda a vacina contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos. As meninas que recebem a primeira dose antes de completar 15 anos podem usar um esquema de duas doses, com intervalo de seis meses entre elas. Embora não haja intervalo máximo entre as duas doses, a sugestão é que não ultrapasse 12 a 15 meses. Se o intervalo entre as doses for menor que cinco meses, deve-se administrar uma terceira dose pelo menos seis meses após a primeira. Indivíduos imunocomprometidos, inclusive os que vivem com HIV, e mulheres a partir de 15 anos também devem ser vacinados e necessitam de três doses (um calendário de 0, 1-2 e 6 meses) para obter proteção completa.

Fonte: World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

Sobre este capítulo

Este capítulo é baseado nas seguintes diretrizes da OMS:

Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations. Wkly Epidemiol Rec. 2014;89(21):221–36 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>).

New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva: OMS; 2010 (WHO/IVB/10.03; (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/)).

Organização Mundial da Saúde (OMS)/Organização Pan-Americana da Saúde. Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Genebra: OMS; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/9789275717479_por.pdf?ua=1).

WHO information sheet: observed rate of vaccine reactions: human papillomavirus vaccine.

Genebra: OMS; 2012 (http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf).

WHO–UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP).

Genebra: OMS; 2014 (http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en/).

The WHO–UNICEF joint statement: vaccine donations, August 7, 2010. Genebra: OMS; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70482/1/WHO_IVB_10.09_eng.pdf).

As fichas práticas correspondentes a este capítulo abrangem os detalhes de muitos aspectos dos programas de vacinação contra o HPV, inclusive respostas a perguntas frequentes, características da vacina e cadeia de frio, preparo e implementação de uma sessão de imunização, segurança das injeções, monitoramento e avaliação do programa, eventos adversos e conversa com professores e funcionários escolares sobre sessões de vacinação na escola.

A história de Mariel

Mariel tem 35 anos e duas filhas: Annie, de 7 anos, e Rose, de 10. A mãe de Mariel morreu há cinco anos de câncer do colo do útero, aos 60 anos de idade. Seus dois últimos anos de vida foram terríveis apesar da ajuda que recebeu da família depois da alta hospitalar. O tratamento no hospital não teve bons resultados, ela necessitava constantemente de medicamentos contra dor e apresentava um corrimento vaginal fétido. Depois de assistir ao sofrimento da mãe, e com a ajuda da agente comunitária de saúde, Mariel havia se submetido a dois exames de rastreamento de câncer do colo do útero nos últimos seis anos, ambos negativos.

Há um mês, a agente comunitária de saúde veio visitar Mariel e seu companheiro e informou a eles sobre um novo programa de prevenção do câncer do colo do útero que seria iniciado na comunidade, inclusive com oferta de vacinação contra o câncer do colo do útero para todas as meninas de 9 a 13 anos. Informou também que o bom resultado da vacina dependia da administração antes do início da vida sexual. Mariel já havia aprendido muito sobre a vacina em uma reunião organizada na comunidade vizinha; depois havia conversado com a família sobre o assunto e todos concordaram que seria uma boa ideia vacinar Rose. A agente comunitária de saúde convidou-os para uma reunião de esclarecimento semelhante organizada em sua comunidade para todos os pais de meninas de 9 a 13 anos e outras pessoas interessadas. Na reunião, que ocorreria em três semanas, seriam oferecidas informações completas e haveria a oportunidade de esclarecer dúvidas. A equipe do programa também agendaria dias de vacinação convenientes para a maioria das meninas e seus pais.

Mariel e seu companheiro não só disseram à agente comunitária de saúde que pretendiam comparecer à reunião, mas também se ofereceram como voluntários para visitar e incentivar outras famílias a comparecer. Além disso, para apoiar os profissionais que organizavam a reunião, Mariel estava disposta a contar a história do sofrimento de sua mãe por causa do câncer do colo do útero e a incentivar os participantes a levar as filhas para vacinar e assim diminuir suas chances de ter a doença quando forem mulheres maduras.

4.1 Funções dos profissionais de saúde e de outros trabalhadores

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde de nível primário e secundário e suas equipes implementam os programas de vacinação nos níveis central e regional. A Ficha prática 4.1 contém respostas às perguntas frequentes sobre a vacinação contra o HPV.



Perguntas frequentes
sobre HPV

Agentes comunitários de saúde

Os agentes comunitários de saúde (ACS) estão em permanente contato e comunicação com as famílias nas comunidades e são a ponte entre a comunidade e os profissionais de saúde que atendem no estabelecimento.

Em um programa de vacinação contra o HPV, suas funções incluem:

1. sensibilizar sobre a disponibilidade da vacina contra o HPV e sua importância na prevenção do câncer do colo do útero, dirigindo-se à comunidade em geral, aos gestores locais de saúde e da comunidade, às autoridades locais, aos líderes religiosos e aos representantes da sociedade civil;
2. explicar às meninas, a seus pais e a outros membros da comunidade os benefícios da vacina contra o HPV e outras estratégias de prevenção do câncer do colo do útero disponíveis;
3. fornecer informações corretas e combater a desinformação e os boatos que comprometem a aceitação da vacina;
4. obter o consentimento livre e esclarecido dos pais;
5. facilitar o comparecimento das meninas aos locais de vacinação;
6. lembrar as meninas e suas famílias de que é preciso tomar as doses subsequentes para obter proteção total (ver calendário de vacinação na Seção 4.2.3);
7. vacinar as meninas na comunidade, nas escolas ou em outros locais selecionados e documentar as atividades relacionadas com a vacinação; e
8. facilitar ou auxiliar outras intervenções que o país pode ter selecionado para melhorar a saúde de adolescentes de ambos os sexos (por exemplo, administrar outras vacinas ou medicamentos anti-helmínticos).

Profissionais de saúde de nível primário e secundário: enfermeiros, médicos, agentes vacinadores

Por causa das muitas características específicas das vacinas contra o HPV, inclusive a população-alvo de meninas de 9 a 13 anos, esses profissionais, uma vez capacitados, têm funções importantes que vão além da administração de vacinas. Em colaboração com professores, funcionários escolares, voluntários locais, profissionais de saúde da rede privada e outras pessoas de apoio, suas responsabilidades podem incluir também:

- 1-4. as quatro primeiras responsabilidades enumeradas anteriormente como funções do ACS; mais
5. capacitar e educar professores e outros funcionários escolares para que possam educar as meninas e facilitar as sessões de vacinação na escola;
6. realizar a gestão e a distribuição das vacinas;
7. manter registros meticulosos das meninas vacinadas, com idade e dose de vacina; e
8. facilitar ou auxiliar outras intervenções que o país pode ter selecionado para melhorar a saúde de adolescentes de ambos os sexos (por exemplo, administrar outras vacinas ou medicamentos anti-helmínticos).

Ver mais informações nas Fichas práticas 4.3 a 4.5.



Sessão de imunização



Segurança da injeção



M&A

Professores e funcionários escolares

Esses indivíduos podem ter outras funções especializadas nas estratégias de vacinação na escola. Depois da capacitação, os professores podem explicar aos estudantes e a seus pais os benefícios da vacinação, dissipar rumores e mitos acerca da vacina e sanar outras dúvidas e preocupações antes do dia de vacinação. O Capítulo 3 apresenta estratégias de comunicação e a Ficha prática 4.7 contém orientações para conversar com professores e funcionários escolares a respeito da vacinação contra o HPV.



Professores e escolas

No dia da vacinação, o pessoal escolar pode ajudar a equipe de administração da vacina para garantir a vacinação das meninas elegíveis, identificar meninas elegíveis ausentes no dia e facilitar outras questões logísticas conforme o caso (a Ficha prática 4.3 contém outros detalhes sobre a sessão de imunização).



Sessão de imunização

Abordagens integradas

A introdução da vacina contra o HPV também pode servir de impulso e oportunidade para melhorar, fortalecer e integrar outras intervenções de saúde para crianças de 9 a 13 anos nos âmbitos nacional, regional e local/escolar. Por exemplo, os profissionais de saúde e os agentes comunitários de saúde participantes dos programas de vacinação contra o HPV poderiam facilitar o acesso a outros serviços de saúde para essa faixa etária, e a introdução da vacina também pode ser uma oportunidade para melhorar e facilitar a educação em saúde do adolescente.

4.2 Vacinas contra o HPV

Atualmente, estão aprovadas duas vacinas que oferecem proteção contra os tipos 16 e 18 de HPV de alto risco, e a maioria dos países dispõe de uma ou de ambas:

- vacina bivalente (proteção somente contra os tipos 16 e 18);
- vacina quadrivalente (protege também contra os tipos 6 e 11, responsáveis por 90% das verrugas anogenitais benignas ou condilomas).

As duas vacinas contêm partículas semelhantes ao vírus (VLPs), caracterizadas pela morfologia semelhante à parte externa do papilomavírus humano. Por não conterem vírus, essas vacinas de VLP NÃO CAUSAM infecção por HPV. As vacinas estimulam a produção de anticorpos contra esses VLPs, que, devido à semelhança com os vírus HPV, impedem a infecção pelo HPV em caso de exposição no futuro.

As vacinas devem ser administradas ANTES da infecção pelo HPV. Uma menina pode contrair o HPV logo depois do início da vida sexual; portanto, como uma importante intervenção de prevenção primária do câncer do colo do útero, a vacinação de meninas contra o HPV deve ocorrer antes do início da vida sexual.

As vacinas não tratam a infecção por HPV preexistente nem doenças relacionadas ao HPV e também não afetam a progressão de doença (lesão precursora e câncer) se administradas a mulheres já infectadas pelo HPV por ocasião da vacinação.

4.2.1 Efeitos protetores das vacinas: evidências disponíveis e deficiências de conhecimento

Antes da concessão do registro da vacina, foram realizados vários estudos com um grande número de meninas e mulheres jovens nos Estados Unidos, em países europeus e em alguns países de renda média. O objetivo desses estudos era determinar a efetividade das vacinas e a duração do efeito protetor contra o câncer do colo do útero e, no caso da vacina quadrivalente, contra verrugas genitais. Antes da vacinação, as meninas e mulheres participantes foram informadas sobre os estudos e deram o consentimento livre e esclarecido.

Os principais resultados dos estudos com relação ao nível e à duração da proteção proporcionada pelas vacinas contra o HPV foram:

- As duas vacinas produziram níveis muito altos de proteção contra lesões precursoras causadas pelos tipos 16 e 18 de HPV em 93% a 99% das meninas e mulheres participantes, cujo resultado será a redução significativa de novos casos de câncer invasivo no futuro.
- As vacinas contra o HPV produzem uma resposta de anticorpos muito maior que a produzida por infecção natural.

- A proteção reduziu tanto as infecções iniciais quanto as infecções persistentes por HPV e também protegeu contra lesões precursoras moderadas e graves (ou seja, NICII+).
- A vacina quadrivalente também reduziu muito a taxa de verrugas genitais.
- Os resultados também indicam que a quantidade de anticorpos produzidos após a vacinação contra o HPV é maior nas meninas com menos de 15 anos que nas meninas e mulheres a partir de 15 anos.
- Alguns estudos de seguimento para determinar a duração exata da proteção induzida pela vacinação completa ainda estão em curso. Mas é tranquilizador saber que aproximadamente 10 anos depois da vacinação, que é a duração de seguimento que temos até o momento, não houve redução da imunidade das mulheres vacinadas. Com base nesses resultados, não há recomendação atual de doses do reforço.

Deficiências de conhecimento sobre o efeito protetor das vacinas contra o HPV:

- Embora os resultados preliminares indiquem que, além da proteção contra os tipos 16 e 18 de HPV, há alguma proteção cruzada contra outros tipos de vírus carcinogênicos, o nível e a duração dessa proteção ainda são incertos.
- A vacinação contra o HPV não foi testada em crianças com menos de 9 anos; portanto, as vacinas não são aprovadas nem recomendadas para meninas com menos de 9 anos.
- A duração e o grau da proteção em meninas e mulheres com HIV ainda estão sendo estudados.

4.2.2 Segurança, eventos adversos e contraindicações

Os resultados dos estudos indicam o seguinte sobre a segurança das vacinas contra o HPV e os possíveis eventos adversos:

- As duas vacinas foram bem toleradas e não há motivo importante para preocupação com a segurança. Essa afirmação é feita depois da administração de mais de 175 milhões de doses em todo o mundo.
- Nos estudos realizados nos Estados Unidos, as queixas mais comuns das meninas vacinadas foram dor e edema no local de injeção.
- Os dados pós-comercialização (ou seja, depois que as vacinas foram aprovadas e usadas) de estudos em todo o mundo não identificaram outros riscos para a saúde além de reações adversas leves, como febre, tontura e náuseas.
- Há notificação de desmaio após a administração de vacina contra o HPV; o desmaio é comum em adolescentes após muitos procedimentos que causam ansiedade ou dor mínima. Por esse motivo, recomenda-se que meninas permaneçam sentadas e em observação durante a administração da vacina contra o HPV e por 15 minutos depois.

- Os eventos adversos graves são raríssimos. Pode haver relação causal entre anafilaxia e vacinação contra o HPV e devem ser tomadas precauções para evitar que as meninas tomem as doses subsequentes da vacina contra o HPV bem como outras vacinas que contenham componentes semelhantes. Se houver suspeita de anafilaxia, o tratamento deve ser imediato segundo a necessidade.

Contraindicações das vacinas contra o HPV:

- As vacinas contra o HPV não devem ser administradas a ninguém que tenha apresentado reações alérgicas graves após uma dose prévia da vacina ou após exposição a um de seus componentes (por exemplo, leveduras). Os sintomas de reação alérgica incluem: prurido, erupção cutânea, urticária ou bolhas. Caso haja algum desses sintomas após a vacinação contra o HPV, não se devem administrar outras doses nem outras vacinas que possam ter esses mesmos componentes.
- Meninas com doença febril grave não devem ser vacinadas.
- As vacinas contra o HPV não são recomendadas atualmente para gestantes. Como a população-alvo são as meninas de 9 a 13 anos, a probabilidade de que uma menina esteja grávida ou amamentando por ocasião da vacinação é pequena. Se uma menina engravidar após o início da série de vacinação, as demais doses só devem ser administradas após a gravidez. Caso a vacina contra o HPV seja acidentalmente administrada a uma menina ou mulher grávida, não é necessária nenhuma intervenção. Deve-se tranquilizá-la explicando que a vacina NÃO contém vírus vivos e que até hoje não se observaram problemas de saúde na mãe nem na criança após a vacinação acidental contra o HPV durante a gravidez. As demais doses da vacina devem ser adiadas até o fim da gravidez, quando pode ser concluída a série de vacinas. NÃO é necessário reiniciar a série de vacinas após a gravidez. No caso da vacina contra o HPV ser administrada a uma menina ou mulher que esteja amamentando, os dados disponíveis não indicam problemas de segurança.

Mais detalhes podem ser encontrados no folheto informativo que a OMS publicou em junho de 2012 sobre a taxa observada de reações à vacina contra o papilomavírus humano (publicado apenas em inglês com o título *WHO information sheet: observed rate of vaccine reactions: human papillomavirus vaccine*)¹. Os últimos dados sobre a segurança da vacina contra o HPV são encontrados no site do Comitê Consultivo Mundial sobre Segurança das Vacinas (GACVS)².

¹ Disponível em: http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf

² Disponível em: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/en/

4.2.3 Características das vacinas e calendários de vacinação

A Tabela 4.1 resume e compara as características das duas vacinas disponíveis e os respectivos calendários de vacinação (a administração e o calendários são baseados nas atuais recomendações da OMS).

A população-alvo recomendada para a vacinação contra o HPV são as meninas de 9 a 13 anos, antes do início da vida sexual.

Tabela 4.1: Características das vacinas contra o HPV

Atributos	Quadrivalente	Bivalente
Nome comercial (fabricante) (ver nota 1)	Gardasil® Silgard® (Merck)	Cervarix® (GlaxoSmithKline)
Tipos de HPV na vacina	6, 11, 16, 18	16, 18
Proteção contra doenças	câncer do colo do útero verrugas genitais	câncer do colo do útero
Número de doses (ver nota 2 adiante)	2 doses, a segunda dose 6 meses após a primeira	2 doses, a segunda dose 6 meses após a primeira
Duração da proteção	não houve diminuição da proteção durante o período de observação	não houve diminuição da proteção durante o período de observação
Apresentação	frasco de 1 dose	frascos de 1 e 2 doses
Método de administração	injeção intramuscular: 0,5 ml de suspensão líquida	injeção intramuscular: 0,5 ml de suspensão líquida
Contraindicações (ver Seção 4.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> reação alérgica grave a qualquer componente da vacina ou após a administração da vacina doença febril grave não é recomendada durante a gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> reação alérgica grave a qualquer componente da vacina ou após a administração da vacina doença febril grave não é recomendada durante a gravidez
Administração junto com outras vacinas para adolescentes estudadas e consideradas efetivas (ver nota 3 adiante)	hepatite B difteria/tétano/coqueluche poliomielite	difteria/tétano/coqueluche poliomielite

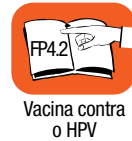
Atributos	Quadrivalente	Bivalente
Período máximo de armazenamento (ver nota 4 adiante)	36 meses a 2 a 8 °C	frasco de 1 dose: 48 meses a 2 a 8 °C frasco de 2 doses: 36 meses a 2 a 8 °C

Notas importantes sobre as características das vacinas e os calendários de vacinação:

1. Não há dados disponíveis sobre a segurança, a imunogenicidade nem a eficácia das duas vacinas contra o HPV comercializadas quando usadas sem distinção. Essas vacinas têm diferentes características, componentes e indicações, e quando ambas estão disponíveis, deve-se procurar administrar a mesma vacina em todas as doses necessárias. Entretanto, caso a vacina usada em uma dose prévia seja desconhecida ou não esteja disponível, pode-se administrar qualquer uma das vacinas contra o HPV comercializadas para completar as doses faltantes.
2. De acordo com o documento de posição da OMS (outubro de 2014), a população-alvo recomendada é de meninas de 9 a 13 anos, antes do início da vida sexual. Preconiza-se um esquema de duas doses com intervalo de seis meses para as meninas com menos de 15 anos (inclusive as que tenham 15 anos ou mais na época da segunda dose). Não há intervalo máximo entre as duas doses, mas a sugestão é de que não ultrapasse 12 a 15 meses. Se por qualquer motivo o intervalo entre as duas doses for menor que cinco meses, deve-se administrar uma terceira dose pelo menos seis meses depois da primeira. O esquema de três doses (0, 1-2 e 6 meses) continua sendo recomendado para meninas com 15 anos ou mais e para indivíduos imunocomprometidos, inclusive soropositivos para HIV (estejam ou não recebendo terapia antirretroviral). Não é necessário rastreamento de infecção por HPV nem de infecção por HIV antes da vacinação contra o HPV. Essas recomendações de calendário de vacinação são válidas tanto para a vacina bivalente quanto para a quadrivalente.
3. As vacinas contra o HPV podem ser administradas junto com outras vacinas inativadas. A administração de mais de uma vacina na mesma consulta aumenta a probabilidade de que as meninas recebam todas as vacinas necessárias segundo o calendário. A Tabela 4.1 apresenta outras vacinas inativadas cuja coadministração é comprovadamente segura e efetiva. As orientações serão atualizadas à medida que estejam à disposição os resultados dos estudos em curso sobre administração conjunta.³

³ Ver mais informações nas conclusões e recomendações da reunião do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização, de abril de 2014, disponível em: <http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>

4. Todas as formulações da vacina contra o HPV devem ser conservadas em temperatura de 2 a 8 °C. As vacinas contra o HPV são sensíveis ao congelamento e perdem a eficácia se congeladas. Portanto, não podem ser colocadas no congelador do refrigerador ou perto dele nem diretamente sobre uma bolsa de gelo congelada. Se houver indícios de exposição a temperaturas inferiores a 0 °C, deve-se fazer um teste de agitação para verificar se a vacina ainda pode ser usada. Os frascos com sinais de congelamento parcial ou total do conteúdo sempre devem ser descartados. A Ficha Prática 4.2 mostra como verificar se houve congelamento de uma vacina; mais detalhes são encontrados no artigo do Boletim da Organização Mundial da Saúde sobre validação do teste de agitação para detectar danos por congelamento das vacinas adsorvidas (*Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines*)⁴ e em dois vídeos de instrução: *Shake and tell* (22 minutos) e *Step by step shake test* (10 minutos).
5. Para reduzir o câncer do colo do útero, a vacinação de meninos e homens contra o HPV tem menor custo-efetividade que o uso desses recursos para alcançar uma grande proporção de meninas na faixa etária prescrita.⁵



Consulte a página *WHO recommendations for routine immunization – summary tables* (recomendações da OMS para a imunização sistemática – tabelas resumidas) no site da OMS, que é periodicamente atualizado com novos dados e eventuais modificações das recomendações de vacinação da OMS.⁶

4.3 População-alvo e estratégias de administração

4.3.1 População-alvo

A OMS recomenda a administração sistemática de vacina contra o HPV a meninas de 9 a 13 anos porque, na maioria dos países, elas ainda não iniciaram a vida sexual.⁷ A idade de vacinação deve ser determinada no âmbito nacional com base nas informações disponíveis sobre a idade média de início da vida sexual das meninas (portanto, antes da exposição ao HPV).

⁴ Kartoglu Ü, Özgüler NK, Wolfson LJ, Kurzatkowski W. Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines. Bull World Health Organ. 2010;88:624-31 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879/en/index.html>, acesso em 18 de julho de 2014).

⁵ Disponíveis em: <https://vimeo.com/8381355> (*Shake and tell*); <https://vimeo.com/8389435> (*Step by step shake test*)

⁶ Disponível em: http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

⁷ Embora seja recomendada a vacinação contra o HPV de meninas jovens antes do início da vida sexual, é contraproducente perguntar a uma menina, antes de oferecer a vacina, se já tem vida sexual ativa; podem surgir rumores de que essa informação não será mantida confidencial e, conseqüentemente, algumas meninas podem preferir não comparecer à sessão de vacinação.

A vacinação contra o HPV é segura em portadores de HIV, para os quais sempre é recomendado um esquema de três doses. Há poucas informações sobre a imunogenicidade das vacinas contra o HPV nas pessoas imunocomprometidas por causa de medicamentos ou doenças. Embora a imunogenicidade e a eficácia das vacinas contra o HPV possam ser reduzidas nas mulheres e meninas com HIV, o possível benefício da vacinação nesse grupo é grande devido ao aumento do risco de doenças relacionadas com o HPV, inclusive de câncer do colo do útero. Há estudos em andamento para monitorar a eficácia e a proteção a longo prazo da vacinação contra o HPV nas pessoas que vivem com HIV.

Se houver recursos, os países podem desejar considerar a ampliação, por um tempo limitado, do alcance da vacinação (*catch-up*) para meninas mais velhas que a faixa etária prevista, mas que ainda podem ser beneficiadas.

4.3.2 Estratégias de administração

A introdução de uma nova vacina com uma nova idade prevista demanda a abordagem de muitas questões logísticas e programáticas. A implementação de novos programas de vacinação contra o HPV pode exigir estratégias específicas e inovadoras de administração, inclusive o uso de locais onde se possa alcançar com educação e serviços um grande número de meninas com a idade prevista para garantir que seja completado o esquema de doses recomendado.

As estratégias ideais para administração da vacina contra o HPV, descritas na *Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero* (2013),⁸ devem ser:

- compatíveis com a infraestrutura de administração de vacinas e com a capacidade da cadeia de frio existentes;
- acessíveis, custo-efetivas e sustentáveis;
- capazes de alcançar a maior cobertura possível.

Na prática, os países podem ter de equilibrar estratégias que maximizam a cobertura com outras consideradas mais factíveis, acessíveis e sustentáveis.

A nota de orientação da OMS recomenda ainda que se priorizem duas considerações: alcançar meninas que, em etapas posteriores da vida, tenham menos probabilidade de acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero e, sempre que possível, selecionar abordagens que ofereçam oportunidade de integração com outros serviços de saúde do adolescente.

É possível que não haja uma estratégia única de administração capaz de alcançar todos os objetivos do programa. Em última análise, pode ser necessário combinar

⁸ Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/9789275717479_por.pdf?ua=1

estratégias para alcançar ampla cobertura e evitar a interrupção de serviços estabelecidos enquanto se otimizam os recursos.

Este guia contém informações sobre duas estratégias comuns: (1) vacinação em estabelecimentos de saúde, e (2) vacinação por atividades de extensão. A vacinação em escolas pode ser considerada uma forma especial de extensão pois ocorre fora do estabelecimento de saúde, na comunidade.

Cada estratégia tem vantagens e desvantagens, que serão expostas. Se a população-alvo viver tanto em comunidades urbanas quanto rurais, inclusive em locais distantes dos estabelecimentos de saúde, e se uma parte dela for transitória ou desabrigada, o uso de uma combinação de estratégias provavelmente alcançaria o maior número de pessoas. Esses aspectos devem ser levados em conta ao elaborar estratégias de apoio como cartões de vacinação para monitoramento. A entrega a cada menina de um cartão de vacinação pode ajudá-la a acompanhar as doses de vacina contra o HPV, mesmo que sejam recebidas em diferentes locais.

a. Vacinação em estabelecimentos de saúde

Esse método dá oportunidade para que todas as meninas elegíveis sejam vacinadas contra o HPV em um estabelecimento de saúde fixo. É uma estratégia que reduz os custos com transporte e pessoal (despesas de deslocamento) para o sistema de saúde, pois as meninas vão ao estabelecimento. Os projetos de demonstração realizados em vários países indicaram que é possível alcançar ampla cobertura de vacinação contra o HPV mediante sua oferta em centros de saúde nas áreas onde a maioria das meninas vive perto dos estabelecimentos, como nas comunidades urbanas. Essa estratégia também alcançou maior cobertura se oferecida como “dias de vacinação”, com pequenos incentivos para as meninas que comparecem, como curtos períodos de espera e oferta de música, grupos de discussão ou vídeos na sala de espera.

b. Vacinação por atividades de extensão

No contexto das imunizações, a extensão se refere a qualquer estratégia que exija a saída dos profissionais de saúde do estabelecimento para transportar e prestar os serviços de imunização em vários locais fixos ou móveis perto de um grande número de meninas na idade prevista. Alguns exemplos de locais de extensão são centros comunitários, escolas e, se for o caso e com o apoio de pessoas responsáveis, locais de culto e outros lugares onde as meninas tendem a se reunir.

Estratégia de vacinação na escola (extensão)

A vacinação na escola é uma estratégia promissora para as meninas que vivem em comunidades distantes e outras que não podem comparecer ao ambulatório. Para selecionar as meninas elegíveis para a vacinação, a estratégia escolar pode ser vacinar todas as meninas em determinada série/ano/classe escolar em que a maioria

tenha de 9 a 13 anos (por exemplo, 4º ano do ensino fundamental) ou meninas em idades específicas (por exemplo, todas as meninas de 10 anos), qualquer que seja a série/ano/classe escolar.

Além da vacinação, essa estratégia pode ser uma oportunidade de criar ou fortalecer os serviços de saúde escolar e de melhorar a educação e a comunicação em saúde.

Se o programa de saúde escolar contar com um profissional de saúde, este pode ser capacitado e encarregado da vacinação de meninas nas idades previstas, com pequeno apoio do centro de saúde mais próximo.

Se, porém, uma estratégia escolar de vacinação exigir a presença de equipes de imunização por vários dias, talvez os recursos exigidos para a implementação sejam demasiados, sobretudo se houver poucas matrículas e baixa frequência de meninas na faixa etária prevista.

Se a vacinação escolar não oferecer a uma grande parte das meninas elegíveis a oportunidade de se vacinar contra o HPV, seja porque não estão matriculadas, seja por absenteísmo, a estratégia tem de ser complementada por táticas para alcançar as meninas que não estão na escola e garantir o acesso equitativo à vacina. Os professores e os trabalhadores e líderes da comunidade podem desempenhar papéis importantes na identificação dessas meninas e na educação, motivação e ajuda para que tenham acesso aos serviços de vacina em outros locais.

Outras estratégias de extensão

Se uma grande parte da população vive em áreas com pouco acesso aos serviços de saúde e há baixa frequência escolar das meninas na idade prevista, pode ser apropriado usar uma estratégia de extensão em um local central. As meninas dessa comunidade e das comunidades vizinhas podem ir a um local central para a vacinação; dessa maneira se asseguram oportunidades equitativas de vacinação a todas as adolescentes. Seriam necessárias pelo menos duas sessões durante um período de 6 a 12 meses para alcançar todas as meninas com as doses necessárias.

A extensão pode seguir um calendário ou ser realizada de maneira irregular, como durante as campanhas de “erradicação”.

Função dos agentes comunitários de saúde (ACSs) nas atividades de extensão

Para facilitar a estratégia de extensão, levando em conta que muitas meninas na idade prevista vivem em comunidades pobres, distantes e isoladas e não frequentam a escola, podem-se capacitar os ACSs (se as diretrizes nacionais permitirem) para:

- transportar e manter vacinas suficientes para todas as meninas de 9 a 13 anos em um local apropriado de armazenamento em baixa temperatura, como uma caixa térmica;

- administrar as doses necessárias de vacinas às meninas que atendem os critérios de elegibilidade; e
- registrar as vacinações em formulários padronizados.

A capacitação e a supervisão de ACSs para aconselhar, descartar contraindicações e administrar injeções com segurança e corretamente foram implementadas com êxito em muitos países com prestação de serviços de vacinação na infância, injeção de contraceptivos (DMPA, Depo-Provera®) e tratamento sintomático de pneumonias na infância e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em homens e mulheres. O Capítulo 3, “Mobilização da comunidade, educação e aconselhamento”, contém mais informações. A Ficha prática 3.7 contém detalhes sobre o recrutamento e a capacitação de ACSs. A Ficha prática 4.4 contém orientações sobre a segurança da injeção.



Recrutamento e capacitação de ACSs



Segurança da injeção

4.3.3 Serviços integrados

A administração da vacina contra o HPV em conjunto com outras intervenções (como a eliminação de parasitos ou a distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida), a administração concomitante com outras vacinas apropriadas para a idade (ver Tabela 4.1) e a educação sobre vários temas de interesse especial para essa faixa etária podem promover o compartilhamento de recursos e conhecimento entre os programas. Isso servirá para atualizar o conhecimento e as habilidades de comunicação do profissional e otimizar os custos e a logística, com consequente aumento da eficiência e da efetividade dos serviços. As estratégias de extensão para vacinação contra o HPV são especialmente adequadas à integração com outros serviços de saúde para crianças e adolescentes.

4.4 Mobilização da comunidade

O sucesso da vacinação contra o HPV depende de um alto nível de conscientização da comunidade mediante atividades de informação, educação e comunicação (IEC), bem como de aconselhamento dos pais e de outras pessoas influentes nas comunidades.

Antes de proceder à vacinação, a avaliação de conhecimentos, atitudes e crenças sobre as vacinas contra o HPV pode ajudar o pessoal do programa a se preparar para abordar eventuais barreiras ou sensibilidades que possam encontrar, como o temor de efeitos adversos e ideias erradas acerca do efeito da vacinação sobre a fertilidade. Além disso, o fato de uma vacina contra uma IST ser recomendada somente para meninas jovens pode confundir os pais e provocar relutância desnecessária à vacinação das meninas que ainda não tenham vida sexual ativa, embora essa seja a idade em que o benefício é mais provável.

A participação e a formação de alianças com uma ampla variedade de órgãos do governo e de interessados não governamentais em toda a comunidade podem facilitar a introdução e a implementação com êxito da vacinação contra o HPV. A vacinação na escola demanda estreita coordenação entre os ministérios da saúde e da educação nacionais, além da colaboração dos funcionários escolares nos âmbitos distrital, regional e local.

Veja mais informações sobre a mobilização da comunidade no Capítulo 3.

4.5 Obtenção de consentimento/assentimento para vacinar uma menina

A orientação sobre o consentimento livre e esclarecido pode ser obtida nas leis e regulamentações nacionais. Em geral, é necessário que o profissional de saúde explique plenamente a um paciente quais são os riscos e benefícios de qualquer intervenção planejada e obtenha consentimento verbal ou por escrito. Como a maioria das vacinas é administrada a crianças jovens demais para dar seu consentimento legal, os pais dão o que se conhece como consentimento paterno. Muitos países usam uma estratégia de consentimento implícito na qual o consentimento dos pais está subentendido quando levam voluntariamente a criança para ser vacinada em uma clínica de saúde.

No caso da vacinação contra o HPV, as meninas da população-alvo já não são crianças pequenas e podem chegar sem os pais ao local de vacinação. Como as meninas ainda são menores de acordo com a lei, é necessário o processo de consentimento paterno na maioria dos países; desse modo, é necessário que os pais e a menina sejam informados sobre a vacinação planejada e, no mínimo, dependendo das regulamentações do país, que os pais tenham a oportunidade de optar por não vacinar a filha.

Algumas autoridades sanitárias podem exigir o consentimento explícito dos pais por escrito. Essa determinação tem implicações no planejamento, na logística e nos recursos e pode exigir, por exemplo, que professores e funcionários escolares que trabalham com as meninas (estudantes) que serão vacinadas obtenham o consentimento dos pais antes da sessão de vacinação. Além dos pais e responsáveis, as meninas vacinadas contra o HPV também devem ser plenamente informadas sobre os riscos e os benefícios para que possam “assentir” no tratamento.

Podem ocorrer situações nas quais a menina expressa o desejo de ser vacinada, mas os pais recusam explicitamente o consentimento ou não é possível obter esse consentimento. Nessa situação, outro aspecto a levar em conta é o interesse da criança. Princípios éticos internacionalmente aceitos exigem que o profissional de saúde primeiro avalie se uma menina é “competente” para tomar essa decisão, ou seja, se ela demonstra compreensão dos benefícios, dos riscos e das consequências da vacinação e da não vacinação e se é capaz de tomar essa decisão sozinha. Se a menina for

considerada competente, o profissional de saúde pode proceder à vacinação. É importante estar a par desses princípios, principalmente ao lidar com meninas marginalizadas e desfavorecidas, como as que são órfãs, vivem nas ruas ou trabalham muito longe da família. Alguns países têm regulamentações que permitem que autoridades da comunidade, como assistentes sociais ou funcionários escolares, deem o consentimento para crianças sob sua responsabilidade em certas circunstâncias.

Por fim, nos casos em que o pai ou responsável deu consentimento para a vacinação da menina, mas a própria menina se recusa a ser vacinada, é preciso respeitar sua vontade e deixar que se retire depois de convidá-la a voltar em outro momento para conversar mais sobre sua decisão.

4.6 Monitoramento, avaliação e sustentabilidade de programas de vacinação contra o HPV

4.6.1 Monitoramento

É preciso conhecer com precisão o número de meninas em determinada população para calcular a cobertura de vacinação contra o HPV com a finalidade de monitorar o desempenho do programa de vacinação e, depois, avaliar seu impacto. É importante ter um sistema de monitoramento que:

1. rastreie o fluxo de informações e formulários;
2. especifique claramente quem deve receber os formulários de monitoramento preenchidos e quando devem ser entregues; e
3. explique o que fazer com as informações obtidas no monitoramento.

Como a recomendação é administrar uma série de doses injetáveis da vacina contra o HPV, é necessário no mínimo coletar e registrar os dados de cobertura (por dose, com indicação de idade ou data de nascimento e data de vacinação) (ver Ficha prática 4.3 e Modelos de formulários 6.1 a 6.3 no Anexo 6).

A OMS oferece guias e ferramentas de monitoramento da cobertura da vacinação contra o HPV (*WHO HPV vaccination coverage monitoring guide and tool*) que podem ser adaptados para uso local.⁹ A Ficha prática 4.5 apresenta um resumo dos instrumentos padronizados de coleta de dados e notificação, que devem ser expandidos no âmbito nacional.



Sessão de imunização



Modelos de formulários para vacinação contra o HPV



M&A

⁹ Disponível em: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

a. Monitoramento e notificação de eventos adversos pós-vacinação

Um evento adverso pós-vacinação (EAPV) é um evento clínico adverso que guarda relação temporal com a vacinação, mas pode ou não ser causado pela vacina ou pelo processo de vacinação. Os EAPVs variam de eventos menores, como uma reação leve no local da injeção, a casos com risco de vida, inclusive anafilaxia e possível morte. Embora um EAPV possa ser causado pela própria vacina, como uma reação alérgica, a situação mais frequente é que os EAPVs notificados sejam eventos coincidentes sem relação com a vacina ou eventos causados por erros programáticos ou humanos que comprometeram a qualidade da vacina.

O monitoramento da segurança da vacina contra o HPV tem importância especial porque é uma vacina nova e administrada a uma faixa etária que antes não fazia parte da população-alvo para vacinação. Grupos contrários às vacinas por qualquer motivo podem iniciar ou perpetuar rumores de insegurança da vacina, apontando associações espúrias com eventos adversos coincidentes para desencorajar a vacinação da população contra o HPV. Como a desinformação pode ser prejudicial à aceitabilidade de vacina e às campanhas de vacinação, é essencial que haja uma infraestrutura robusta de monitoramento de EAPVs para reunir informações que ajudem a dissipar os rumores e a demonstrar a manutenção da segurança das vacinas contra o HPV.

Os EAPVs são classificados em cinco categorias:¹⁰

1. Reação inerente ao produto (vacina): EAPV causado ou precipitado por uma vacina em decorrência de uma ou mais propriedades inerentes do produto (vacina) (por exemplo, edema extenso do membro após vacinação com DTP).
2. Reação inerente a defeito de qualidade da vacina: EAPV causado ou precipitado por uma vacina em decorrência de um ou mais desvios de qualidade do produto (vacina), inclusive do dispositivo de administração fornecido pelo fabricante (por exemplo, a falha da inativação completa pelo fabricante de um lote de vacina contra a poliomielite com vírus inativados leva à ocorrência de casos de poliomielite paralisante).
3. Reação por erro de imunização: EAPV causado por manuseio, prescrição ou administração inadequadas e, portanto, evitável (por exemplo, transmissão de infecção por contaminação do frasco de dose múltipla).
4. Reação de ansiedade relacionada à imunização: EAPV motivado por ansiedade em relação à imunização (por exemplo, desmaio de adolescente durante ou após a vacinação).

¹⁰ Mais informações sobre a classificação dos EAPVs pela OMS estão disponíveis em: <http://vac-cine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

5. Evento coincidente: EAPV causado por outro motivo que não o produto (vacina), erro de imunização ou ansiedade com a imunização (por exemplo, febre que ocorre na época da vacinação, mas na realidade é causada por malária).

As reações adversas leves e comuns à vacina contra o HPV que regredem espontaneamente, e raras vezes necessitam de tratamento, incluem rubor, dor ou edema no local da injeção, febre, tontura, náuseas e desmaio (ver Seção 4.22).

Por outro lado, os eventos adversos graves são raríssimos. A anafilaxia pode ter relação causal com a vacinação contra o HPV e devem ser tomadas precauções para evitar a vacinação de meninas que já tiveram reações alérgicas a seus componentes. Se houver suspeita de anafilaxia, a menina deve ser tratada imediatamente segundo a necessidade. Essas meninas não devem receber doses subsequentes de vacina contra o HPV nem outras vacinas que contenham componentes semelhantes.

Deve estar em vigor um sistema para facilitar a imediata notificação e investigação dos EAPVs. As autoridades reguladoras nacionais e os Grupos Técnicos Assessores de imunização nacionais (CAPIs) devem assumir um papel proativo na investigação de notificações de eventos adversos graves para avaliar se guardam relação com a vacina contra o HPV, além de elaborar comunicados sobre os rumores.

Toda suspeita de EAPV deve ser notificada de imediato às autoridades sanitárias por meio de um formulário padronizado de notificação de EAPV (ver Ficha prática 4.6 e Modelo de formulário 6.4 no Anexo 6).



EAPV

Eventos graves, como morte, hospitalização ou um conglomerado geográfico de EAPV, devem ser investigados rapidamente (em um prazo de 48 horas). É essencial estar preparado para a ocorrência de EAPVs e ter um plano de gestão de riscos.

4.6.2 Avaliação

A OMS recomenda que todos os países que tenham introduzido uma nova vacina realizem uma avaliação pós-introdução depois de aproximadamente 6 a 12 meses. A OMS publicou uma ferramenta de avaliação pós-introdução de novas vacinas, intitulada *New vaccine post-introduction evaluation (PIE)*, que apresenta um método sistemático para avaliar o impacto da introdução de uma vacina no sistema de imunização existente em um país.¹¹ A ferramenta *PIE* é formulada para os gestores de imunização dos países que introduziram uma vacina nova ou subutilizada. O *site* da OMS sobre imunização, vacinas e produtos biológicos oferece uma ferramenta *PIE* específica para a introdução da vacina contra o HPV.¹²

¹¹ Disponível em: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/

¹² Disponível em: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

4.6.3 Sustentabilidade

A sustentabilidade de qualquer novo programa deve ser considerada antes da implementação. No caso da vacinação contra o HPV, isso inclui a avaliação cuidadosa da carga de doença imposta pelo câncer do colo do útero, do tamanho e da distribuição urbana e rural da população-alvo, dos custos estimados e dos recursos disponíveis. Além disso, devem ser levados em conta os custos de modificações da infraestrutura, capacitação e supervisão e o tempo disponível do pessoal. Com base nessa avaliação, o Ministério da Saúde (MS) pode decidir buscar apoio adicional do Ministério da Fazenda para captação de recursos e de organismos multinacionais para obter vacinas gratuitas ou com grandes descontos. Uma vez assegurados os recursos, é preciso definir a estratégia de introdução. Avaliações de custo-efetividade podem ser usadas como base para as decisões políticas de introduzir ou não a vacinação contra o HPV e, em caso afirmativo, para a escolha do método usado, levando em consideração a carga geral de doença no país, os custos do manejo da doença e os custos da vacina contra o HPV, bem como os benefícios que a vacinação traria para a saúde a longo prazo.

O Capítulo 2, na seção sobre formulação de política nacional, apresenta exemplos de considerações importantes para o planejamento de sustentabilidade. Outros recursos úteis estão disponíveis na página da OMS sobre planejamento e financiamento da imunização (*Immunization planning and financing*)¹³ e nas diretrizes da OMS e da Unicef para elaborar um plano integral multianual do país para imunização/vacinas [*WHO–UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP)*].¹⁴

Depois de estudar essas questões, os responsáveis pelas decisões devem decidir se o programa proposto é acessível e sustentável.

- Caso se determine que atualmente é acessível e sustentável, devem-se alocar os recursos necessários para mais de um ano.
- Caso não seja acessível ou sustentável da maneira proposta, é necessário analisar e revisar a proposta para reduzir os custos onde for possível, inclusive com modificação da população-alvo prioritária ou mudança das estratégias de aplicação.

Leitura complementar

Sites úteis:

WHO – Human papillomavirus (HPV) [OMS – Papilomavírus humano (HPV)]: <http://www.who.int/immunization/topics/hpv>

¹³ Disponível em: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/en/

¹⁴ Disponível em: http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en/

Essa página apresenta informações sobre a carga de doença por HPV e as características e a segurança da vacina contra o HPV. Contém *links* para:

- *HPV Vaccine Introduction Clearing House* [Centro de Intercâmbio de Informações sobre a Introdução da Vacina contra o HPV], com documentos técnicos da OMS e de parceiros sobre diversos aspectos programáticos da implementação da vacina contra o HPV, inclusive estratégias de comunicação e ligações com a saúde do adolescente
- Documentos de posição da OMS sobre vacinas contra o HPV (inclusive traduções)
- Pontos-chave e informações técnicas sobre vacinas contra o HPV para formuladores de políticas e profissionais de saúde
- Política de vacinação contra o HPV e orientação programática para os países
- Dados sobre incidência do câncer do colo do útero e a mortalidade por essa causa em todo o mundo

WHO – Human papillomavirus (HPV) vaccine programmatic resources [OMS – Recursos programáticos de vacinação contra o papilomavírus humano (HPV)]

<http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/> Essa página também contém links para:

- Módulo de capacitação essencial para introdução da vacina contra o HPV (material para capacitação de trabalhadores de saúde)
- Estimativas populacionais da OMS sobre a coorte de 9 a 13 anos, por ano de idade, sexo e país, 2010-2020
- Ferramenta da OMS para cálculo de custo dos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero (ferramenta C4P)
- Outras ferramentas e material da OMS pertinentes para a implementação da vacinação contra o HPV

WHO – Vaccine Safety Basics e-learning course [Curso a distância da OMS sobre os princípios básicos de segurança da vacina]: <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

Esse curso é dividido em seis módulos, e o tema do Módulo 3 é eventos adversos pós-vacinação: classificação de EAPVs.

GAVI Alliance – Apply for support [Aliança GAVI – solicitação de apoio]: <http://www.gavi.org/support/apply/>

Essa página oferece informações e assistência para solicitar apoio da GAVI aos programas de demonstração ou introdução nacional da vacinação contra o HPV (somente países qualificados para a ajuda da GAVI).

WHO recommendations for routine immunization – summary tables

[Recomendações da OMS para a imunização sistemática – tabelas resumidas]:

http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

Esta página é periodicamente atualizada com novos dados e eventuais modificações das recomendações.

5

CAPÍTULO 5. RASTREAMENTO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Capítulo 5. Rastreamento e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero

Pontos-chave

- A detecção precoce, mediante rastreamento de todas as mulheres na faixa etária preconizada, e o subsequente tratamento das lesões precursoras detectadas podem prevenir a maioria dos cânceres do colo do útero.
- O rastreamento do câncer do colo do útero deve ser realizado pelo menos uma vez em todas as mulheres na faixa etária em que se podem alcançar mais benefícios: 30 a 49 anos.
- Recomenda-se que todas as mulheres na faixa etária preconizada sejam submetidas a rastreamento de câncer do colo do útero pelo menos uma vez, mas essa medida pode ser estendida a mulheres com menos de 30 anos de idade se houver indicação de alto risco de NIC II+.
- O teste de HPV, a citologia e a inspeção visual com ácido acético (VIA) são exames de rastreamento recomendados.
- Para que a prevenção do câncer do colo do útero seja efetiva, as mulheres com resultados positivos do exame de rastreamento devem ser submetidas a tratamento efetivo.
- Recomenda-se a adoção de uma conduta de “rastrear e tratar” ou de “rastrear, diagnosticar e tratar”.
- As decisões sobre a conduta de rastreamento e tratamento a adotar em determinado país ou estabelecimento de saúde devem levar em conta vários fatores, entre os quais estão os benefícios e danos, a possibilidade de perda de seguimento, o custo e a disponibilidade do equipamento e dos recursos humanos necessários.
- Na conduta de “rastrear e tratar”, a decisão de tratamento é baseada em um exame de rastreamento, e o tratamento é iniciado logo ou, de preferência, imediatamente depois de um exame de rastreamento positivo (ou seja, sem o uso de exame confirmatório de diagnóstico).
- A conduta de “rastrear e tratar” reduz a perda de seguimento e pode reduzir o atraso no início do tratamento das mulheres.
- Nas mulheres com resultado negativo do VIA ou da citologia, o intervalo para repetição do rastreamento deve ser de três a cinco anos.
- Nas mulheres com resultado negativo do teste de HPV, o rastreamento deve ser repetido após um intervalo mínimo de cinco anos.
- Se houver suspeita de câncer em mulheres que procuram o rastreamento, não se deve tratá-las, mas referi-las a um estabelecimento para diagnóstico e tratamento do câncer.

- A crioterapia ou a cirurgia de alta frequência (CAF) constituem tratamento efetivo e apropriado para a maioria das mulheres com exame de rastreamento positivo para lesão precursora de câncer do colo do útero.

Sobre este capítulo

Este capítulo é baseado nas seguintes diretrizes da OMS:

Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Genebra: OMS; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Genebra: OMS; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/).

WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ. Genebra: OMS; 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/).

WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Genebra: OMS; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>).

WHO technical specifications on cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer: OMS; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>).

Este capítulo apresenta informações detalhadas sobre o rastreamento e o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero. Consta de sete seções principais; a primeira delas é uma descrição das considerações relativas aos profissionais de saúde (Seção 5.1), seguida de um resumo das questões relativas ao rastreamento do câncer do colo do útero, inclusive riscos e benefícios e considerações éticas (Seção 5.2). A Seção 5.3 descreve os exames de rastreamento disponíveis (métodos moleculares para detecção de HPV, métodos visuais de rastreamento e rastreamento citológico) e compara suas vantagens e limitações.

A Seção 5.4 analisa as modalidades de diagnóstico (colposcopia, biópsia e curetagem endocervical) usadas para confirmar e mapear anormalidades em algumas mulheres com resultados positivos do exame de rastreamento. Na Seção 5.5, os procedimentos de tratamento das lesões precursoras detectadas (crioterapia, CAF e conização a frio) são descritos com alguns detalhes, inclusive indicações, vantagens e limitações de cada procedimento. A Seção 5.6 abrange as possíveis complicações e o seguimento após tratamento.

Por fim, a Seção 5.7 destaca que, para ter um impacto sobre a incidência de câncer do colo do útero e a mortalidade associada, é essencial que o rastreamento seja vinculado

ao manejo complementar de todas as mulheres com resultado positivo do exame de rastreamento. As estratégias programáticas que podem ser usadas para estabelecer esse vínculo crucial são as condutas de “rastrear, diagnosticar e tratar” e de “rastrear e tratar”, e o texto discorre sobre as duas.

As recomendações apresentadas neste capítulo sobre os exames de rastreamento e diagnóstico e os tratamentos a serem usados em um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero estão de acordo com os critérios baseados em evidências da OMS e orientam os gestores do programa e os profissionais de saúde.

As fichas práticas correspondentes a este capítulo contêm informações que o prestador de serviço precisa conhecer sobre as etapas para obter o consentimento livre e esclarecido,

fazer um exame pélvico e proceder a todos os exames de rastreamento e métodos de tratamento apresentados. A Ficha prática 5.7 contém orientações sobre o aconselhamento a pacientes com resultado positivo do exame de rastreamento.



Aconselhamento:
resultado positivo

A história de Maria

Maria é uma nicaraguense de 40 anos que vive com o marido e três filhos em uma comunidade rural. Em uma visita, o agente comunitário de saúde informou a ela que uma mulher de sua idade deveria se submeter a um exame para verificar se existe alguma alteração no colo do útero que poderia se agravar sem tratamento e, muitos anos depois, se converter em câncer. Depois convidou-a a comparecer a um ambulatório na comunidade vizinha, onde uma equipe de enfermeiros do hospital local ofereceria a todas as mulheres de 30 a 49 anos um exame para rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero. Ela receberia o resultado do exame antes de voltar para casa, e todas as mulheres que necessitassem de tratamento também poderiam recebê-lo nesse mesmo dia antes de retornar. Vários dias antes da consulta no ambulatório, um enfermeiro foi à comunidade de Maria, reuniu todas as mulheres e deu informações sobre o exame que seria realizado e detalhes sobre o tratamento, inclusive o fato de que nem o exame nem o tratamento causam muita dor, mas podem ser desconfortáveis.

No dia da consulta, Maria e outras dez mulheres de sua comunidade caminharam juntas até o ambulatório com o agente comunitário de saúde; lá elas se sentaram em um espaço privado com uma auxiliar de enfermagem, que fez a anamnese de cada mulher e respondeu a todas as suas perguntas. O exame foi realizado em uma sala privada e, depois que se vestiu, Maria foi informada de que o colo do útero estava normal e só era necessário repetir o exame ao fim de cinco anos. Das dez mulheres que a acompanharam, duas foram informadas de que tinham uma leve anormalidade no colo do útero e que era necessário tratamento para que não se agravasse. Uma delas decidiu se submeter ao tratamento na mesma tarde e a outra disse que voltaria na semana seguinte com seu companheiro ao ambulatório de seguimento no mesmo lugar. As duas mulheres que necessitaram de tratamento estavam muito contentes por terem ido ao ambulatório e muito satisfeitas com a experiência; depois recomendaram a parentes e amigas na idade de 30 a 49 anos que seguissem o mesmo caminho e se submetessem ao rastreamento – e, se necessário, ao tratamento – para que também pudessem evitar o câncer do colo do útero.

5.1 Profissionais de saúde

5.1.1 A função dos profissionais de saúde

O profissional de saúde é uma figura central em todo esforço coordenado de saúde pública para prevenir e controlar o câncer do colo do útero. A função do profissional de saúde em todos os níveis da atenção é assegurar a educação das mulheres sobre o câncer do colo do útero, a oferta de serviços de qualidade e, quando necessário, o seguimento e tratamento apropriados após resultados positivos do exame de rastreamento ou diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero. O trabalho dos

profissionais de saúde é coordenado entre eles e com o Ministério da Saúde, os formuladores do programa, os gestores e os trabalhadores da comunidade para assegurar a efetividade do programa.

5.1.2 Quem pode oferecer um rastreamento de boa qualidade?

Com a capacitação baseada em competências, todo profissional que saiba como fazer um exame com espécuro pode realizar qualquer um dos exames de rastreamento do câncer do colo do útero (ou seja, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, obstetritz, assistente clínico ou médico). A Ficha prática 3.7 contém mais informações sobre a capacitação de agentes comunitários de saúde.



Recrutamento e capacitação de ACS

5.1.3 Avaliação e preparo das clientes para o rastreamento

Antes do exame de rastreamento, deve-se fazer uma avaliação básica das mulheres, com informações e aconselhamento, breve anamnese clínica e social e exame pélvico simples. Os tópicos a seguir oferecem mais detalhes sobre a função dos profissionais de saúde nessa fase:

- Por causa do estigma que pode estar associado aos problemas genitais, as mulheres podem relutar em falar sobre suas preocupações ou sintomas. Para estabelecer e manter a confiança, os esforços para assegurar a confidencialidade e a privacidade podem ajudar muito a reduzir essa relutância.
- Os benefícios e os riscos do rastreamento cervical devem ser abordados como parte da educação em saúde geral (ver Seção 5.2.3). As mulheres precisam entender que o rastreamento NÃO é um exame para diagnóstico de câncer, mas apenas identifica as mulheres que podem desenvolver câncer no futuro. O conhecimento básico sobre o método de exame também ajuda a aliviar a ansiedade ou os temores.
- Os componentes essenciais do exame clínico pélvico são a inspeção visual dos órgãos genitais externos e um exame com espécuro (ver Ficha prática 5.2). Os profissionais devem explicar o que está sendo realizado em cada etapa durante o exame. Caso seja detectada uma anormalidade, o profissional deve informar à mulher sem alarmá-la, mas o melhor momento para isso é depois de concluir o exame.
- A realização do exame pélvico por profissionais do sexo feminino pode reduzir a resistência de algumas mulheres e aumentar a aceitação do rastreamento. Quando o profissional é do sexo masculino, a presença na sala de uma acompanhante ou assistente do sexo feminino pode reduzir a ansiedade da paciente.



Exame pélvico

5.1.4 Outros problemas de saúde detectados durante o rastreamento

A mulher e suas necessidades de saúde devem ser o foco dos programas de prevenção. Quando for possível, os profissionais devem adotar uma abordagem

integral de identificação e manejo dos problemas de saúde sexual e reprodutiva. O profissional deve prestar atenção especial aos sinais e sintomas sugestivos de câncer, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ou outras condições detectadas durante a anamnese e o exame pélvico. As mulheres com resultados anormais não relacionados ao rastreamento do câncer do colo do útero podem ser tratadas ou referidas, conforme apropriado. Além disso, as mulheres devem ter a oportunidade de expor suas preocupações pessoais com questões de saúde sexual e reprodutiva, como qualquer necessidade não atendida de planejamento familiar.

5.2 Rastreamento do câncer do colo do útero

5.2.1 O que é rastreamento?

O rastreamento é uma intervenção de saúde pública dirigida a uma população-alvo assintomática. O rastreamento não tem a finalidade de diagnosticar uma doença, mas de identificar indivíduos com maior probabilidade de ter a doença propriamente dita ou um precursor da doença.

Nem todas as doenças se prestam a um programa de rastreamento. Os critérios a seguir ajudam a determinar se o programa de rastreamento é apropriado:

- A doença deve ter consequências graves.
- A doença deve ter um estágio pré-clínico detectável e assintomático.
- O tratamento do estágio pré-clínico deve influenciar favoravelmente a evolução a longo prazo e o prognóstico da doença rastreada.
- Deve haver tratamento disponível e acessível para os que tiverem um resultado positivo do exame de rastreamento.

A evolução natural, os exames de rastreamento e as opções de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero satisfazem esses critérios.

5.2.2 Rastreamento do câncer do colo do útero: resumo

O objetivo dos programas de prevenção do câncer do colo do útero é submeter ao rastreamento a maior proporção possível das mulheres que são alvo do programa nacional e garantir o manejo apropriado para todas as que tenham um resultado positivo ou anormal do exame. O Capítulo 2 aborda as considerações programáticas para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero.

5.2.3 Benefícios e riscos do rastreamento do câncer do colo do útero

Ainda que os programas de prevenção efetivos possam reduzir drasticamente a incidência de câncer do colo do útero, qualquer esforço de rastreamento em grande escala dirigido a populações saudáveis pode ter resultados positivos e negativos.

O principal resultado positivo do rastreamento é a redução do câncer do colo do útero por meio de detecção e tratamento dos casos de lesão precursora antes que progridam para câncer. Além disso, o rastreamento pode detectar o câncer do colo do útero em estágio inicial, quando ainda pode ser tratado com êxito.

O rastreamento por si só não tem utilidade preventiva real. É essencial que esteja associado ao tratamento. Do contrário, é provável que o programa de rastreamento não tenha nenhum impacto sobre a incidência do câncer do colo do útero. A implementação de um programa de prevenção também pode alcançar resultados positivos em termos da qualidade dos estabelecimentos e serviços de saúde, por exemplo, melhoria da infraestrutura, atualização dos profissionais de saúde, conscientização sobre a saúde reprodutiva das mulheres e instituição de um programa de controle e garantia da qualidade (ver Capítulo 2).

Um risco do rastreamento, que se aplica a todos os exames de rastreamento descritos, é uma taxa variável de sobre detecção de lesões precursoras (ou seja, resultados falso-positivos), que leva ao sobre tratamento de mulheres que não correm maior risco de câncer invasivo no momento. Contudo, os benefícios da detecção precoce de lesões precursoras no colo do útero (ou seja, resultados verdadeiro-positivos) – quando existe tratamento disponível para evitar a progressão para câncer – são muito maiores que as consequências relativamente pequenas para as mulheres de qualquer um dos métodos de tratamento descritos.

Outro risco, mais significativo, do rastreamento é a possibilidade de resultado falso-negativo, que pode resultar na perda da oportunidade de detectar sinais da doença e de tratar a lesão precursora ou o câncer em fase inicial.

É preciso cuidar para que o rastreamento seja realizado somente na população-alvo definida pelo programa nacional e para que sejam destinados recursos suficientes para o rastreamento de 100% dessas mulheres acompanhado do seguimento necessário.

O programa de rastreamento também deve assegurar que haja um sistema de referência operante para encaminhamento e manejo apropriados das mulheres com câncer.

5.2.4 Características de um bom exame de rastreamento

Um bom exame de rastreamento deve atender os seguintes requisitos:

- **Acurácia:** o resultado é correto.
- **Reprodutibilidade:** a repetição do mesmo exame terá o mesmo resultado.
- **Baixo custo:** acessível ao sistema de saúde, em termos de recursos financeiros e humanos, e a todas as pacientes e suas famílias, em termos de acesso aos serviços necessários.

- Relativa facilidade: simplicidade para realização e seguimento das mulheres com resultados anormais.
- Aceitabilidade: bem tolerado pela paciente e pelo profissional.
- Segurança: o procedimento do exame e o manejo de indivíduos com resultado positivo não têm efeitos adversos ou têm efeitos adversos mínimos.
- Disponibilidade: acessível a toda a população-alvo.

Os responsáveis pelas decisões de alto nível devem selecionar os exames de rastreamento e os tratamentos que serão implementados em determinado local. Para isso, devem-se considerar o desempenho de cada exame, a possibilidade de realizá-lo em cada nível do sistema de saúde, sua acessibilidade e sustentabilidade, além do potencial de alcançar toda a população-alvo. Desse modo, é possível, por exemplo, que se escolham exames diferentes para uso nas regiões urbanas e rurais.

Em teoria, o melhor exame de rastreamento é o que tem a menor taxa de resultados falso-negativos (ou seja, situação em que o resultado é negativo ou normal, mas a mulher tem a doença) e, ao mesmo tempo, a menor taxa de falso-positivos (ou seja, situação em que o resultado é positivo, mas não há anormalidades). Os resultados falso-negativos levam ao aumento do risco de câncer se não houver possibilidade de rastreamento frequente. Os falso-positivos levam ao sobretratamento e ao aumento da ansiedade das pacientes.

Na prática, é importante escolher o exame de rastreamento mais apropriado levando em conta tanto o local específico onde será implementado o programa quanto os recursos humanos, financeiros e de infraestrutura disponíveis para usar o exame escolhido. O exame deve ser adequado para programas de rastreamento de base populacional a fim de assegurar que alcance toda a população-alvo, e não só aqueles com maior acesso aos serviços de saúde. Para a sustentabilidade a longo prazo, o sistema de saúde deve ter a capacidade de manter o equipamento e repor as provisões necessárias. A escolha do melhor exame é um equilíbrio de todos esses fatores.

5.2.5 Idade e frequência de rastreamento

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a idade prevista e a frequência de rastreamento são baseadas nas evidências disponíveis na época da publicação e na evolução natural do HPV e das lesões precursoras do câncer do colo do útero (ver Capítulo 1). As infecções por HPV de alto risco são muito comuns em mulheres jovens, mas a maioria dessas infecções é transitória: o vírus é eliminado espontaneamente pelo organismo. Somente uma pequena porcentagem das infecções por HPV que persistem por muitos anos podem levar ao câncer invasivo. Em geral, o desenvolvimento do câncer do colo do útero é lento, com um intervalo de 10 a 20 anos entre o surgimento da lesão precursora e o câncer invasivo; desse modo, o câncer do colo do útero é raro antes dos 30 anos. O rastreamento de

mulheres mais novas detecta muitas lesões que nunca se transformarão em câncer, com conseqüente sobre tratamento; portanto, não é custo-efetivo.

O rastreamento do câncer do colo do útero não deve começar antes dos 30 anos. O rastreamento de mulheres entre 30 e 49 anos, ainda que apenas uma vez, reduz as mortes por esse tipo de câncer. Recomenda-se o rastreamento de todas as mulheres nessa faixa etária, mas a intervenção pode ser estendida a mulheres mais novas se houver indicação de alto risco de NIC II+.

Em geral, as decisões sobre a faixa etária preconizada e a frequência de rastreamento são tomadas no âmbito nacional com base na proporção local de mulheres com lesões precursoras ou câncer em relação ao total de mulheres da mesma idade, o número de novos casos de câncer do colo do útero registrados nos últimos dois ou três anos e a disponibilidade de recursos e infraestrutura, além de outros fatores, como a prevalência de infecção pelo HIV.

Para obter o máximo impacto em termos de redução do sofrimento e das mortes por câncer do colo do útero, devem-se priorizar a maximização da cobertura¹ e o tratamento, e não a maximização do número de exames de rastreamento realizados durante a vida de uma mulher. Essa conduta é válida para todas as mulheres, qualquer que seja o estado sorológico em relação ao HIV.

Nas mulheres com resultado negativo da inspeção visual com ácido acético (VIA) ou do exame citológico, o intervalo para a repetição do rastreamento deve ser de três a cinco anos. As mulheres com resultado negativo do teste de HPV devem esperar no mínimo cinco anos para fazer novo exame de rastreamento. Depois de um rastreamento subsequente com resultado negativo, assim como nas mulheres mais velhas, o intervalo entre os rastreamentos pode ser maior que cinco anos. As mulheres submetidas a tratamento de lesão precursora do câncer do colo do útero devem receber seguimento pós-tratamento ao fim de 12 meses.

a. Rastreamento de mulheres que vivem com HIV

Recomendações para as mulheres que vivem com HIV:

- O rastreamento de lesões precursoras e de câncer do colo do útero deve ser realizado em mulheres e meninas que iniciaram a vida sexual assim que o teste de HIV for positivo, qualquer que seja a idade.
- As mulheres que vivem com HIV e têm resultado negativo do exame de rastreamento (ou seja, não há indício de lesão precursora) devem ser submetidas a novo rastreamento em três anos.

¹ “Cobertura” é a proporção de mulheres na faixa etária prevista submetidas a rastreamento nos intervalos recomendados durante determinado período. O número total de exames de rastreamento realizados não mede a cobertura, já que pode incluir mulheres de outras idades e mulheres submetidas a rastreamento com frequência maior que a recomendada.

- As mulheres que vivem com HIV e foram submetidas a tratamento para lesão precursora do câncer do colo do útero devem receber seguimento pós-tratamento ao fim de 12 meses.

As mulheres que vivem com HIV correm maior risco de ter infecção persistente por HPV e de desenvolver lesão precursoras. Além disso, é mais provável que as mulheres que vivem com HIV desenvolvam câncer do colo do útero mais cedo e morram antes. Em razão da antecipação do surgimento de lesões precursoras e do menor tempo de progressão para câncer, as mulheres que vivem com HIV são orientadas a seguir um calendário de rastreamento diferente: depois de um resultado negativo, devem repetir o rastreamento em três anos (ver

fluxogramas de “rastrear e tratar” para mulheres que vivem com HIV no Anexo 9). Os três exames de rastreamento apresentados neste capítulo (VIA, teste para HPV ou citologia) podem ser usados nas mulheres que vivem com HIV, bem como os tratamentos com crioterapia e cirurgia de alta frequência (CAF).



O rastreamento do HIV não é obrigatório para o rastreamento do câncer do colo do útero. Entretanto, em uma área com alta endemicidade de infecção por HIV, deve-se fazer o rastreamento do HIV para que as mulheres conheçam seu estado sorológico. Se positivo, deve-se explicar a elas o significado do resultado e providenciar tratamento e seguimento apropriados. Nos países com alta prevalência de HIV, os serviços de controle do câncer do colo do útero, apresentados no Capítulo 2, trariam mais benefícios para as pacientes se houvesse uma integração bidirecional com os serviços de HIV; ou seja, mulheres submetidas a rastreamento de HIV ou câncer do colo do útero que desconheçam seu estado sorológico para HIV ou não tenham sido submetidas a rastreamento recente de câncer do colo do útero poderiam ser abordadas sistematicamente com a oferta de rastreamento da outra doença. Não é incomum que uma mulher descubra que é HIV-positiva por ocasião do rastreamento de câncer do colo do útero.

5.2.6 Considerações éticas para programas de rastreamento do câncer do colo do útero

Ao decidir sobre a melhor maneira de usar recursos escassos para diagnosticar e tratar as lesões precursoras do câncer do colo do útero é preciso considerar o grau de incapacidade e morte causado pela doença, bem como o provável sucesso de uma intervenção para reduzir o sofrimento e as mortes associados a ela em comparação com o uso desses recursos escassos para prevenir ou controlar outras doenças.

O câncer do colo do útero, visto por essa perspectiva, pode causar uma alta carga de incapacidade e morte, e a intervenção (rastreamento e tratamento das lesões precursoras) previne a maioria dos casos da doença. Portanto, a conduta de

prevenção e controle do câncer do colo do útero é uma opção racional e ética para o uso dos recursos.

Embora as decisões sobre as prioridades programáticas geralmente sejam tomadas no âmbito nacional, os profissionais de saúde devem compreender as razões dessas decisões a fim de que se sintam motivados a implementar o programa com a devida consciência dos custos e a explicar as prioridades do programa a suas pacientes.

Antes de implementar um programa de rastreamento, é preciso considerar os seguintes elementos para assegurar uma abordagem ética e equitativa:

- O rastreamento e o tratamento de lesões precursoras, assim como o manejo do câncer do colo do útero, devem ser acessíveis a todas as mulheres na faixa etária prevista, inclusive as mais pobres, mais vulneráveis e de mais difícil acesso.
- O tratamento deve estar disponível e ser acessível. Os exames diagnósticos ou de confirmação (se previstos no programa) também devem estar disponíveis, com seguimento apropriado depois do exame.
- As pacientes, os profissionais e as comunidades devem receber educação em saúde para assegurar a decisão livre e esclarecida sobre o rastreamento e o tratamento.
- Os sistemas de registro e de atenção às pacientes devem garantir a confidencialidade.
- Os profissionais devem ter capacitação suficiente e diretrizes claras sobre o manejo e o seguimento de mulheres com resultado positivo do exame de rastreamento.
- Deve haver um sistema de referência operante para todos os problemas de saúde detectados durante o processo de rastreamento, inclusive:
 - tratamento e serviços paliativos para os casos de câncer do colo do útero, e
 - tratamento de outros distúrbios da saúde reprodutiva.

a. Decisão livre e esclarecida e consentimento livre e esclarecido

Decisão livre e esclarecida: a paciente recebe informações suficiente para tomar uma decisão livre e esclarecida de aceitar ou recusar o exame ou procedimento proposto por profissionais. Essas informações, que serão repetidas e confirmadas imediatamente antes de qualquer intervenção, têm de incluir (no caso de prevenção do câncer do colo do útero) o significado e as consequências de um resultado positivo, a disponibilidade de tratamento, assim como os riscos que a paciente pode correr se recusar o rastreamento e o tratamento relacionado.

Consentimento livre e esclarecido: refere-se à permissão explícita verbal ou por escrito dada por uma paciente para a realização de um procedimento ou exame, depois de haver recebido informações suficientes para tomar uma decisão livre e esclarecida.

Tanto o consentimento livre e esclarecido quanto a decisão livre e esclarecida são baseados nos princípios éticos da autonomia e do respeito pelo indivíduo. Em muitas culturas, a noção de consentimento pode ser um processo coletivo de decisão com a participação de outras pessoas, como o marido ou companheiro, a família e os líderes do povoado. As informações exatas fornecidas mediante educação em saúde e aconselhamento podem assegurar que as mulheres e suas famílias ampliadas compreendam os fatos sobre o câncer do colo do útero, inclusive quem corre risco, de que maneira o rastreamento reduz esse risco e quais são os possíveis prejuízos relacionados com o rastreamento ou o tratamento. Depois de receber essas informações, é a paciente quem decide, com orientação e apoio de outras pessoas do seu círculo próximo. O profissional de saúde deve estar consciente da possibilidade de coerção da paciente e deve se esforçar para assegurar que a decisão da paciente não seja forçada.



Consentimento
livre e esclarecido

A Ficha prática 5.1 trata da obtenção do consentimento livre e esclarecido.

5.2.7 Prevenção de infecções nos programas de rastreamento do câncer do colo do útero

Em todas as atividades clínicas, deve-se dar muita atenção à prevenção de infecções. Os profissionais devem usar luvas limpas nas duas mãos ao fazer o exame com espéculo ou bimanual, coletar amostras e realizar procedimentos como a crioterapia. No caso de procedimentos invasivos como a CAF, os profissionais devem usar luvas estéreis.

As diretrizes de lavagem das mãos, manuseio de instrumentos e descarte de material usado, inclusive luvas, devem ser rigorosamente seguidas para evitar a transmissão de agentes patogênicos, inclusive o HIV. É importante usar precauções padronizadas de prevenção e controle de infecções (PCI) (ver Anexo 3) com todas as pacientes, não importa se parecem doentes ou saudáveis ou se seu estado sorológico para HIV ou outra infecção é conhecido ou não. Dessa forma, os profissionais protegem tanto as pacientes quanto a si próprios contra infecções. Convém que as atividades de prevenção de infecções (como lavar as mãos e trocar as luvas usadas por outras limpas) sejam feitas diante da mulher examinada para reduzir a eventual ansiedade em relação à segurança e à higiene.

5.3 Métodos de rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero

Até alguns anos atrás, o único método de rastreamento do câncer do colo do útero era o esfregaço de Papanicolaou ou exame citológico. Nos países de alta renda, onde os exames de Papanicolaou foram usados para o rastreamento de base populacional por mais de três décadas, houve grande redução da morbidade e da

mortalidade por câncer do colo do útero. Entretanto, muitas vezes o rastreamento de base populacional por exame citológico é malsucedido nos países de renda baixa e média porque os investimentos financeiros para estabelecer e manter a infraestrutura sanitária necessária, inclusive os recursos laboratoriais e recursos humanos capacitados, não estão disponíveis ou não são suficientes em muitos lugares.

Novos métodos foram desenvolvidos para o rastreamento do câncer do colo do útero: os métodos moleculares de rastreamento do HPV e a inspeção visual com ácido acético, que são descritos adiante, junto com os métodos citológicos de rastreamento. A Ficha prática 5.3 contém observações importantes sobre os métodos de rastreamento.



Métodos de rastreamento

5.3.1 Testes de HPV

a. Descrição

Os métodos de testes moleculares para HPV baseiam-se na detecção do DNA dos tipos de HPV de alto risco em amostras vaginais ou cervicais. Não é aconselhável realizar o teste para detecção desses vírus em mulheres com menos de 30 anos, pois muitas jovens são infectadas pelo HPV, mas a maioria dessas infecções regride espontaneamente antes dos 30 anos. Portanto, o teste para HPV antes de 30 anos detecta muitos casos de infecção transitória e submete as mulheres a procedimentos e tratamentos desnecessários, que podem causar danos, ansiedade, desconforto e gastos.

Entretanto, a detecção de HPV de alto risco em uma mulher mais velha é uma indicação mais provável de que a infecção seja persistente. Como a infecção persistente por HPV é a causa de quase todos os casos de câncer do colo do útero, o resultado positivo do teste em uma mulher de mais de 30 anos indica possível lesão ou risco de desenvolver lesão precursora e câncer no futuro (ver Capítulo 1, Seções 1.3.4 e 1.3.5). Assim, o tratamento das mulheres com resultado positivo do rastreamento reduz muito o risco de câncer do colo do útero no futuro.

Em locais com muitos recursos, o teste para HPV está sendo incorporado aos programas de prevenção do câncer do colo do útero como exame de rastreamento primário. Atualmente é necessário transportar a amostra a um laboratório para processamento antes de obter os resultados. Mas um novo teste de HPV de baixo custo, que pode ser processado no próprio estabelecimento onde a amostra é coletada, está sendo avaliado em vários locais com poucos recursos e logo estará disponível no mercado.

Ao planejar o uso de um teste molecular de rastreamento do HPV em um programa de rastreamento do câncer do colo do útero, é importante usar um teste padronizado e clinicamente validado. Os testes para HPV desenvolvidos localmente não são apropriados, a menos que tenha havido padronização rigorosa e validação clínica.

b. Quem deve fazer o teste?

Pelas razões descritas anteriormente, o teste de HPV deve ser reservado para mulheres com mais de 30 anos ou com a idade especificada por diretrizes nacionais atualizadas.

c. Como fazer o rastreamento

O teste de HPV nem sempre requer exame pélvico ou exame visual do colo do útero. Para coletar uma amostra de células, um profissional de saúde pode inserir uma pequena escova ou outro dispositivo apropriado profundamente na vagina e, em seguida, colocar o material obtido em um recipiente pequeno com solução conservante apropriada. A coleta também pode ser feita durante o exame com espéculo.

A amostra também pode ser coletada pela própria mulher; ela pode receber a escova e o recipiente especial, com instruções sobre sua utilização. Essa estratégia pode ser implementada com custo bem menor para o serviço de saúde e garante maior comodidade para as mulheres.

A Ficha prática 5.4 apresenta outras instruções sobre os métodos de coleta de amostras para o teste de HPV.

Com os testes para HPV disponíveis atualmente, é preciso levar os recipientes com a amostra ao laboratório para processamento por um técnico capacitado, que emite e entrega o laudo. Mas os novos testes logo permitirão o processamento no local.



d. Vantagens e limitações

O teste de HPV é muito sensível para detecção de infecções por HPV nas mulheres. Entretanto, ainda que a infecção por HPV seja um precursor necessário do câncer do colo do útero, um teste de HPV positivo não confirma que a mulher tem uma lesão precursora; apenas confirma que há uma infecção por HPV. A coleta de amostra para teste de HPV pode ser realizada em qualquer estabelecimento de saúde ou comunitário, desde que haja um laboratório apropriado à distância razoável e transporte confiável para as amostras.

Atualmente, a necessidade de processar os testes moleculares de HPV em um laboratório com sala limpa especial para evitar contaminação e com equipamento e reagentes especificados pelos fabricantes do teste, além da necessidade de técnicos capacitados, pode limitar a utilidade do rastreamento do HPV em alguns lugares. A ausência de método confiável para processar e entregar o resultado à paciente em um tempo razoável pode ser um obstáculo ao uso do teste para HPV por razões de custo e qualidade.

Os novos testes para HPV de baixo custo que logo estarão disponíveis no mercado reduzirão essa limitação, pois podem ser processados na clínica onde as amostras são coletadas, com equipamento mais simples e menor necessidade de capacitação.

5.3.2 Métodos visuais de rastreamento

a. Descrição

A inspeção visual com ácido acético (VIA*) é um método para detectar alterações celulares iniciais que são visíveis ao exame do colo do útero a olho nu, com auxílio de um espéculo, depois da aplicação de ácido acético diluído (3% a 5%).² Demanda a capacitação e a supervisão dos profissionais da atenção primária, além de permanente controle de qualidade e garantia da qualidade.

b. Quem deve ser examinado?

O VIA é apropriado para mulheres cuja junção escamocolumnar (JEC) seja visível, tipicamente antes dos 50 anos (ver Capítulo 1, Seção 1.2). Isso ocorre porque a JEC recua gradualmente para o canal endocervical na menopausa e é possível que a inspeção visual não detecte lesões existentes.

c. Como fazer o rastreamento

O VIA requer um espéculo, uma fonte de iluminação e um profissional de saúde capacitado. O profissional examina o colo do útero com auxílio do espéculo, identifica a JEC e faz uma inspeção cuidadosa à procura de sinais visuais indicativos de câncer ou lesão precursora. Ele aplica, com um swab de algodão grande, uma quantidade generosa de solução de ácido acético a 3% a 5%. Depois de retirar o swab, espera pelo menos um minuto para que desapareçam as áreas que se tornaram esbranquiçadas apenas por causa de inflamação ou de alterações celulares fisiológicas (metaplasia). É mais provável que as alterações acetobranças no colo do útero que não desaparecem após um minuto estejam associadas a lesões precursoras ou a câncer do colo do útero. Se essas alterações estiverem na zona de transformação e tiverem bordas bem definidas, o resultado é considerado positivo (ver descrição da zona de transformação no Capítulo 1, Seção 1.2.4 e no glossário). Caso não se observem alterações acetobranças persistentes, o resultado é considerado negativo.

A Ficha prática 5.5 apresenta mais informações sobre o VIA.

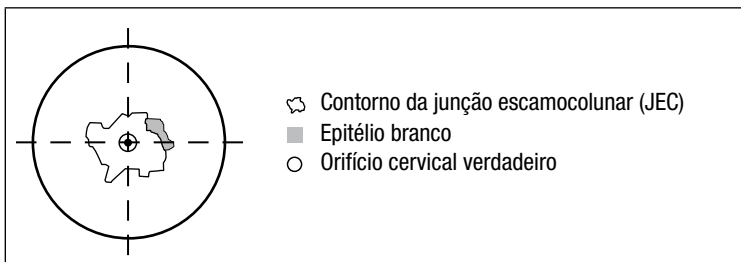


VIA

² O ácido acético é um componente de quase todos os vinagres; é preciso usar vinagre com acidez de 3% a 5% para detectar corretamente lesões positivas.

*VIA, do inglês, “visual inspection with acetic acid”.
(nota de rodapé)

Figura 5.1: Resultados do VIA registrados em desenho com legenda



d. Vantagens e limitações

O VIA detecta tanto alterações iniciais quanto precursoras mais avançadas. O resultado imediato possibilita a oferta de tratamento na mesma consulta (ou seja, estratégia de consulta única). No entanto, se a paciente preferir não se tratar de imediato ou se o tratamento não estiver disponível, este pode ser feito pouco depois em uma consulta subsequente. Em geral, não se faz nesse momento (no mesmo estabelecimento de rastreamento) o diagnóstico, por colposcopia ou biópsia, mas se o profissional notar sinais incomuns no colo do útero ou suspeitar de câncer, a paciente pode ser referida para diagnóstico.

O VIA tem custo muito baixo, usa provisões obtidas no local (vinagre e algodão) e não depende de serviços laboratoriais. Pode ser realizada por profissionais capacitados, com acuidade visual suficiente, em qualquer nível do sistema de saúde. A capacitação pode ser realizada em alguns dias com um currículo baseado em competências. O VIA é um exame subjetivo e, portanto, depende das habilidades e da experiência do profissional que faz o exame. É necessária a prática regular e é recomendável que se façam cursos de reciclagem. Devido à natureza subjetiva do exame, o controle de qualidade e a garantia da qualidade do VIA são muito importantes. Os recursos usados para isso são a supervisão e o monitoramento sistemático. Informações mais específicas são apresentadas no guia da OPAS/OMS: *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes* [Monitoramento de programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero: controle de qualidade e garantia da qualidade para programas baseados na inspeção visual com ácido acético] (2013).³

5.3.3 Métodos citológicos de rastreamento

a. Descrição

O rastreamento por exame citológico requer a coleta de uma amostra de células de toda a zona de transformação (ver descrição da zona de transformação no Capítulo

³ Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

1, Seção 1.2.4, e no glossário). As células são fixadas sobre lâmina no estabelecimento (exame de Papanicolaou) ou colocadas em meio de transporte (citologia em meio líquido) e enviadas ao laboratório, onde são examinadas ao microscópio por citotecnólogos especializados. Caso se detectem células anormais ao exame microscópico, o grau de anormalidade é classificado pelo Sistema de Bethesda (ver Anexo 5).



Sistema de Bethesda

Um programa de rastreamento por citologia pode escolher entre dois métodos disponíveis: o esfregaço de Papanicolaou (exame de Papanicolaou) ou a citologia em meio líquido (CML). Com a citologia convencional, uma amostra das células é esfregada sobre uma lâmina de vidro e conservada com um agente fixador. A CML foi introduzida em meados da década de 1990; é um aperfeiçoamento da citologia convencional e é cada vez mais usada em locais com recursos altos e médios. Na CML, a amostra, em vez de ser esfregada sobre uma lâmina, é colocada em um recipiente com solução conservante e enviada ao laboratório para exame microscópico.

b. Quem deve ser examinado?

A citologia pode ser usada para rastreamento de mulheres da população-alvo (ver Seção 5.2.5 deste capítulo).

c. Como fazer o rastreamento

A coleta de uma amostra citológica requer um espéculo e iluminação adequada para visualizar toda a superfície do colo do útero. O profissional coleta amostras da superfície do colo do útero e da endocérvice com auxílio de uma espátula ou escova e transfere a amostra para uma lâmina (exame de Papanicolaou) ou uma solução conservante (CML). A amostra deve ser identificada com etiqueta apropriada e transportada ao laboratório, onde é processada e interpretada por pessoal capacitado (ver outras instruções na Ficha prática 5.6).



Citologia

d. Vantagens e limitações

Programas de citologia bem implementados podem prevenir com êxito o câncer do colo do útero. Entretanto, esses programas demandam múltiplas etapas e enfrentam grandes desafios, sobretudo nos locais com poucos recursos. A amostra deve ser coletada de maneira adequada, fixada ou conservada, levada com segurança ao laboratório, processada e interpretada corretamente, e os resultados entregues com segurança ao profissional. A paciente tem que receber os resultados e ter o seguimento ou tratamento necessário. Portanto, são muitas as oportunidades para que dificuldades logísticas interfiram no êxito de um programa de rastreamento.

A citologia em meio líquido tem algumas vantagens em relação aos métodos convencionais. As amostras obtidas são mais representativas das áreas de onde

foram coletadas e geralmente há menor taxa de amostras insatisfatórias, bem como menor probabilidade de células inflamatórias ou células do sangue encobrirem as células que é preciso examinar na lâmina. Além disso, o tempo de interpretação de cada amostra é menor, e o material coletado também pode ser usado para pesquisa de DNA do HPV e de outras ISTs. Entretanto, essa é uma técnica dispendiosa que demanda tecnologia avançada, inclusive um laboratório sofisticado e técnicos altamente capacitados. As evidências atuais não indicam que a CML seja mais efetiva na redução da morbidade e da mortalidade que a citologia convencional.

O rastreamento por citologia, como todos os métodos de rastreamento, demanda um bom programa de controle de qualidade e garantia da qualidade (o Capítulo 2 apresenta mais informações acerca da permanente garantia da qualidade, sobretudo a Seção 2.2.4 sobre monitoramento e avaliação do programa).

5.3.4 Comparação de métodos de rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero

A Tabela 5.1 apresenta um resumo e a comparação dos procedimentos, das vantagens e das limitações dos três métodos de rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero (métodos molecular, visual e citológico), inclusive dos dois métodos citológicos: exame de Papanicolaou e CML.

Table 5.1: Comparison of the characteristics of screening methods for cervical pre-cancer

Método	Procedimento	Vantagens	Limitações
Método molecular de rastreamento: Teste para detecção de DNA do HPV	A amostra é coletada pelo profissional ou pela própria mulher, armazenada em recipiente com solução conservante apropriada e enviada ao laboratório (ou processada de imediato no local se for usado o teste novo).	<ul style="list-style-type: none"> • A coleta da amostra é tão simples que a própria mulher pode fazer. • O resultado da análise é definitivo. • Se for usado o novo teste com processamento no local e resultados rápidos, um resultado positivo poderia ser seguido pela oferta de tratamento imediato (ou seja, estratégia de consulta única). 	<ul style="list-style-type: none"> • Requer provisões e equipamento próprios, que podem não ser facilmente acessíveis. • Com frequência, o custo unitário é alto. • O armazenamento do material necessário para os exames pode ser um problema. • Em geral, as exigências de laboratório e transporte de amostras são complexas. • Embora o teste para HPV esteja disponível, o resultado não é imediato, o que exige várias consultas e aumenta o risco de perda de seguimento.

Método	Procedimento	Vantagens	Limitações
<p>Método de rastreamento visual:</p> <p>Inspeção visual com ácido acético (VIA)</p>	<p>Um profissional capacitado examina o colo do útero, depois de aguardar pelo menos 1 minuto após a aplicação de ácido acético a 3% a 5%, para verificar se há alterações celulares no colo do útero.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esse método é relativamente simples e de baixo custo. • Os resultados estão disponíveis de imediato. • O VIA pode ser realizado por uma ampla gama de profissionais depois de uma breve capacitação. • Os requisitos de infraestrutura são mínimos. • Um resultado positivo pode ser seguido por uma oferta de tratamento imediato (ou seja, estratégia de consulta única). 	<ul style="list-style-type: none"> • Após a capacitação, os profissionais que fazem o VIA necessitam de supervisão inicial e de permanente educação (reciclagem e aperfeiçoamento) e controle de qualidade e garantia da qualidade). • O parâmetro é subjetivo; há grande variabilidade na acurácia dos resultados entre os profissionais. • O VIA não é apropriado para muitas mulheres na pós-menopausa.
<p>Método citológico de rastreamento:</p> <p>a. Citologia convencional (exame de Papanicolaou)</p>	<p>Uma amostra de células cervicais é coletada pelo profissional com auxílio de uma espátula ou uma pequena escova, fixada na lâmina e examinada em laboratório por um citotécnico capacitado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esse método tem efetividade comprovada na redução do câncer do colo do útero dentro de um sistema que funcione bem. • É amplamente aceito nos países com elevados recursos. • A capacitação e os mecanismos de controle de qualidade e garantia da qualidade estão bem estabelecidos 	<ul style="list-style-type: none"> • É difícil introduzir e manter esse método. • É necessário que haja sistemas para garantir o retorno oportuno, com entrega do resultado e seguimento das mulheres com resultado positivo. • É necessário transportar as amostras até o laboratório e os resultados de volta ao ambulatório. • Os programas de citologia exigem controle de qualidade e garantia da qualidade no ambulatório e no laboratório. • A interpretação é subjetiva. • Os resultados não estão disponíveis de imediato, com necessidade de múltiplas consultas e aumento do risco de perda de seguimento.

Continua na página seguinte

Método	Procedimento	Vantagens	Limitações
b. Citologia em meio líquido (CML)	Uma amostra de células cervicais é coletada pelo profissional com o auxílio de espátula ou escova pequena, imersa em solução conservante e enviada ao laboratório para processamento e análise por um citotécnico capacitado.	<ul style="list-style-type: none"> • Desde que os citotécnicos sejam competentes, o exame das amostras de CML leva menos tempo. • As amostras também podem ser usadas para análise molecular (como de DNA do HPV). • A capacitação e os mecanismos de controle de qualidade e garantia da qualidade estão bem estabelecidos 	<ul style="list-style-type: none"> • As provisões e as instalações laboratoriais para CML são mais caras que para a citologia convencional. • Outras limitações são as mesmas que as da citologia convencional.

A Ficha Prática 5.7 trata do aconselhamento de mulheres após resultado positivo do exame de rastreamento. Os Modelos de formulário 11.1 e 11.2 no Anexo 11 tratam dos resultados do exame de rastreamento, do seguimento e da repetição do rastreamento.



Aconselhamento:
resultado positivo

5.4 Exames diagnósticos para detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero

5.4.1 A função dos exames diagnósticos

Um exame diagnóstico ou confirmatório é um exame médico realizado para auxiliar o diagnóstico ou a detecção de uma doença. Como nem todas as mulheres com resultados positivos em exames de rastreamento do colo do útero realmente têm lesões precursoras, às vezes se usa um exame subsequente para diagnóstico definitivo ou confirmação de lesão precursora ou câncer. Os exames diagnósticos têm grandes implicações no tocante aos recursos. Eles podem criar barreiras significativas para o acesso das mulheres aos serviços, com possibilidade de atraso do tratamento ou aumento do número de mulheres que não retornam para o seguimento e, portanto, podem nunca tratar a lesão precursora. Além disso, os métodos de diagnóstico podem ter resultados falso-positivos e falso-negativos e confundir, em vez de esclarecer, o manejo da paciente. Não se devem solicitar exames diagnósticos antes do tratamento de lesões precursoras nos locais desprovidos de recursos ou com altas taxas de perda de seguimento.

5.4.2 Ferramentas de diagnóstico, capacitação e estabelecimentos

A colposcopia, a biópsia e a curetagem endocervical (CEC) são os exames diagnósticos mais usados na lesão precursora do colo do útero. Demandam alto nível de recursos e capacitação. Caso haja disponibilidade de colposcópico, pinças de biópsia e cureta endocervical, médicos e profissionais de nível médio com capacitação baseada em competências e supervisão de apoio apropriada podem realizar esses procedimentos no nível da atenção primária. Na maioria das vezes, eles são realizados como procedimentos ambulatoriais no nível de atenção secundária (hospital regional).

5.4.3 Colposcopia

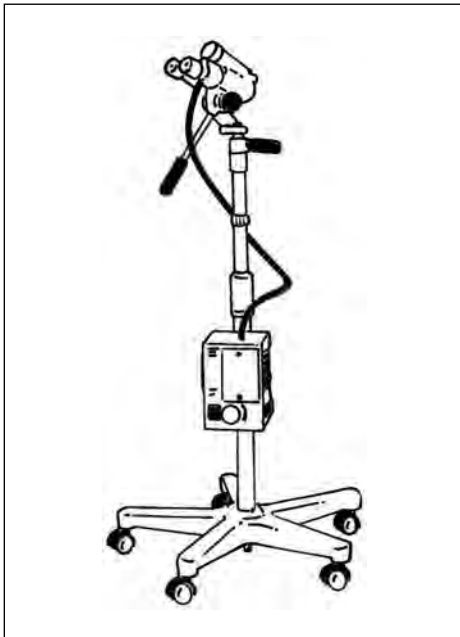
A colposcopia é o exame do colo do útero, da vagina e da vulva com um instrumento que emite luz intensa e amplia o campo de visão, assim permitindo examinar características específicas da camada epitelial (superficial) e dos vasos sanguíneos adjacentes. É realizado com um colposcópico, equipamento especializado e caro (ver Figura 5.2). Recentemente também passou a ser realizada com câmeras de vídeo ou digitais especiais. Em geral, a colposcopia é usada em pacientes com resultado positivo do exame de rastreamento para comprovar a presença, o grau e o tipo de lesão precursora ou câncer, para orientar biópsias de qualquer região com aparência anormal e para ajudar a determinar se o tratamento mais apropriado é a crioterapia ou a CAF.

A colposcopia requer profissionais altamente capacitados e não é uma ferramenta apropriada para rastreamento, assim como também não é uma etapa necessária entre o rastreamento e o tratamento (ver Ficha prática 5.8 sobre colposcopia).



Colposcopia

Figura 5.2: Colposcópico



5.4.4 Biópsia

A biópsia é a retirada de pequenas amostras de tecido anormal para exame microscópico com finalidade diagnóstica. As amostras podem ser retiradas de áreas do colo do útero com resultado positivo no VIA ou de áreas com aparência suspeita de câncer. Caso uma

Lesão ou estrutura anormal do colo do útero não seja visível a olho nu, a colposcopia ajuda identificar o local para realização de uma ou mais biópsias. Em geral, faz-se uma biópsia de cada área anormal, embora as biópsias aleatórias possam ser úteis em algumas circunstâncias. É necessário o uso de pinças especiais para biópsia (ver Figura 5.3) e a capacitação.

A biópsia é usada para determinar o grau de anormalidade das alterações celulares no colo do útero e para descartar o câncer. Depois do exame, a amostra é classificada em normal, neoplasia intraepitelial cervical do útero (NIC) ou carcinoma invasivo. Em alguns lugares, as lesões precursoras são classificadas em lesões de baixo grau (NIC I) ou de alto grau (NIC II e NIC III, conjuntamente denominadas NIC II+). A classificação é baseada na espessura do epitélio anormal: quanto mais profundamente chegam as células anormais da membrana basal até a camada superior de células, maior

é o grau de NIC (veja na Figura 1.12 no Capítulo 1, Seção 1.3: “Evolução natural do câncer do colo do útero” uma representação gráfica das anormalidades na NIC). O grau de anormalidade orienta o tratamento: as lesões de alto grau (NIC II+) são lesões precursoras moderadas ou graves e são tratadas, enquanto a NIC I é uma anormalidade leve que geralmente representa infecção por um tipo de HPV de baixo risco, e não uma verdadeira lesão precursora do câncer do colo do útero e, portanto, não costuma ser tratada. Caso a biópsia detecte câncer invasivo, a paciente deve ser referida para tratamento (ver Capítulo 6).

O uso da biópsia como ferramenta de diagnóstico demanda capacidade de transportar as amostras e disponibilidade de laboratório e de técnicos capacitados para processar e interpretar os resultados, além da possibilidade de retorno da paciente para receber os resultados e para o manejo ou tratamento recomendado. É necessário ainda um programa permanente de controle de qualidade e garantia da qualidade para manter alto nível de acurácia no processamento e na interpretação das amostras de tecido (ver Ficha prática 5.9 sobre biópsia e CEC).

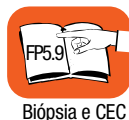
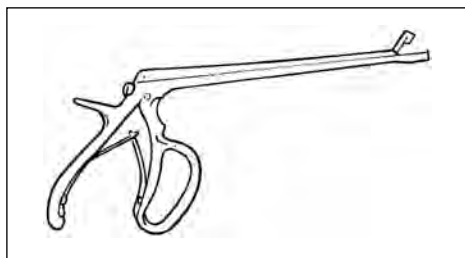


Figura 5.3: Pinça saca-bocado para biópsia cervical



5.4.5 Curetagem endocervical

A curetagem endocervical (CEC) é um procedimento simples que leva apenas alguns minutos: algumas células superficiais do canal endocervical são raspadas suavemente com um instrumento delgado especial ou uma espátula, o tecido é colocado em um recipiente com solução fixadora e enviado ao laboratório para exame. A CEC é usada nas seguintes circunstâncias: (1) casos raros em que o exame de rastreamento indica possibilidade de lesão precursora ou câncer não visível por colposcopia, levando o profissional a suspeitar de que a lesão esteja oculta no canal cervical; (2) se for impossível ver toda a junção escamocolunar e houver suspeita de lesão, (3) se o exame de Papanicolaou mostrar uma lesão glandular, que geralmente se origina no epitélio colunar dentro do canal, e (4) se o rastreamento ou a colposcopia não forem satisfatórios porque não foi possível ver toda a zona de transformação e houver suspeita de câncer.

Em muitos lugares, pode-se usar uma conduta equivalente de coleta de amostra endocervical com escova em vez da CEC (ver Ficha prática 5.9).



Biópsia e CEC

Como exposto anteriormente em relação às biópsias, depois da CEC, o transporte da amostra, a interpretação e a comunicação dos resultados à paciente são vitais para o êxito dos programas. O profissional tem que informar à paciente quando os resultados estarão prontos e pedir que volte assim que possível para conversar sobre os resultados. Nessa consulta de retorno, de acordo com os resultados da biópsia ou da CEC, as opções de tratamento devem ser discutidas e instituídas de imediato, se possível. Se a mulher não voltar conforme solicitado, deve-se entrar em contato com ela para entregar o resultado e orientá-la sobre o eventual tratamento necessário.

Os Capítulos 3, 6 e 7 contêm mais informações sobre o aconselhamento, a entrega de resultados positivos da biópsia a uma mulher e a maneira de assegurar o manejo ou a referência apropriada.

5.4.6 Situações especiais relacionadas com a colposcopia, a biópsia e a curetagem endocervical

a. A zona de transformação não é totalmente visível

Nesse caso, deve-se proceder à CEC. Se isso não for possível e o exame de rastreamento mostrar uma possível lesão de alto grau, as mulheres devem ser encaminhadas para CAF ou conização a frio (CF). Após a menopausa a zona de transformação pode não estar totalmente visível.

b. A mulher está grávida

A gravidez não é a época ideal para um exame de rastreamento. Entretanto, caso se faça um exame de rastreamento e os resultados sejam anormais, ou caso se observe uma lesão ao exame com espécuro, a paciente deve ser encaminhada para colposcopia. A biópsia durante a gravidez pode causar hemorragia significativa. Portanto, se a colposcopia não levantar suspeita de câncer invasivo, pode-se marcar uma consulta de retorno no prazo de 6 a 12 semanas após o parto para reavaliação colposcópica e possível biópsia. Se houver suspeita de câncer, ela deve ser encaminhada de imediato a um especialista em hospital de atenção terciária.

c. A mulher vive com HIV

O manejo das anormalidades, inclusive a colposcopia e a biópsia, não deve ser modificado com base no estado sorológico para HIV da mulher. Durante o processo de recuperação depois de qualquer procedimento, as mulheres que vivem com HIV podem ter maior excreção de vírus. No aconselhamento, é muito importante que o profissional enfatize que a paciente deve conversar sobre o assunto com o(s) parceiro(s) e se abster do coito até a cicatrização.

5.4.7 Comparação de métodos para diagnóstico de lesão precursora do câncer do útero

A Tabela 5.2 apresenta um resumo e uma comparação dos procedimentos, das vantagens e das limitações dos três métodos de diagnóstico das lesões precursoras do câncer do colo do útero: colposcopia, biópsia e CEC.

Tabela 5.2: Comparação das características dos métodos de diagnóstico das lesões precursoras do câncer do colo do útero

Método	Procedimento	Vantagens	Limitações
Colposcopia	O colo do útero, a vagina e a vulva são examinados com um colposcópio (ou dispositivo semelhante), que tem excelente iluminação e amplia o campo de visão.	<ul style="list-style-type: none"> • É possível examinar as características celulares e os vasos sanguíneos adjacentes. • Esse procedimento pode ser usado para guiar a biópsia de áreas anormais 	<ul style="list-style-type: none"> • A colposcopia requer muitos recursos, como capacitação do profissional, equipamento especializado e serviços de anatomia patológica. • Não deve ser usada como método de rastreamento. • Se o procedimento não estiver facilmente disponível, podem-se criar gargalos no sistema com perda de seguimento das pacientes.
Biópsia	Uma pequena amostra de tecido anormal é retirada para exame microscópico e diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • A biópsia permite a confirmação histológica de uma lesão, inclusive o diagnóstico ou a exclusão de câncer do colo do útero. 	<ul style="list-style-type: none"> • A biópsia requer muitos recursos, como capacitação do profissional, equipamento especializado e serviços de anatomia patológica.
Curetagem endocervical (CEC)	As células superficiais do canal endocervical são raspadas suavemente e enviadas a um laboratório para avaliação.	<ul style="list-style-type: none"> • A CEC obtém amostra de células de uma área do colo do útero que não é visível a olho nu nem por colposcopia. 	<ul style="list-style-type: none"> • A CEC requer muitos recursos, como profissional, capacitado equipamento especializado e serviços de anatomia patológica. • Pode causar cólica. • A interpretação dos resultados pode ser difícil se o tecido estiver fragmentado.

Ver Modelos de formulário 11.3 e 11.4 no Anexo 11 relativos a avaliações diagnósticas.



5.5 Opções de tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero

As mulheres com lesões precursoras devem receber tratamento efetivo, que geralmente pode ser prestado em estabelecimentos de atenção primária (ou seja, centros de saúde) por profissionais de atenção primária capacitados, em contraposição ao tratamento do câncer invasivo, presumido ou confirmado, que requer médicos especialistas em estabelecimentos de maior complexidade (ou seja, hospitais). Na estratégia de “rastrear e tratar”, o tratamento é realizado depois de um exame de rastreamento positivo, sem confirmação do diagnóstico.

A finalidade do tratamento é destruir ou remover as áreas do colo do útero identificadas como precursoras. Os métodos de tratamento podem ser ablativos (destruição dos tecidos anormais por cauterização ou congelamento) ou excisionais (retirada cirúrgica dos tecidos anormais). Os métodos ablativos não obtêm amostra tecidual para exame histopatológico de confirmação subsequente.

Cada método tem critérios de elegibilidade que devem ser satisfeitos antes de proceder ao tratamento. Nesta seção, abordaremos o uso da crioterapia, da cirurgia de alta frequência (CAF) e da conização a frio (CF). Existem outros métodos de tratamento, como a excisão ou ablação com laser, mas sua disponibilidade não é tão ampla e, portanto, não serão apresentados aqui.

A histerectomia raramente é apropriada para tratamento de lesões precursoras. A menos que haja outras razões para a retirada do útero, não se deve realizar histerectomia para tratar uma lesão precursora.

A escolha do tratamento depende dos seguintes fatores:

- benefícios e prejuízos de cada método;
- localização, extensão e gravidade da lesão;
- custo e recursos necessários para o tratamento;
- capacitação e experiência do profissional.

Qualquer que seja o método de tratamento recomendado pelo profissional, a mulher necessita de informações sobre o procedimento para que possa tomar uma decisão livre e esclarecida. É necessário obter o consentimento da paciente antes do procedimento, mas este pode ser verbal (ver Ficha prática 5.1).



Consentimento
livre e esclarecido

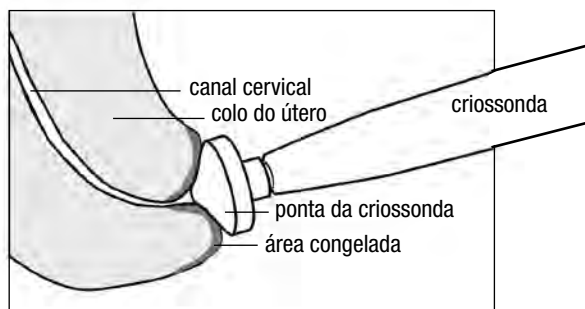
Se houver suspeita de câncer: uma anormalidade cervical com suspeita de câncer NÃO deve ser tratada com crioterapia, CAF nem CF. O próximo passo apropriado nesse caso é a biópsia do colo do útero para confirmar ou descartar o diagnóstico de câncer (ver Capítulo 6). Se o profissional tiver capacitação e equipamento apropriado,

pode realizar a biópsia. Caso contrário, deve encaminhar a paciente para avaliação complementar imediata.

5.5.1 Crioterapia

A crioterapia elimina áreas com lesões precursoras no colo do útero por congelamento (método ablativo). Consiste na aplicação de um disco metálico em temperatura baixíssima (criossonda) sobre o colo do útero com congelamento das áreas anormais (junto com áreas normais) cobertas por elas (ver Figura 5.4). O super-resfriamento da crioossonda é realizado com auxílio de um tanque de gás dióxido de carbono (CO₂) ou óxido nitroso (N₂O) comprimido. Esse tratamento pode ser instituído em todos os níveis do sistema de saúde, por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e obstetrias) capacitados para a realização do exame pélvico e da crioterapia. O procedimento dura cerca de 15 minutos e geralmente é bem tolerado e associado apenas a leve desconforto. Portanto, pode ser realizado sem anestesia. Após a crioterapia, há regeneração da área congelada com substituição por epitélio normal.

Figura 5.4: Posição da crioossonda no colo do útero e congelamento



Critérios de elegibilidade: mulheres com rastreamento positivo (por VIA, por exemplo) ou com NIC II+ confirmada por exame histopatológico atendem aos requisitos para crioterapia se toda a lesão e a junção escamocolumnar forem visíveis e se a lesão não cobrir mais de três quartos da ectocérvice. Caso a lesão se estenda além do alcance da crioossonda, ou para o interior do canal endocervical, a paciente não satisfaz as condições para crioterapia. A paciente não é elegível para a crioterapia se houver suspeita de câncer invasivo.

Depois do procedimento: a regeneração do tecido cervical leva um mês. Deve-se explicar à paciente que pode haver saída de secreção aquosa abundante durante esse período e que ela deve evitar o coito até que cesse a secreção, ou usar preservativo se não for possível evitar o coito.

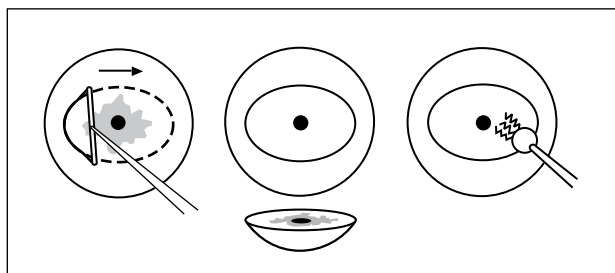
Para mais informações sobre crioterapia, veja a Ficha prática 5.10 e consulte as diretrizes da OMS sobre o uso da crioterapia para tratamento da neoplasia intraepitelial cervical [WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia] (2011).⁴



5.5.2 Cirurgia de alta frequência

A CAF é a retirada de áreas anormais do colo do útero com auxílio de uma alça de metal delgada acionada por uma unidade eletrocirúrgica. A alça corta e coagula ao mesmo tempo e, em seguida, usa-se um eletrodo esférico para completar a coagulação (ver Figura 5.5). A finalidade da CAF é remover a lesão e toda a zona de transformação. O tecido retirado pode ser enviado ao laboratório de histopatologia para exame e avaliação do grau de lesão. Desse modo, a CAF tem dupla finalidade: remove a lesão (portanto, trata a lesão precursora) e obtém uma amostra para exame histopatológico. O procedimento pode ser realizado sob anestesia local no ambulatório e geralmente leva menos de 30 minutos. Entretanto, depois da CAF a paciente deve permanecer no ambulatório por algumas horas para observar se não há hemorragia.

Figura 5.5: CAF de lesão ectocervical com uma passagem: excisão da lesão com alça diatérmica e coagulação com eletrodo esférico



A CAF é um procedimento cirúrgico relativamente simples, mas só deve ser realizada por um profissional de saúde capacitado, por exemplo um ginecologista, com competência demonstrada no procedimento e no reconhecimento e controle de complicações transoperatórias e pós-operatórias, como a hemorragia. O ideal é que a CAF seja realizada em estabelecimentos que disponham de apoio para o manejo de possíveis complicações; na maioria dos casos, isso limita a CAF a estabelecimentos de nível secundário no mínimo (ou seja, hospitais regionais).

Critérios de elegibilidade: mulheres com rastreamento positivo (por VIA, por exemplo) ou com NIC II+ confirmada por exame histopatológico atendem aos requisitos para CAF se não houver suspeita de câncer invasivo.

⁴ Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>

Depois do procedimento: deve-se explicar à paciente que podem ocorrer cólicas leves durante alguns dias e secreção vaginal por até um mês. A secreção pode ser sanguinolenta durante 7 a 10 dias e depois se tornar amarelada. A regeneração do tecido leva um mês e durante esse período a paciente deve evitar o coito ou usar preservativo se não for possível evitar o coito.

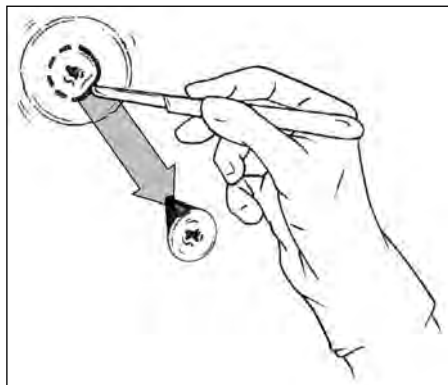
A Ficha prática 5.11 apresenta outros detalhes sobre a CAF.



5.5.3 Conização a frio

A conização a frio (CF) é a retirada de uma porção cônica do colo do útero, inclusive porções das partes externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero (ver Figura 5.6). A quantidade de tecido removido depende do tamanho da lesão e da probabilidade de encontrar câncer invasivo. O tecido retirado é enviado ao laboratório de anatomia patológica para diagnóstico histopatológico e para ter certeza de que o tecido anormal foi removido. Em geral, a conização a frio é feita em um hospital, com a infraestrutura, o equipamento e as provisões necessárias e com profissionais capacitados. Deve ser realizada exclusivamente por profissionais de saúde com habilidade cirúrgica – como ginecologistas ou cirurgiões capacitados para realizar o procedimento – e competência para reconhecer e tratar complicações, como a hemorragia. O procedimento dura menos de uma hora e é realizado sob anestesia geral ou regional (raquidiana ou peridural). A paciente tem alta hospitalar no mesmo dia ou no dia seguinte.

Figura 5.6: Remoção de uma porção cônica do colo do útero



Critérios de elegibilidade: a conização a frio deve ser reservada para os casos que não podem ser resolvidos por crioterapia nem CAF. Deve ser considerada em caso

de lesões glandulares precursoras ou câncer microinvasivo no colo do útero (ver Capítulo 6).

Depois do procedimento: depois da conização a frio, as pacientes podem ter cólica leve por alguns dias e secreção vaginal sanguinolenta, que se torna amarelada durante 7 a 14 dias. A cicatrização do colo do útero leva de 4 a 6 semanas (dependendo da extensão do procedimento) e durante esse período a paciente deve evitar o coito ou usar preservativo se não for possível evitar o coito.

A Ficha prática 5.12 apresenta mais informações sobre a conização a frio.



Conização
a frio

5.5.4 Comparação de métodos de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero

A Tabela 5.3 apresenta um resumo e a comparação dos procedimentos, das vantagens e das limitações dos três métodos de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero: crioterapia, cirurgia de alta frequência e conização a frio.

Tabela 5.3: Comparação das características dos métodos de tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero

Método	Procedimento	Vantagens	Limitações
Crioterapia	Um disco metálico em temperatura baixíssima é aplicado no colo do útero para congelar e, portanto, destruir as lesões precursoras, com subsequente regeneração do epitélio normal.	<ul style="list-style-type: none"> • O equipamento é simples e tem custo relativamente baixo. • Pode ser realizado por médicos e não médicos capacitados e competentes. A capacitação leva alguns dias. • A crioterapia é um procedimento ambulatorial e pode ser realizada em estabelecimento de atenção primária. • É rápida; cerca de 15 minutos para o método de duplo congelamento. • Não há necessidade de anestesia. • Não há necessidade de energia elétrica. • Na conduta de “rastrear e tratar”, um rastreamento positivo pode ser seguido da oferta de tratamento na mesma consulta, com maximização da cobertura do tratamento e redução da perda de seguimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há amostra de tecido para exame histopatológico. • É necessário um suprimento confiável de dióxido de carbono ou óxido nítrico. • Causa a saída de secreção aquosa abundante por até um mês.

Método	Procedimento	Vantagens	Limitações
Cirurgia de alta frequência (CAF)	Remoção de áreas anormais do colo do útero com auxílio de uma alça de metal delgada acionada por uma unidade eletrocirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> • É obtida amostra para exame histopatológico, o que permite descartar o câncer invasivo. • Pode ser realizada em ambulatório no nível de atenção secundária. • É rápida (10 a 15 minutos) e tecnicamente simples para um profissional capacitado. • Na conduta de “rastrear e tratar”, um rastreamento positivo pode ser seguido da oferta de tratamento na mesma consulta, com maximização da cobertura do tratamento e redução da perda de seguimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • A CAF requer capacitação intensiva. • Requer um estabelecimento que disponha de tratamento em caso de complicação. • As bordas da amostra histológica podem ser carbonizadas, o que dificulta a interpretação das margens da lesão. • O equipamento necessário é muito complexo e necessita de manutenção. • A CAF necessita de energia elétrica. • Necessita de anestesia local.
Conização a frio (CF)	Retirada de uma porção cônica do colo do útero, com inclusão de partes da ectocérvice e da endocérvice.	<ul style="list-style-type: none"> • É removida uma única peça cirúrgica, com as bordas “limpas”, o que facilita a avaliação das margens, para verificar se houve excisão completa da área doente, e permite diagnosticar ou descartar câncer invasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • A CF requer anestesia raquidiana ou geral. • Requer um profissional com capacitação cirúrgica e grande experiência. • Requer uma sala de cirurgia.

5.6 Possíveis complicações e acompanhamento após o tratamento

5.6.1 Possíveis complicações

As três modalidades de tratamento podem causar complicações semelhantes nos dias seguintes ao procedimento. Todas essas complicações podem ser indicações de sangramento contínuo do colo do útero ou da vagina ou de uma infecção que deve ser tratada. O Anexo 12 contém informações sobre o tratamento das infecções cervicais e da doença inflamatória pélvica.

É preciso explicar às pacientes que devem procurar sem demora o estabelecimento mais próximo caso apresentem qualquer um dos seguintes sintomas após crioterapia, CAF ou CF:

- sangramento (maior que o fluxo menstrual),
- dor abdominal,
- corrimento fétido,
- febre.



5.6.2 Acompanhamento após o tratamento

É recomendada uma consulta de seguimento, com rastreamento de câncer do colo do útero, 12 meses após o procedimento para avaliação pós-tratamento e detecção de recidiva. Caso esse novo rastreamento seja negativo, a mulher pode ser encaminhada de volta ao programa de rastreamento sistemático.

Uma exceção é se o laudo histopatológico na época do tratamento indicar NIC III ou adenocarcinoma *in situ* (AIS) em amostra retirada por CAF ou CF. Nesse caso, recomenda-se a repetição anual do exame de rastreamento por três anos. Se os resultados forem negativos, a paciente é encaminhada de volta ao programa de rastreamento sistemático.

Se a paciente com lesão precursora tratada tiver um exame de rastreamento positivo na consulta de seguimento (indicativo de persistência ou recidiva de lesão precursora do câncer do colo do útero), é necessário repetir o tratamento. Se o tratamento inicial foi a crioterapia, o novo tratamento deve empregar CAF ou CF, se possível.

Se o laudo histopatológico de uma amostra obtida por biópsia com pinça tipo saca-bocado, CAF ou CF indicar câncer, é essencial entrar em contato com a paciente e orientá-la a procurar um hospital de atenção terciária o mais breve possível.

5.7 Associação de rastreamento e tratamento na prática

Para que a prevenção do câncer do colo do útero seja efetiva, é preciso associar o rastreamento positivo ao tratamento efetivo. A OMS analisou as evidências de duas estratégias para associar rastreamento e tratamento da lesão pré-cancerosa do colo do útero:

1. Rastrear, diagnosticar e tratar
2. Rastrear e tratar.

5.7.1 Estratégia de “rastrear, diagnosticar e tratar”

Essa estratégia consiste em realizar um exame de rastreamento e, caso o resultado seja positivo, proceder a exames diagnósticos, como a colposcopia e a biópsia, para a confirmação histológica do diagnóstico de lesão precursora. O tratamento subsequente depende dos resultados da confirmação histológica. Por exemplo, se houver confirmação histológica de NIC II+, a mulher é tratada (ver Seção 5.5 e Quadro 5.1), mas se o exame histopatológico indicar câncer, é encaminhada ao hospital de atenção terciária (ver Capítulo 6).

a. Recomendações de tratamento na estratégia de rastrear, diagnosticar e tratar

O Quadro 5.1 apresenta um resumo das recomendações de tratamento baseadas em evidências da OMS no caso de confirmação histológica de NIC II+. Essas recomendações foram retiradas das diretrizes da OMS para tratamento da neoplasia intraepitelial cervical do útero 2-3 e do adenocarcinoma *in situ* [WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma *in situ*] (2014); consulte na publicação as recomendações completas com comentários e considerações.⁵ Essas recomendações são destinadas aos profissionais de saúde e a auxiliar os gestores de programas a formular estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Quadro 5.1: Resumo das recomendações de tratamento

Para mulheres com confirmação histológica de NIC II+, qualquer que seja o estado sorológico para HIV

O painel de especialistas recomenda (recomendação FORTE):

1. Usar crioterapia em vez de não tratar.
2. Usar cirurgia de alta frequência (CAF) em vez de não tratar.
3. Usar conização a frio (CF) em vez de não tratar.

O painel de especialistas sugere (recomendação CONDICIONAL):

4. Usar crioterapia ou CAF nos casos em que tanto a crioterapia quanto a CAF sejam apropriadas e estejam disponíveis.

O painel de especialistas recomenda (recomendação FORTE):

5. Usar crioterapia em vez da CF nos casos em que tanto a crioterapia quanto a CF sejam apropriadas.
6. Usar CAF em vez da CF nos casos em que tanto a CAF quanto a CF sejam apropriadas.

Para mulheres com confirmação histológica de AIS, qualquer que seja o estado sorológico para HIV

O painel de especialistas sugere (recomendação CONDICIONAL):

7. Usar CF em vez de CAF.

5.7.2 Estratégia de “rastrear e tratar”

O acréscimo de uma etapa de diagnóstico após o rastreamento, antes de tratar a lesão precursora, pode acarretar elevada perda de seguimento por causa da necessidade de outras consultas e também do maior intervalo entre o rastreamento e o tratamento. Para

5 Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/

reduzir essa perda de seguimento, desenvolveu-se a estratégia de “rastrear e tratar”, que está sendo cada vez mais adotada em todo o mundo.

A estratégia de “rastrear e tratar” usa um exame de rastreamento com resultado imediato ou rápido, que pode ser logo seguido por tratamento das mulheres com resultado positivo para lesão pré-cancerosa. Em condições ideais, o tratamento pode ser realizado no mesmo dia e no mesmo local (ou seja, estratégia de consulta única). Se isso não for possível ou se a paciente recusar, pode-se oferecer o tratamento pouco depois do rastreamento, em lugar e horário de fácil acesso para ela. A estratégia de “rastrear e tratar” elimina as consultas e o tempo adicionais necessários para a etapa de diagnóstico.

Uma limitação da estratégia de “rastrear e tratar” é que a dispensa da etapa de diagnóstico pode levar a resultados falso-positivos e sobretratamento. Entretanto, as preocupações com o sobretratamento devem levar em conta a baixa morbidade associada ao tratamento por crioterapia e o benefício geral de assegurar maiores taxas de tratamento. Outra preocupação com a estratégia de “rastrear e tratar” é que quando o resultado positivo do VIA ou do teste de HPV é imediatamente seguido por crioterapia, não há amostra de tecido para um eventual exame histopatológico posterior, se necessário.

Para tentar reduzir o sobretratamento e ao mesmo tempo preservar os benefícios da conduta de “rastrear e tratar”, outra estratégia é realizar um segundo exame de rastreamento após um resultado inicial positivo e só tratar a paciente se os dois resultados forem positivos. Por exemplo, quando o teste de HPV é o único exame usado na estratégia de “rastrear e tratar”, as mulheres com resultado positivo são tratadas. Algumas dessas mulheres com teste de HPV positivo tinham lesão precursora e foram tratadas corretamente, mas outras não tinham lesão precursora e, portanto, foram tratadas desnecessariamente (sobretratamento). Em uma estratégia que usa um segundo exame, como o VIA, uma mulher com resultado positivo do teste de HPV é submetida ao VIA e só é tratada se esse exame também for positivo. Se o VIA for negativo, ela não é tratada, mas é acompanhada com outro teste de HPV no prazo de 12 meses. Entretanto, o acréscimo de um segundo exame nem sempre melhora o desfecho, pois o segundo exame pode ter resultado falso-negativo. Se o primeiro exame for verdadeiro-positivo e o segundo, falso-negativo, a mulher não é tratada embora tenha uma lesão precursora. Desse modo, é preciso considerar com cuidado o uso de um segundo exame. No caso de um exame inicial positivo e um segundo exame negativo, pode ser recomendado novo rastreamento 12 meses depois.

a. Recomendações para tratamento na estratégia de “rastrear e tratar”

As recomendações a seguir foram retiradas das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013). O objetivo é ajudar os profissionais de saúde a compreender, explicar e tratar as lesões precursoras e ajudar os gestores de programas a elaborar programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Os Anexos 7 a 9 apresentam algoritmos fáceis de acompanhar, na forma de fluxogramas, sobre a estratégia de “rastrear e tratar”, e as diretrizes completas publicadas, disponíveis on-line, contêm recomendações detalhadas. O Quadro 5.2 apresenta um resumo das recomendações de “rastrear e tratar” baseadas em evidências da OMS, que devem ser usadas nas decisões de manejo de casos. Consulte na publicação as recomendações completas com comentários e considerações.

Os gestores de programas também devem consultar o Capítulo 2, que contém informações sobre muitos outros fatores a considerar ao criar um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero.



Fluxograma de decisão



Estratégias de “rastrear e tratar” HIV negativo



Estratégias de “rastrear e tratar” HIV positivo

Quadro 5.2: Resumo das recomendações da estratégia de “rastrear e tratar”

Essas recomendações se aplicam a todas as mulheres, qualquer que seja o estado sorológico para HIV, mas também foram elaboradas recomendações específicas para as mulheres que vivem com HIV (ver Anexo 9).

O painel de especialistas recomenda⁷ não usar a conização a frio (CF) como tratamento em uma estratégia de “rastrear e tratar”. Portanto, todas as estratégias de “rastrear e tratar” apresentadas adiante preveem tratamento com crioterapia ou, quando a paciente não satisfizer os requisitos para crioterapia, excisão com cirurgia de alta frequência (CAF).

O painel de especialistas sugere:

- Usar uma estratégia de rastreamento por teste de HPV e tratamento, em vez de uma estratégia de rastreamento por VIA e tratamento. Nos locais com recursos limitados, onde o rastreamento por teste de HPV não seja factível, o painel sugere a estratégia de rastreamento por VIA e tratamento.
- Usar uma estratégia de rastreamento por teste de HPV e tratamento, em vez de uma estratégia de rastreamento por citologia seguida de colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento. Entretanto, nos países onde já exista uma estratégia de rastreamento apropriada e de alta qualidade por citologia seguida de colposcopia, as duas estratégias podem ser usadas.
- Usar uma estratégia de rastreamento por VIA e tratamento, em vez de uma estratégia de rastreamento por citologia seguida de colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento. A recomendação de VIA em vez de citologia seguida de colposcopia pode ser aplicada em países que estejam atualmente considerando um desses programas ou em países que disponham atualmente dos dois programas.
- Usar uma estratégia de rastreamento por teste de HPV e tratamento, em vez de uma estratégia de rastreamento por teste de HPV seguido de colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento.
- Usar uma estratégia de rastreamento por teste de HPV seguido de VIA e tratamento ou uma estratégia de rastreamento por teste de HPV e tratamento.
- Usar uma estratégia de rastreamento por teste de HPV seguido de VIA e tratamento, em vez de uma estratégia de rastreamento por VIA e tratamento.
- Usar uma estratégia de rastreamento por teste de HPV seguido de VIA e tratamento, em vez de uma estratégia de rastreamento por citologia seguida de colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento.
- Usar uma estratégia de rastreamento por teste de HPV seguido de VIA e tratamento, em vez de uma estratégia de rastreamento por teste de HPV seguido de colposcopia (com ou sem biópsia) e tratamento.

⁷ O painel de especialistas inclui todos os membros do grupo diretor da OMS, grupo de formulação de diretrizes (GFD) e do grupo de revisão externa (GRE). Ver mais informações nas diretrizes completas: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

6

CAPÍTULO 6. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER INVASIVO DO COLO DO ÚTERO

Capítulo 6. Diagnóstico e tratamento do câncer invasivo do colo do útero

Pontos-chave

- Em geral, as mulheres com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero em estágio inicial podem ser curadas com tratamento efetivo.
- É importante que profissionais de saúde de todos os níveis estejam capacitados para o imediato reconhecimento e manejo dos sinais e sintomas comuns do câncer do colo do útero.
- O diagnóstico definitivo do câncer invasivo do colo do útero é feito por exame histopatológico de amostra obtida por biópsia.
- As mulheres com câncer invasivo do colo do útero são beneficiadas pela referência para tratamento em serviços de oncologia de nível terciário.
- As opções de tratamento incluem cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que podem ser combinadas.
- As pacientes devem ser conscientizadas sobre os possíveis efeitos colaterais do tratamento, como infertilidade, menopausa, desconforto ou dor durante o coito e possíveis alterações intestinais ou vesicais.
- As pacientes devem ser informadas da necessidade de seguimento a longo prazo e de manter contato com o serviço de oncologia onde foram tratadas.
- Os profissionais de nível terciário devem enviar registros completos por escrito do plano terapêutico e de atenção contínua aos profissionais mais próximos da residência da paciente, que serão encarregados de facilitar o seguimento.
- Caso não seja tratado, o câncer invasivo do colo do útero é quase sempre fatal.

Sobre este capítulo

Este capítulo é baseado nas seguintes diretrizes da OMS:

Surgical care at the district hospital. Genebra: OMS; 2003 (<http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>).

Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Genebra: OMS; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/9789275717479_por.pdf?ua=1).

Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Genebra: OMS; 2014 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>).

O profissional no nível primário ou secundário de atenção à saúde pode ter diagnosticado câncer invasivo e encaminhado a paciente a um estabelecimento de nível terciário. É responsabilidade desse profissional estabelecer a conexão entre o nível de atenção terciária (onde são realizados o estadiamento e o tratamento do câncer invasivo) e a própria paciente, a família e a comunidade. A finalidade principal deste capítulo não é o uso por profissionais de nível terciário, mas ajudar profissionais dos níveis primário e secundário a compreender o manejo do câncer do colo do útero, a explicar isso à paciente e sua família e a se comunicar com cuidadores no nível terciário e comunitário. Além disso, os profissionais serão responsáveis pela identificação e pelo manejo de efeitos colaterais e complicações do tratamento, bem como pelo reencaminhamento da paciente ao estabelecimento de tratamento quando necessário.

A finalidade principal deste capítulo é ajudar profissionais dos níveis primário e secundário a compreender como é diagnosticado o câncer do colo do útero, como pode ser realizado o manejo e como explicar o processo à paciente e sua família, além da melhor forma de se comunicar com profissionais de saúde do nível terciário e na comunidade. Esse tema é abordado na Seção 6.2, acompanhado de algumas sugestões para os profissionais do nível terciário sobre como conversar com uma paciente, em linguagem não técnica, sobre as implicações de um diagnóstico de câncer do colo do útero.

Este capítulo prossegue com uma explicação do estadiamento do câncer do colo do útero (Seção 6.3) e apresenta um panorama das questões relacionadas com seu tratamento (Seção 6.4). A Seção 6.5 descreve resumidamente cada tipo de tratamento que pode estar disponível nos estabelecimentos de nível terciário, para ajudar os profissionais a explicar esses tratamentos às pacientes. A Seção 6.6 descreve as considerações especiais quando é necessário o manejo do câncer do colo do útero durante a gravidez e em mulheres que vivem com HIV. Por fim, caso se chegue ao ponto de constatar que o tratamento é inefetivo e a doença da paciente é incurável, a Seção 6.7 sugere como os profissionais do nível terciário podem explicar isso à paciente e aos acompanhantes que ela escolher, inclusive como explicar que a melhor opção para ela durante o tempo de vida restante seria receber em casa os cuidados da família e da comunidade, com o apoio de profissionais de todos os níveis, de acordo com as necessidades.

As fichas práticas correspondentes a este capítulo contêm linguagem útil e não técnica que profissionais de todos os níveis podem usar para se comunicar com uma paciente (e com os acompanhantes que ela escolher) sobre a doença e o tratamento. Os temas específicos a serem abordados são: sintomas e diagnóstico, tratamentos possíveis no hospital de atenção terciária e seus efeitos colaterais, prognóstico, seguimento médico necessário e como a paciente pode cuidar de si mesma em todos os estágios com a ajuda da família, da comunidade e dos profissionais de atenção primária. Há também fichas práticas sobre todos os principais métodos de tratamento: histerectomia, teleterapia pélvica e braquiterapia.

A história de Betty

Betty tem 42 anos e cinco filhos. Procurou o profissional de atenção primária porque, depois de alguns meses com corrimento vaginal, começou a ter sangramento vaginal abundante após o coito. A enfermeira, a quem Betty já havia consultado antes por outros problemas de saúde, entregou a ela alguns comprimidos e pediu que voltasse se não houvesse melhora. O sangramento e o corrimento não melhoraram, e Betty voltou ao ambulatório com seu companheiro. O máximo que a enfermeira pôde fazer foi um exame vaginal sem espécule e, quando introduziu um dedo na vagina de Betty, percebeu uma massa dura e irregular na parte superior. Dessa vez, a enfermeira explicou a Betty e seu companheiro que eles precisavam ir ao hospital de atenção secundária para uma avaliação ginecológica e disse que marcaria uma consulta para ela o mais breve possível.

No hospital, Betty foi examinada pela médica residente, que observou uma grande massa com aspecto de couve-flor (vegetante) na parte superior da vagina; imediatamente ela suspeitou de câncer e, portanto, fez uma biópsia para confirmação e solicitou outros exames. A biópsia confirmou a suspeita de câncer e os exames de sangue indicaram anemia intensa. Betty recebeu uma transfusão de sangue e foi encaminhada com urgência a especialistas no hospital de atenção terciária.

Depois de examinar Betty e fazer outros exames, os médicos explicaram a ela e a seu companheiro que ela tinha um câncer e este se disseminara para o tecido ao redor do colo do útero, mas não havia comprometimento de outros órgãos nem metástases à distância. Explicaram que acreditavam numa boa chance de cura com cinco semanas de sessões diárias de radioterapia em regime ambulatorial. Esclareceram ainda como a radioterapia age e descreveram os tratamentos de radioterapia externa e interna que poderiam oferecer. Alertaram que, em consequência da radioterapia, era provável que ela entrasse na menopausa, ou seja, não menstruariá mais, não poderia engravidar (infertilidade) e poderia sentir ondas de calor (fogachos). Além disso, ela e o companheiro poderiam sentir incômodo durante o coito. Os médicos explicaram que ajudariam a aliviar os sintomas, responderam às perguntas de Betty e de seu companheiro e confirmaram se ela havia entendido todas as explicações. Disseram que poderia iniciar logo o tratamento, se estivesse pronta, mas antes precisava assinar um termo de consentimento livre e esclarecido fornecido pelo hospital. Também garantiram que a assinatura do termo não a impediria de mudar de ideia por qualquer motivo a qualquer momento antes do tratamento ou depois de seu início. Betty decidiu iniciar o tratamento; o companheiro apoiou a decisão e prometeu ajudá-la a superar esse período.

Betty alugou um quarto perto do hospital; o companheiro voltou para casa para cuidar dos filhos e fazia a ela visitas curtas e frequentes. Betty tolerou o tratamento e depois de cinco semanas voltou para casa. O companheiro e os filhos mais velhos ajudaram nas tarefas domésticas até que se recuperasse.

A cada três meses ou com maior frequência, caso necessário, os especialistas enviaram um relatório detalhado ao médico do hospital regional encarregado do seguimento. O médico procurou o especialista responsável pelo tratamento para falar de problemas que surgiram durante o seguimento e como deveria ser o manejo. Os efeitos colaterais foram os esperados e Betty recebeu orientação sobre a maneira de controlá-los. Não houve sinais de recidiva do câncer durante o seguimento de dois anos.

No final de dois anos, ela voltou ao hospital de atenção terciária onde havia sido tratada para uma consulta com o especialista, que incluiu exame minucioso e uma conversa. Ele confirmou que não havia recidiva e disse a Betty que bastava fazer exames anuais desde que não surgissem novos sintomas. Ela recebeu um folheto com todas essas informações e um relatório detalhado para entregar ao médico de atenção primária.

Observe que o Capítulo 7 e as fichas práticas correspondentes contêm informações detalhadas sobre cuidados paliativos e devem ser consultados, de acordo com a necessidade, junto com as informações deste capítulo.

6.1 Apresentação e diagnóstico do câncer do colo do útero

Às vezes, constata-se uma anormalidade visível no colo do útero de uma paciente atendida para rastreamento de lesões precursoras. Caso a clínica disponha de profissional capacitado e de equipamento e provisões necessários, pode-se fazer uma biópsia e enviar a amostra ao laboratório para diagnóstico. Se isso não for viável, a paciente é encaminhada a um estabelecimento de nível secundário para biópsia e diagnóstico (ver Ficha prática 5.9 sobre biópsia e curetagem endocervical).



Biópsia e CEC

Na maioria das vezes, a mulher procura o profissional de atenção primária com sintomas anormais sugestivos de câncer do colo do útero. Se esse profissional for capacitado e dispuser de equipamento e provisões necessários, pode fazer uma biópsia, mas na maioria dos casos ele encaminha a paciente ao hospital de atenção secundária, onde é examinada por um ginecologista, que faz a biópsia e envia ao

laboratório para exame histopatológico. Caso o resultado seja positivo, a paciente é encaminhada a um hospital de atenção terciária para outros exames e tratamento.¹

Infelizmente, muitas mulheres podem permanecer assintomáticas até que a doença esteja avançada, sobretudo as que não têm vida sexual ativa.

A Tabela 6.1 apresenta uma relação dos sintomas iniciais do câncer invasivo do colo do útero por nível de gravidade (inicial e avançado) (ver também Seção 6.3, inclusive a Tabela 6.2 e a Figura 6.1, que contêm mais informações sobre o sistema de estadiamento FIGO).

Tabela 6.1: Sintomas de câncer invasivo do colo do útero

Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • corrimento vaginal, às vezes fétido • sangramento irregular (de qualquer tipo) em mulheres em idade reprodutiva • pequeno sangramento ou hemorragia pós-coito em mulheres de qualquer idade, inclusive jovens • pequeno sangramento ou hemorragia pós-menopáusica • no caso de sangramento perimenopáusico anormal, sempre se deve suspeitar de câncer do colo do útero, sobretudo se não houver resposta ao tratamento apropriado
Avançado	<ul style="list-style-type: none"> • frequência e urgência urinária • dor nas costas • dor na parte inferior do abdome • dor forte nas costas • perda de peso • diminuição do débito urinário (por obstrução dos ureteres ou insuficiência renal) • saída de urina ou fezes pela vagina (causada por fistula) • edema dos membros inferiores • dispneia (por anemia ou, raramente, metástases ou derrame pulmonar)

A Ficha prática 6.1 apresenta mais informações sobre o manejo de uma paciente com sintomas que podem ser causados por câncer do colo do útero.



Sintomas: talvez causados por câncer

6.2 Funções do profissional de saúde

6.2.1 Funções do profissional nos níveis primário e secundário

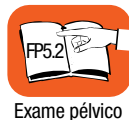
Quando uma paciente tem algum dos sintomas anormais enumerados na Tabela 6.1, pode procurar primeiro um agente comunitário de saúde ou um curandeiro tradicional. Ela pode receber um remédio e, se os sintomas persistirem, provavelmente será aconselhada a consultar o profissional de atenção primária, em geral um enfermeiro.

¹ Consulte também a publicação de 2014 da OMS intitulada *Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings*, disponível em inglês em: <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>

a. Quando uma mulher procura um estabelecimento de atenção primária ou secundária com sintomas anormais

Se o profissional no **estabelecimento de nível primário** for capacitado e dispuser de todo o equipamento e as provisões essenciais, pode fazer um exame pélvico e uma biópsia de qualquer anormalidade observada no colo do útero. Se a biópsia indicar câncer invasivo do colo do útero, é provável que esse profissional encaminhe a paciente diretamente ao hospital de atenção terciária para outros exames e manejo. Entretanto, muitos centros de atenção primária não dispõem do equipamento necessário ou carecem de um profissional capacitado para fazer o exame pélvico. Desse modo, na maioria das vezes, uma mulher sintomática é informada de que deve procurar sem demora um ginecologista no estabelecimento de nível secundário mais próximo. Em casos raros, uma paciente pode chegar ao centro de atenção primária com hemorragia vaginal grave; é provável que essas pacientes sejam encaminhadas diretamente a um estabelecimento de nível terciário para avaliação e tratamento.

No hospital de nível secundário, o profissional responsável pelo manejo de pacientes com sintomas anormais é orientado a primeiro estabelecer ou reforçar uma relação de confiança e empatia com a paciente. O profissional faz a anamnese completa e um exame minucioso para verificar se há alguma lesão no colo do útero, além de endurecimento, áreas de tumefação e outras anormalidades no colo do útero e nos tecidos e órgãos adjacentes (ver Ficha prática 5.2).



Se for o caso, também são feitos testes de gravidez e de HIV antes da biópsia de uma lesão cervical no estabelecimento de atenção secundária. Se os dois testes forem negativos e houver disponibilidade de um profissional experiente e do equipamento necessário, a biópsia é realizada e a amostra é enviada ao laboratório para exame histopatológico. Se, por outro lado, a mulher estiver grávida ou tiver sorologia positiva para HIV, é aconselhável encaminhá-la ao hospital de nível terciário para fazer a biópsia e, dependendo dos resultados, receber o tratamento planejado.

O exame histopatológico da amostra confirma ou descarta o diagnóstico de câncer do colo do útero, um passo essencial antes que se façam exames mais extensos. Se a biópsia for positiva para câncer, a paciente será novamente encaminhada, dessa vez do estabelecimento de nível secundário para o de nível terciário, a fim de fazer outros exames e investigações e também verificar qual é o tratamento mais apropriado disponível (ver Seção 6.2.2 sobre as funções dos profissionais de nível terciário).

Os profissionais devem ter em mente que os resultados da biópsia podem identificar alguns outros possíveis diagnósticos em mulheres com sintomas

semelhantes (esse processo é conhecido como diagnóstico diferencial). Outras possibilidades são doenças infecciosas, como herpes, que podem modificar a aparência do colo do útero e ser confundidas com o câncer do colo do útero em estágio inicial ou o câncer metastático de outros locais, inclusive do revestimento uterino (ou seja, câncer uterino ou endometrial).

b. Quando o câncer do colo do útero é diagnosticado no estabelecimento de nível primário ou secundário

No caso de diagnóstico definitivo de câncer do colo do útero, o profissional que fez a biópsia deve explicar com delicadeza o diagnóstico à mulher e dar a ela tempo para refletir, compreender a gravidade da doença e fazer perguntas.

Se ela não estiver ainda em um hospital de atenção terciária, será encaminhada ao hospital especializado mais próximo, onde existem especialistas em câncer e equipamento sofisticado para o tratamento. As Fichas práticas 6.2 e 6.3 contêm mais orientações sobre a comunicação com as pacientes nesse estágio.



Aconselhamento:
diagnóstico de
câncer



O que acontecerá
no hospital

c. Quando uma mulher recebe alta do hospital após tratamento

Outra função dos profissionais de atenção primária e secundária é oferecer atenção e apoio a mulheres que receberam alta do hospital, seja porque o tratamento foi bem-sucedido e ela pode começar a recuperação, seja porque o tratamento não foi efetivo e ela vai receber cuidados paliativos em casa.

Os profissionais de atenção primária e secundária, se possível, mantêm contato com os especialistas de nível terciário e fazem os exames de seguimento periódicos prescritos, identificam e controlam efeitos colaterais e complicações da doença ou do tratamento e, se necessário e possível, encaminham a paciente de volta ao estabelecimento de tratamento.

Se a paciente estiver recebendo cuidados paliativos, os profissionais de atenção primária e secundária são seu principal apoio médico, em consulta com os especialistas no estabelecimento de atenção terciária e, se desejado, com profissionais de medicina alternativa. Esse apoio médico pode incluir o alívio da dor e o tratamento de muitos problemas comuns em pacientes submetidas a tratamento de câncer.

d. Outras funções importantes

Os profissionais de níveis primário e secundário têm outras funções importantes de colaboração como membros da equipe de atenção ao câncer do colo do útero, entre as quais estão:

- educar e capacitar as comunidades;
- capacitar agentes comunitários de saúde, inclusive para dispensar medicamentos que aliviem a dor (se permitido pelas regulamentações nacionais);
- capacitar o pessoal incorporado recentemente à equipe de atenção;
- ensinar à família e aos amigos próximos da paciente como prestar cuidados especiais para evitar sintomas graves e tratá-los caso ocorram;
- estabelecer conexões entre a paciente e a família e organismos assistenciais de caráter religioso ou de outro tipo que possam prestar amplo apoio não médico, inclusive doações de fundos, alimentos e provisões não médicas;
- ajudar o máximo possível a paciente e a família durante a fase terminal da doença;
- se possível, fazer visitas domiciliares durante a fase grave ou terminal da doença.

O Capítulo 7 e as fichas práticas correspondentes contêm outros detalhes sobre cuidados paliativos.

6.2.2 Compreensão das funções do profissional no nível terciário

No hospital de atenção terciária, existem especialistas na atenção ao câncer e no manejo dos casos dessa doença, além de opções avançadas de exames e tratamentos. A principal finalidade desta seção é ajudar os profissionais de nível primário e secundário a compreender e explicar o que a paciente pode esperar quando é encaminhada a um estabelecimento de nível terciário.

As funções do profissional de nível terciário incluem:

- Avaliar o estágio do câncer por meio de exame físico completo e uma série de exames; assim, será escolhido o melhor manejo para a paciente, inclusive o tratamento e o seguimento (a Seção 6.3 contém mais informações sobre o estadiamento do câncer, além de observações sobre como os profissionais de atenção terciária podem conversar sobre isso com a paciente).
- Determinar o melhor tratamento disponível para a paciente no estabelecimento, levando em consideração a disponibilidade de especialistas e equipamento.
- Monitorar a paciente durante e após o tratamento para avaliar o efeito sobre o câncer e controlar eventuais efeitos colaterais.
- Se a comunicação entre profissionais locais e de atenção terciária for possível, o especialista pode ajudar os profissionais da comunidade da paciente a oferecer cuidados de seguimento depois da alta hospitalar. Se necessário, o especialista orienta sobre outros exames a serem solicitados e sobre o manejo de efeitos colaterais e de outros problemas que surjam.
- Providenciar a continuidade do apoio para seguimento das pacientes que recebem alta hospitalar para se submeter a cuidados paliativos em casa; esse apoio pode

ser realizado por telefone, e-mail ou outros canais disponíveis para comunicação com os profissionais de nível primário ou secundário. Em alguns casos, devido aos sintomas graves e intratáveis (como dor ou hemorragia grave), a paciente pode ser encaminhada de volta ao hospital para tratamento paliativo adicional (ver Capítulo 7).

6.3 Estadiamento do câncer do colo do útero

O estadiamento do câncer do colo do útero emprega um dos sistemas internacionais de estadiamento existentes para determinar o grau de invasão do câncer do colo do útero e a presença ou ausência de metástases à distância. Os especialistas usam o estágio do câncer para selecionar e planejar o tratamento mais apropriado disponível (ver Anexo 10 sobre tratamento do câncer do colo do útero por estágio).



Tratamento segundo o estágio FIGO

Em alguns estabelecimentos de nível terciário, o espéculo, o exame vaginal e retal e possivelmente exames do sistema urinário (cistoscopia) e do sistema intestinal (proctoscopia) podem ser as únicas ferramentas disponíveis para estadiamento. Com o auxílio dessa quantidade limitada de exames, um especialista experiente identifica a localização do tumor, se há crescimento para o exterior ou para dentro dos tecidos do colo do útero, o tamanho e a extensão para os tecidos adjacentes ao colo do útero, para o útero e os ligamentos que o sustentam e para as paredes pélvicas. É possível verificar também se há comprometimento da bexiga e do reto.

A maioria dos estabelecimentos de nível terciário dispõe de exames mais avançados, usados para obter uma descrição mais detalhada da doença, o que ajuda a determinar os melhores tratamentos disponíveis para a paciente (ver Tabela 6.2). A avaliação pode ser feita sob anestesia geral se os exames para o diagnóstico completo e o estadiamento forem muito incômodos ou dolorosos.

Tabela 6.2: Exames para estadiamento e tratamento do câncer do colo do útero

Obrigatórios para estadiamento	Complementares para estadiamento
<ul style="list-style-type: none"> • Espéculo, exame vaginal e retal • Urografia excretora ou ultrassonografia abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cistoscopia • Proctoscopia • Conização • Curetagem ou esfregaço endocervical • Radiografia de tórax • Radiografia ou cintilografia óssea (em caso de dor óssea)

Fonte: essas informações estão de acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO).

Além dos exames sugeridos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO) na Tabela 6.2, o especialista no hospital pode fazer outros exames para investigar melhor a extensão do câncer, entre os quais estão:

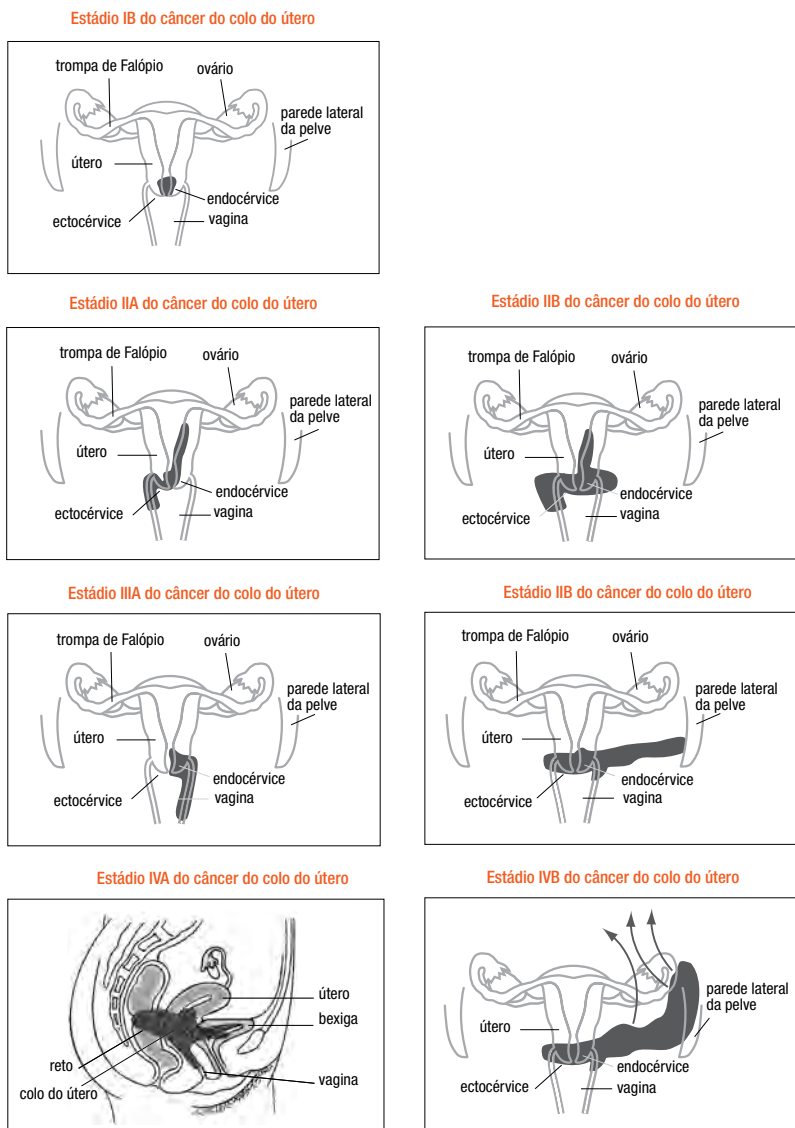
- exames de sangue, inclusive hemograma completo e dosagem de hemoglobina (para pesquisar anemia causada por perda sanguínea que, se presente, pode influenciar a efetividade da radioterapia), além de testes de gravidez e HIV quando apropriado;
- provas de função renal e hepática;
- tomografia computadorizada (TC) ou, melhor ainda, ressonância magnética (RM) do abdome e da pelve (para ajudar a planejar a radioterapia); entretanto, o tratamento pode ser planejado sem esses procedimentos se não estiverem disponíveis ou não forem acessíveis ou factíveis.

Todas as investigações realizadas para estadiamento, e seus resultados, devem ser documentadas detalhadamente no prontuário. Pode-se incluir um diagrama descritivo, que é entregue a todos os profissionais de saúde participantes da atenção à paciente.

a. Sistema de estadiamento FIGO

Vários sistemas são usados para o estadiamento do câncer do colo do útero. O sistema de estadiamento FIGO, com base no tamanho do tumor e no grau de disseminação da doença dentro da pelve e para órgãos distantes, é o sistema mais usado (ver Figura 6.1).

Figura 6.1: Sistema de estadiamento FIGO revisado (2009)



Fontes: Edge et al. (2010), Gold et al. (2008), Pecorelli (2009); ver Leitura complementar

O sistema de estadiamento FIGO (revisão de 2009) descreve quatro estádios progressivos de câncer do colo do útero, do estádio I ao IV.

Resumo dos estádios e subestádios do sistema FIGO (como mostra a Figura 6.1):

Estádio I: a doença está limitada ao colo do útero (inclui subestádios IA1, IA2, IB1 e IB2).

Estádio II: o câncer se disseminou para fora do colo do útero até a parte superior da vagina ou o tecido adjacente ao colo do útero (paramétrio), mas não até a parede lateral da pelve (inclui subestádios IIA1, IIA2 e IIB).

Estádio III: o câncer se disseminou até a parte inferior da vagina ou por todo o paramétrio até a parede lateral da pelve (inclui subestádios IIIA e IIIB).

Estádio IV: o câncer se disseminou para órgãos ou tecidos distantes, como os pulmões e os linfonodos distantes (inclui subestádios IVA e IVB).

b. Sugestões para a conversa dos profissionais de atenção terciária com a paciente sobre a importância do estadiamento antes de sua realização e depois de receber os resultados dos exames

Essas conversas podem ser muito emocionais e necessitar de mais de uma sessão. É essencial que haja grande sensibilidade e respeito à compreensão clara e às reações da mulher. Deve-se oferecer à paciente a opção de estar acompanhada de um ou mais parentes ou amigos próximos para apoiá-la durante a conversa. Durante a sessão, faça pausas frequentes e incentive a paciente e seus acompanhantes a fazer perguntas. De vez em quando, confirme se ela compreende o que você está dizendo e corrija qualquer mal-entendido, com uso de outras palavras.

Em todas as conversas a respeito do câncer do colo do útero, esteja consciente dos aspectos culturais da comunidade da paciente.

O Quadro 6.1 apresenta fatores que influenciam o prognóstico e as taxas de sobrevivência, e a Ficha prática 6.4 oferece sugestões mais específicas para especialistas em câncer que precisem conversar com as pacientes sobre a doença e o tratamento.



Especialistas em
câncer

Quadro 6.1: Fatores que influenciam o prognóstico do câncer do colo do útero ou as taxas de sobrevida em cinco anos após a conclusão do melhor tratamento*

O preditor isolado mais importante da sobrevida a longo prazo é o estágio clínico da doença quando diagnosticada pela primeira vez.

Os seguintes fatores adicionais também influenciam as chances de que uma mulher sobreviva por mais de cinco anos após o tratamento:

- acesso ao tratamento
- acometimento de linfonodos (presença de câncer)
- presença de outras doenças ou condições crônicas ou agudas
- saúde geral e estado nutricional, inclusive presença de anemia
- grau de imunossupressão (por exemplo, estado sorológico para HIV).

* Nos países em que o melhor tratamento não esteja disponível, ou seja, insuficiente, é evidente que as taxas de sobrevida são significativamente menores.

6.4 Tratamento do câncer invasivo do colo do útero: panorama**6.4.1 Princípios do tratamento**

Cada país ou região tem planos estabelecidos sobre a referência de mulheres com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero para que sejam examinadas e tratadas em instituições de nível terciário.

As opções terapêuticas oferecidas a uma paciente devem ser baseadas em diretrizes internacionais, nacionais ou institucionais, segundo a disponibilidade de profissionais de saúde capacitados (ou seja, cirurgiões, oncologistas, radioterapeutas ou físicos médicos) e a disponibilidade e as condições do equipamento necessário. Como é descrito adiante, na Seção 6.6, há algumas considerações especiais de tratamento para mulheres grávidas ou que vivem com HIV.

Em todos os casos, os profissionais de saúde devem assegurar que o tratamento escolhido reduza a extensão do câncer e, ao mesmo tempo, provavelmente reduza também a dor e o sofrimento da paciente. Se o tratamento ou seus efeitos colaterais estão associados a maior risco que a doença (ou seja, é mais provável que encurte a vida da paciente que a própria doença ou é provável que piore a qualidade do tempo de vida restante), não deve ser considerado.

O tratamento deve ser individualizado. O melhor é que o plano de tratamento seja decidido por uma equipe composta de ginecologistas, oncologistas e especialistas em radioterapia. Uma vez criada, essa equipe considera os melhores interesses e as preferências da paciente e usa essas informações para planejar o tratamento,

com escolha da melhor opção de acordo com a extensão da doença e o estado geral de saúde.

Depois, esse plano de tratamento deve ser discutido com a paciente e transmitido aos profissionais de atenção primária e secundária com uso de linguagem apropriada para essa paciente (de maneira que esses profissionais reforcem o conteúdo da conversa com a mesma linguagem) (ver Ficha prática 6.3).



O que acontecerá no hospital

Nem todas as opções de tratamento descritas neste capítulo (Seção 6.5) estão disponíveis em todos os estabelecimentos de nível terciário; o equipamento necessário pode não estar em condições aceitáveis, podem faltar provisões ou as qualificações dos profissionais podem não estar atualizadas para determinado tratamento. Com base na disponibilidade e na qualidade dos serviços, o profissional de saúde encarregado de atender a paciente explicará a melhor opção para ela. Caso se possa escolher entre duas opções de tratamento com resultados semelhantes, ou escolher entre um tratamento único e uma combinação de tratamentos, deve-se dar à paciente e a seu círculo de apoio detalhes sobre cada opção como base para uma decisão livre e esclarecida.

Depois das conversas e da troca de informações sobre o grau da doença e o plano de tratamento (ver Ficha prática 6.4), o profissional explica e examina todo o conteúdo do termo de consentimento livre e esclarecido usado no hospital e verifica se a paciente compreende o que significa sua assinatura. Garante que ela pode retirar o consentimento se assim desejar por qualquer motivo. Depois disso, pergunta se ela está pronta para assinar e colhe a assinatura de testemunhas (ver Ficha prática 5.1 sobre a obtenção de consentimento livre e esclarecido).



Especialistas em câncer



Consentimento livre e esclarecido

6.4.2 Aceitação ou não do tratamento e escolha do momento de início do tratamento: a decisão da própria paciente

Uma vez plenamente esclarecida, é a própria paciente que tem o poder de escolher se aceita o tratamento, que tratamento prefere (se puder escolher) e quando deve ser iniciado. Para isso, provavelmente terá que levar em consideração:

- a situação pessoal e familiar;
- os compromissos em casa;
- o tempo necessário para tratamento;
- a efetividade prevista do tratamento e os efeitos colaterais;
- se o seguro-saúde cobre o tratamento;

- os eventuais custos para ela e a família se não houver cobertura do seguro-saúde;
- as consequências de não se tratar.

Nesse processo, a paciente talvez deseje considerar também a orientação de pessoas próximas a ela.

6.4.3 Obstáculos relacionados à paciente para a atenção

Com frequência, o tratamento só está disponível em hospitais de atenção terciária, que podem estar distantes da moradia da mulher, com a necessidade de passar longos períodos longe de casa. Os custos para a mulher e a família e a perturbação associada ao tratamento podem ser consideráveis e até mesmo levar algumas mulheres a recusar ou interromper o tratamento. Se houver possibilidade, os profissionais de todos os níveis da atenção ajudam mediante mobilização do apoio da família da paciente, da comunidade, do governo e de organizações não governamentais. Alguns países oferecem auxílios por incapacidade às mulheres submetidas a tratamento do câncer, enquanto outros oferecem acomodação perto dos centros regionais de tratamento de câncer; há países que não oferecem nenhum apoio. Em alguns países, que não dispõem de estabelecimentos para o tratamento do câncer, as mulheres são encaminhadas a países vizinhos para tratamento, o que pode aumentar a dificuldade para elas e a família. Todas essas questões necessitam de exploração aprofundada para encontrar soluções que permitam a cada mulher obter os tratamentos que possam curar o câncer ou prolongar e melhorar a vida.

6.5 Opções de tratamento

As opções de tratamento do câncer do colo do útero incluem cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que podem ser combinadas. Nesta seção cada opção é discutida com detalhes suficientes para ajudar os profissionais de todos os níveis do sistema de saúde a manter as pacientes informadas, sempre com atenção ao uso de linguagem não técnica apropriada. A terminologia usada aqui se propõe a ajudar o profissional a descrever essas terapias para uma paciente.

Dependendo do estágio do câncer, da saúde geral da mulher e da disponibilidade de estabelecimentos e da experiência, a terapia primária pode ser cirurgia ou a radioterapia, com ou sem quimioterapia. A terapia primária (também conhecida como terapia de primeira linha ou tratamento primário) é o primeiro tratamento do câncer invasivo, geralmente com o objetivo de curar a doença. A terapia adjuvante é outro tratamento associado ao tratamento primário para auxiliá-lo. A terapia secundária é um tratamento que pode ser administrado depois de outro tratamento (primário).

6.5.1 Cirurgia

A cirurgia consiste na remoção de quantidades variáveis de tecido da área acometida pelo câncer e do tecido circundante. Pode ser realizada por via vaginal ou através de uma incisão abdominal.

A cirurgia pode ser a terapia primária ou secundária, depois de outro tratamento.

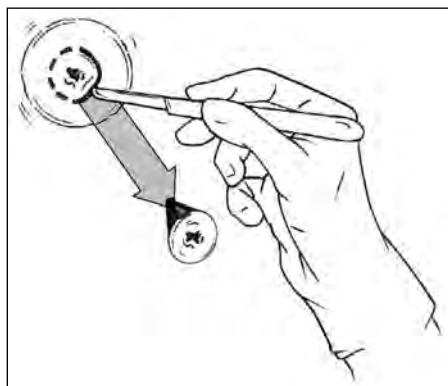
Os dois primeiros procedimentos cirúrgicos descritos aqui (conização, também conhecida como biópsia em cone, e histerectomia simples) retiram menor quantidade de tecido que o terceiro (histerectomia radical).

a. Cirurgia como terapia primária

A cirurgia como terapia primária do câncer do colo do útero é a retirada de uma quantidade variável de tecido, de acordo com o grau de disseminação do câncer dentro da pelve e com outras características específicas do caso.

A conização é a retirada de um círculo largo do tecido que circunda a abertura do útero e inclui a parte inferior do canal cervical (ver Figura 6.2). O câncer microinvasivo (totalmente contido no epitélio cervical) pode ser tratado com conização, sobretudo quando se deseja preservar a fertilidade.

Figura 6.2: Conização – retirada de uma porção cônica do colo do útero



A histerectomia simples é a retirada cirúrgica do todo o útero, inclusive do colo, através de uma incisão na parte inferior do abdome ou através da vagina, com ou sem laparoscopia (ver Figura 6.3). As trompas e os ovários não são retirados habitualmente, mas isso pode ser feito nas mulheres pós-menopáusicas ou se tiverem aparência anormal. A histerectomia simples é indicada para o tratamento do câncer do colo do útero microinvasivo inicial em mulheres pós-menopáusicas e em mulheres mais novas que não tenham interesse em preservar a fertilidade.

Figura 6.3: Retirada do útero por histerectomia simples

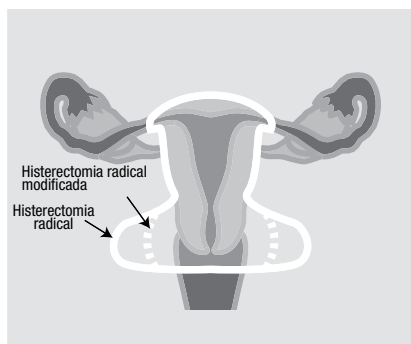


A **histerectomia radical** é a cirurgia mais comum para tratamento do câncer invasivo inicial. Nela são removidos os tecidos que circundam o útero e, com frequência, linfonodos da pelve e ao redor da aorta (ver Figura 6.4). Não há retirada sistemática das trompas nem dos ovários, a menos que tenham aparência anormal. O Anexo 14 contém informações sobre o processamento e o registro de uma peça de histerectomia radical, inclusive um modelo de formulário de laudo histopatológico (Modelo de formulário 14.1).



Laudo histopatológico de carcinoma do colo do útero

Figura 6.4: Histerectomia radical e radical modificada



b. Cirurgia como terapia secundária

A cirurgia de resgate ainda pode ter o objetivo de curar a paciente. Consiste em histerectomia radical, com remoção de uma parte da porção superior da vagina para reduzir as chances de recidiva do câncer. É realizada quando:

- a paciente foi submetida a cirurgia primária, mas o exame microscópico do tecido retirado indica que a margem de tecido normal ao redor do câncer é muito estreita; ou

- a paciente foi submetida a radioterapia ou quimioterapia, mas se observa recidiva precoce ou destruição incompleta do câncer durante o seguimento.

A cirurgia paliativa é realizada às vezes no câncer avançado para aliviar a obstrução do intestino ou tratar fístulas (comunicações anormais entre a vagina e os órgãos urinários ou o reto) resultantes da radioterapia ou de extensão da doença primária.

c. Possíveis efeitos colaterais e complicações da cirurgia do câncer do colo do útero

Todas as intervenções cirúrgicas podem ter efeitos colaterais e complicações; os riscos geralmente são pequenos e controláveis na maioria das vezes. Eles incluem:

- pequeno risco de infecção na área da cirurgia;
- hemorragia;
- lesão dos órgãos ao redor da cirurgia (por exemplo, intestino ou bexiga);
- risco de coágulos nas veias profundas das pernas se a paciente for mantida na cama e relativamente imóvel durante dias após a cirurgia; os coágulos devem ser detectados e tratados precocemente para impedir que se desprendam e desloquem até os pulmões.

Além das complicações gerais supracitadas, a cirurgia do câncer do colo do útero tem os seguintes riscos:

- A conização está associada a maior risco de trabalho de parto prematuro ou aborto espontâneo quando realizada em gestantes.
- A histerectomia causa infertilidade.
- A histerectomia radical causa infertilidade e também está associada a disfunção vesical ou intestinal.

A Ficha prática 6.5 apresenta mais informações sobre a histerectomia como tratamento do câncer do colo do útero.



Histerectomia

6.5.2 Radioterapia

A radioterapia emprega equipamento avançado gerador de raios invisíveis – semelhantes a raios luminosos, porém com maior energia – que são projetados sobre o câncer e as regiões adjacentes afetadas. Os raios penetram no corpo e destroem as células cancerosas para eliminar total ou parcialmente o câncer. As células cancerosas destruídas são eliminadas do corpo.

A radioterapia propriamente dita não é dolorosa, mas causa efeitos colaterais significativos (consulte no fim desta seção).

a. Radioterapia como terapia primária

A radioterapia primária, com ou sem quimioterapia, é usada com finalidade curativa nas mulheres com câncer em estágio IIA2 ou maior (ver Figura 6.1). Pode ser oferecida a mulheres que tenham câncer com diâmetro maior que 4 cm e limitado ao colo do útero ou câncer disseminado além do colo do útero.

A radioterapia primária, com o objetivo de curar cânceres iniciais, é administrada em sessões diárias durante 5 a 6 semanas e emprega duas modalidades:

- A radioterapia de feixe externo, ou teleterapia, usa radiação originada de um aparelho localizado fora do corpo (ver Ficha prática 6.6).
- A radioterapia interna, também conhecida como braquiterapia, emprega radiação originada de material radiativo inserido na vagina, perto do câncer (ver Ficha prática 6.7).



Teleterapia pélvica



Braquiterapia

b. Radioterapia como terapia adjuvante

A radioterapia, com ou sem quimioterapia, pode ser administrada como terapia adjuvante combinada à cirurgia primária para as seguintes indicações:

- se, durante a cirurgia primária, o cirurgião descobrir que o câncer se disseminou além do colo do útero até o paramétrio (tecidos entre o útero e a parede pélvica) ou outros órgãos pélvicos;
- depois da histerectomia, se o laudo histopatológico indicar menos de 5 mm de tecido normal (sem doença) ao redor do câncer;
- constatação, durante a cirurgia primária, de acometimento de linfonodos pelo câncer.

c. Radioterapia como terapia secundária

A radioterapia, com ou sem quimioterapia, pode ser administrada como terapia secundária para as seguintes indicações:

- recidiva da doença localizada somente na pelve em mulheres submetidas a cirurgia primária.

d. Radioterapia como terapia paliativa

A radioterapia paliativa, geralmente sem quimioterapia, pode ser usada em várias situações (ver também Capítulo 7):

- como única terapia em mulheres com câncer muito avançado;
- para controlar sintomas graves, como hemorragia, corrimento fétido ou dor;
- para auxiliar uma paciente que esteja doente demais para tolerar a dose completa de quimioterapia ou radioterapia (por exemplo, em caso de insuficiência renal grave secundária a obstrução ureteral, insuficiência hepática, etc.);

- para tratar metástases isoladas (por exemplo, para vértebras ou linfonodos sem evidência de metástases à distância).

6

e. Efeitos colaterais da radioterapia do câncer do colo do útero

A radioterapia também afeta vários sistemas, mas somente aqueles diretamente expostos à radiação; no caso do câncer do colo do útero, geralmente é a parte inferior do abdome, inclusive a bexiga, o reto e a medula óssea regional. Outros efeitos colaterais possíveis são menopausa, infertilidade, desconforto ou dor durante o coito e possíveis alterações intestinais ou vesicais. A fístula é um efeito colateral raro.

6.5.3 Quimioterapia

Quimioterapia é a administração de tratamentos repetidos com medicamentos tóxicos. Administra-se por via intravenosa uma série de tratamentos com uma ou mais substâncias químicas para destruir as células que se dividem rapidamente (uma característica de todos os cânceres).

a. Quimioterapia como terapia primária

A quimioterapia raramente é usada sozinha como tratamento primário do câncer do colo do útero; em vez disso, é combinada à radioterapia e, com menor frequência, à cirurgia.

b. Quimioterapia como terapia primária combinada à radioterapia

A quimioterapia é usada como primeiro tratamento em mulheres com tumores muito grandes e volumosos, para reduzir seu tamanho, e seguida de radioterapia. O tratamento segue essa sequência porque a resposta à radioterapia é melhor quando o volume do tumor é menor.

c. Quimioterapia como tratamento paliativo

A quimioterapia paliativa é usada às vezes, após consideração cuidadosa da expectativa de benefícios frente aos efeitos colaterais adversos, para aliviar sintomas em mulheres com metástases disseminadas para fígado, pulmão e osso.

d. Efeitos colaterais da terapia combinada (quimioterapia e radioterapia)

Os efeitos colaterais da terapia combinada podem ser aditivos: causados pela quimioterapia e pela radioterapia. Como os medicamentos quimioterápicos tóxicos circulam no sangue por todo o corpo, seus efeitos colaterais ocorrem em todo o corpo. Já os efeitos colaterais da radioterapia são limitados à região pélvica (ver seção 6.5.2 sobre radioterapia).

A quimioterapia afeta não só as células cancerosas, mas também as células que se dividem rapidamente nos sistemas de todo o corpo: medula óssea, sistema digestivo, sistema urinário, pele e outros órgãos revestidos por epitélio. Isso significa que existe risco de anemia, diminuição do número de leucócitos e infecções ou hemorragia por diminuição do número de plaquetas. A quimioterapia também pode causar náuseas e diarreia ou reações alérgicas ao medicamento. Em geral, esses efeitos têm duração muito curta e não aumentam os riscos.

6.6 Situações especiais: câncer do colo do útero na gravidez e nas mulheres com HIV

6.6.1 Manejo do câncer do colo do útero em mulheres grávidas

Embora raro, o câncer do colo do útero às vezes é diagnosticado em mulheres grávidas. Esse câncer não atravessa a placenta e, portanto, o feto só é afetado pela disseminação direta de um tumor muito grande do colo do útero ou por complicações dos métodos usados para a avaliação e o tratamento do câncer.

O aconselhamento de uma mulher grávida com câncer do colo do útero demanda habilidade e sensibilidade especiais. As questões são muito mais complexas e incluem ajuda para que ela decida se quer tentar preservar a gravidez. Convém incluir uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde e o círculo de apoio da mulher para criar um plano de manejo que satisfaça todas as necessidades e leve em conta as complexidades da decisão nesse contexto. Muitas vezes são escolhas trágicas para um casal e ambos podem necessitar de apoio antes, durante e depois do tratamento.

a. Se a paciente desejar manter a gravidez

Se a paciente e o companheiro (se ela quiser que ele participe dessa decisão) expressarem a esperança de manter a gravidez, a maioria dos tratamentos é instituída depois do parto. As pacientes devem ser informadas com antecedência que, para evitar complicações causadas pela dilatação cervical (como hemorragia), será programada uma cesárea antes do início do trabalho de parto.

Entretanto, ainda é importante fazer sem demora uma biópsia de confirmação da lesão. Não há contra-indicação à biópsia do colo do útero na gravidez, mas a expectativa é de que o sangramento seja maior que o habitual. Por isso, é aconselhável a realização em estabelecimento de nível terciário. As pacientes devem ser informadas de que, embora a biópsia geralmente seja segura na gravidez, há um pequeno risco de aborto espontâneo como em qualquer procedimento realizado durante a gravidez.

b. Se a paciente não desejar manter a gravidez

Nesse caso, o tratamento é determinado com base no estágio do câncer, exatamente da mesma maneira descrita para mulheres não grávidas. Se a condição da paciente for apropriada para histerectomia simples ou radical e a doença estiver limitada ao colo do útero, as opções cirúrgicas podem ser consideradas de acordo com a idade gestacional. A radioterapia primária (com ou sem quimioterapia) pode ser outra opção; nesse caso, é preciso informar à paciente que haverá perda do feto.

6.6.2 Manejo do câncer do colo do útero em mulheres que vivem com HIV

Como não há estudos bem delineados nem longitudinais sobre o tratamento do câncer do colo do útero em mulheres que vivem com HIV, não há diretrizes baseadas em evidências sobre esse tema para incluir neste guia. Na sua ausência, esta seção apresenta algumas práticas frequentes nos cenários nacional e internacional.

É melhor que as mulheres que vivem com HIV e têm câncer do colo do útero sejam atendidas em uma instituição de nível terciário com a competência apropriada para diagnóstico completo, estadiamento e tratamento. A maioria das instituições que trata mulheres que vivem com HIV usa equipes multidisciplinares; cada mulher é avaliada individualmente, com apreciação da saúde geral e da existência de outras doenças crônicas que possam comprometer ainda mais o sistema imune e a capacidade de tolerar a terapia imunossupressora contra o câncer (por exemplo, tuberculose).

Tanto a radioterapia quanto a quimioterapia são terapias imunossupressoras, e a cirurgia requer que as mulheres estejam relativamente saudáveis para evitar complicações como sepse pós-operatória, hemorragia ou problemas na ferida. Portanto, a contagem de CD4 inicial é um elemento crucial da atenção a mulheres que vivem com HIV e deve ser um dos primeiros exames de avaliação, qualquer que seja a extensão do câncer. A contagem de CD4 também é necessária para monitorar o estado imune da paciente durante todo o tratamento. Se estiver baixa ou cair durante o tratamento, pode ser iniciada a terapia antirretroviral, com possível atraso do tratamento para aguardar a recuperação do sistema imune.

6.7 Apoio e acompanhamento de pacientes**6.7.1 Apoio à paciente durante o tratamento**

Em todas as etapas do diagnóstico e do tratamento da doença, é importante avaliar e tratar satisfatoriamente a dor e outros sintomas. Além disso, nas mulheres submetidas à radioterapia ou quimioterapia é necessário realizar periodicamente hemograma e provas de função renal e hepática para identificar e, se possível, evitar riscos de infecção.

Muitas pacientes com câncer apresentam perda de sangue moderada a intensa e desnutrição crônica, que pode ser melhorada com dieta saudável e administração de suplementos de ferro e ácido fólico. É importante também tratar a anemia, que diminui a efetividade da radioterapia.

Duchas vaginais suaves e antibióticos como o metronidazol reduzem ou eliminam o corrimento fétido frequentemente associado ao tratamento da doença avançada.

O Capítulo 7 e as fichas práticas correspondentes sobre cuidados paliativos apresentam mais orientações sobre o manejo de problemas comuns no câncer avançado.

6.7.2 Acompanhamento da paciente

Quando o tratamento do câncer do colo do útero é concluído, a mulher recebe alta do hospital ou do ambulatório. Antes da alta, os cuidados de acompanhamento geralmente são discutidos em uma reunião de todos os que participaram e participarão da atenção à paciente; essa discussão deve incluir contribuições da própria mulher e da família. Embora o ideal fosse a realização do seguimento no centro de tratamento de câncer de nível terciário, na maioria das vezes esses centros são hospitais de nível terciário localizados em grandes cidades. Se estiverem muito distantes do lugar onde mora a mulher, a distância pode impedi-la de comparecer por falta de tempo, transporte ou dinheiro ou por outras limitações pessoais. Portanto, muitas mulheres preferem fazer o seguimento em um estabelecimento mais perto de casa. Se for o caso, seria conveniente que o ginecologista do hospital de nível secundário (regional) estivesse presente e participasse dessa reunião importante sobre a atenção de seguimento.

Quando o seguimento for realizado distante do centro de tratamento, um médico de atenção primária ou secundária com habilidades para detecção e manejo de problemas ou de recidiva do câncer (com frequência, um ginecologista) recebe um relatório completo, com informações detalhadas sobre o estágio do câncer, o tratamento instituído e o prognóstico, bem como os problemas comuns que podem ocorrer e como evitá-los ou tratá-los. É melhor incluir sempre no relatório informações de contato (telefone, fax, e-mail, endereço) do centro de tratamento para incentivar os profissionais encarregados do seguimento a dar informações periódicas e a buscar a orientação de especialistas em câncer se a paciente apresentar sintomas inesperados.

a. Acompanhamento de mulheres tratadas com cirurgia ou radioterapia primária, com ou sem quimioterapia

Depois de qualquer um desses tratamentos é aconselhável que se consulte e examine a mulher a cada três meses durante no mínimo dois anos, período durante o qual a maioria dos casos de persistência ou recidiva da doença se manifesta ou é detectada. Além disso, é durante esse período que os efeitos colaterais do tratamento são mais agudos e necessitam de manejo.

Durante as consultas de seguimento, é preciso fazer e documentar detalhadamente no prontuário da paciente o seguinte:

- anamnese completa para descobrir e discutir todos os sintomas físicos da paciente;
- avaliação da situação social, psicológica, emocional e econômica, além do impacto da doença e do tratamento sobre todos esses fatores;
- exame completo, inclusive dos sistemas gerais e do abdome, com palpação de linfonodos, em especial no pescoço e na região inguinal;
- exame com espécule e visualização da abóbada vaginal;
- esfregaço citológico anual da abóbada vaginal para as mulheres tratadas somente com cirurgia (o papel do VIA ou do teste para HPV nessa situação é desconhecido e não foi avaliado por ensaios clínicos); se a paciente foi tratada com radioterapia (com ou sem quimioterapia), a citologia não agrega valor ao exame pós-tratamento;²
- exame vaginal e retal bimanual, com palpação para pesquisa de recidiva da doença na pele;
- outros exames são determinados pelos sintomas da paciente e pelos resultados clínicos, além da disponibilidade de recursos.

A doença persistente ou a recidiva em mulheres tratadas somente com cirurgia pode ser tratada (e potencialmente curada) com radioterapia secundária, associada ou não à quimioterapia.

Entretanto, caso a mulher tenha sido submetida à radioterapia primária, é preciso planejar a repetição com cuidado para que a área tratada antes não seja exposta a dose maior que a dose máxima admissível, o que causaria danos graves e complicações futuras.



Dor



Manejo de sintomas

6.7.3 A opção de interromper o tratamento

É muito importante monitorar constantemente a resposta ao tratamento das mulheres submetidas à quimioterapia ou radioterapia. Quando se torna claro que há avanço da doença ou não há alívio da dor nem de outros sintomas, o

² Novetsky et al. (2013), Rimel et al. (2011), Zanagnolo et al. (2009); ver Leitura complementar.

tratamento da doença é interrompido. A atenção máxima ao controle da dor e de outros sintomas continua sendo o foco principal do tratamento paliativo quando a paciente volta para casa. Veja a Ficha prática 7.1 sobre avaliação da dor e a Ficha prática 7.2 sobre manejo de sintomas.

A garantia do controle e do manejo da dor é um objetivo primordial dentro e fora do hospital, quando a doença é curável e quando não é. Esse tema é abordado com detalhes no Capítulo 7.

A ocasião da interrupção do tratamento é o momento para que os profissionais especialistas entrem em contato com profissionais de saúde locais e outros cuidadores que serão encarregados dos cuidados paliativos da paciente. É preciso enviar um relatório, que deve incluir informações de contato (telefone, fax, *e-mail*, endereço) do centro de tratamento. Os especialistas informam como deve ser a atenção de seguimento e o centro de tratamento solicita *feedback* periódico sobre a condição da paciente. Os cuidadores locais podem necessitar de capacitação complementar e, uma vez capacitados, devem ter permissão para prestar serviços de apoio paliativo, controle da dor e atenção a pacientes no local à medida que o câncer avança. Por fim, os profissionais de atenção terciária devem incentivar os cuidadores locais a consultá-los sobre qualquer problema, inclusive para pedir orientação se a paciente apresentar algum sintoma inesperado ou se os sintomas não melhorarem com tratamento específico.

Leitura complementar

- Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles and practice of gynecologic oncology, 6th edition. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A., editors. AJCC Cancer Staging Manual, 7th edition. Nova York (NY): Springer; 2010:395–402.
- Gold MA, Tian C, Whitney CW, Rose PG, Lanciano R. Surgical versus radiographic determination of para-aortic lymph node metastases before chemoradiation for locally advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer*. 2008;112(9):1954–63. doi:10.1002/cncr.23400.
- Novetsky AP, Kuroki LM, Massad LS, Hagemann AR, Thaker PH, Powell MA, et al. The utility and management of vaginal cytology after treatment for endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2013;121:129–35. doi: <http://10.1097/AOG.0b013e31827499a9>.

- Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;105(2):103–4.
- Rimel BJ, Ferda A, Erwin J, Dewdney SB, Seamon L, Gao F, et al. Cervicovaginal cytology in the detection of recurrence after cervical cancer treatment. *Obstet Gynecol.* 2011;118(3):548–53.
- Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;119(Suppl 2):S100–9. doi:10.1016/S0020-7292(12)60023-X.
- Zanagnolo V, Ming L, Gadducci A, Maggino T, Sartori E, Zola P, et al. Surveillance procedures for patients with cervical carcinoma: a review of the literature. *Int J Gynecol Cancer.* 2009;19:194–201.

7

CAPÍTULO 7: CUIDADOS PALIATIVOS

Capítulo 7. Cuidados paliativos

Pontos-chave

- Os cuidados paliativos são um elemento essencial do controle do câncer do colo do útero.
- Os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida das pacientes e das famílias que enfrentam os problemas associados à doença potencialmente fatal.
- Os cuidados paliativos consistem na prevenção e no alívio do sofrimento mediante identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outras formas de sofrimento físico, psicossocial e espiritual.
- Os cuidados paliativos ajudam pessoas com doença avançada a ter dignidade e paz durante as fases difíceis e finais da vida.
- Os cuidados paliativos são melhores quando se emprega uma conduta de equipe multidisciplinar, com participação da paciente, da família e pessoas de apoio próximas, de agentes comunitários de saúde e profissionais de cuidados paliativos especiais na comunidade, além de profissionais de saúde de todos os níveis de estabelecimentos.
- É preciso fortalecer os mecanismos para a implementação de cuidados paliativos, inclusive a educação e a disponibilidade de medicamentos.
- É possível obter o controle efetivo da maioria das dores com o auxílio de uma ampla combinação de métodos médicos e não médicos.
- Os enfermeiros com capacitação apropriada devem ter autorização para prescrever opioides orais potentes, respeitando as normas e diretrizes nacionais.
- A qualidade dos cuidados paliativos depende muito de capacitação e supervisão satisfatórias dos profissionais de saúde e, se possível, dos cuidadores nas comunidades.
- O acesso a todos os medicamentos, equipamento e provisões necessários é fundamental para o manejo dos sintomas, tanto no estabelecimento de saúde quanto no domicílio da paciente.

Sobre este capítulo

Este capítulo aborda componentes essenciais e muitas vezes negligenciados de um programa integral de controle do câncer do colo do útero e se baseia nas seguintes publicações da OMS sobre cuidados paliativos e tratamento da dor:

Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd edition. Genebra: OMS; 1996 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>).

WHO guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness. Genebra: OMS; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf).

Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Genebra: OMS; 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/, acesso em 18 de julho de 2014).

World Health Organization (WHO), U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Genebra: OMS; 2008 (<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>, acesso em 23 de outubro de 2014).

Embora não tenham sido incluídas novas recomendações neste capítulo, não tardarão a surgir novas recomendações sobre dor e cuidados paliativos após a aprovação de uma resolução sobre cuidados paliativos na Assembleia Mundial da Saúde de 2014.¹

O capítulo é dividido em cinco seções principais. A Seção 7.1 apresenta um panorama dos cuidados paliativos e enfatiza a importância de ter uma equipe multidisciplinar de profissionais de cuidados paliativos capacitados que trabalhem em casa, na comunidade e no estabelecimento de saúde e que possam dar mais conforto à paciente durante a evolução do câncer do colo do útero avançado. A Seção 7.2 examina o papel da família, que é considerada parte da equipe de cuidados. A Seção 7.3 detalha as funções dos profissionais de saúde em todos os níveis do sistema de saúde. A Seção 7.4 orienta sobre o manejo dos sintomas, sobretudo a dor. A última, Seção 7.5, concentra-se na importante questão de manter a paciente e seu círculo de apoio informados a cada etapa.

A maioria das questões abordadas neste capítulo também são apropriadas para as pacientes que necessitam de cuidados paliativos por outras doenças incuráveis.

As fichas práticas correspondentes a este capítulo contêm instruções detalhadas sobre a avaliação da dor, o manejo domiciliar da dor e de outros sintomas e problemas penosos das pacientes com câncer do colo do útero, além de orientação para conversar com as pacientes que voltam para casa sob cuidados paliativos.

¹ OMS (2014), ver Leitura complementar.

A história de Amélia

Amélia é angolana, tem 57 anos, seis filhos e muitos netos. Ela foi levada ao hospital regional mais próximo, a 95 km de casa, pela filha mais velha, por causa de um corrimento vaginal fétido que já durava muitos meses. A médica que a examinou fez alguns exames e explicou que ela apresentava um câncer avançado no colo do útero com disseminação para a vagina, a bexiga e as paredes da pelve. O mau odor era causado pela mistura de urina, que escapava da bexiga para a vagina, com a secreção do tumor. A médica disse que infelizmente, nessa fase, não havia tratamento nem cura para o câncer, mas que ela poderia receber cuidados e ter conforto em casa. Também deu a Amélia e à filha instruções para o manejo e a redução do corrimento vaginal e do odor. Acrescentou que trabalhava com agentes comunitários de saúde perto do povoado onde elas moravam e que eles ofereciam assistência domiciliar a pessoas muito doentes com AIDS, câncer ou outras enfermidades. Em seguida, escreveu uma nota de encaminhamento à responsável pela organização da assistência domiciliar, na qual explicava a condição de Amélia e pedia que a visitasse em casa. A médica explicou que trabalharia à distância com os agentes comunitários de saúde mais próximos do povoado de Amélia para garantir que ela receberia os medicamentos necessários, inclusive medicamentos para dor, que poderia se tornar mais intensa com o avanço do câncer.

Embora Amélia e a filha estivessem abaladas e entristecidas com a notícia, a amabilidade e a preocupação da médica as tranquilizaram. A promessa que fez de acompanhar os cuidados com os profissionais de saúde locais fez com que ambas se sentissem mais seguras e esperançosas.

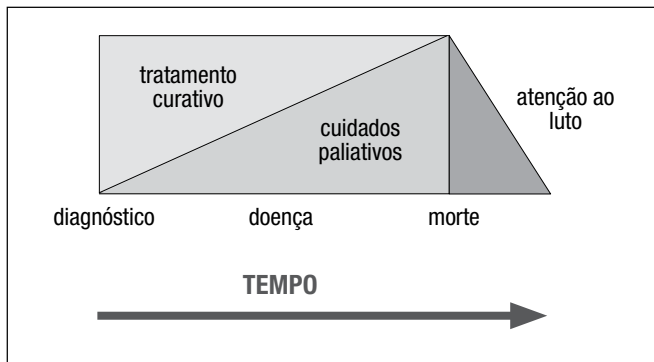
A agente comunitária de saúde visitou Amélia como prometido. Explicou e mostrou a ela e à filha como lidar com alguns dos problemas que estavam enfrentando: como preparar absorventes com roupas velhas e limpas para absorver o corrimento vaginal; com que frequência trocar os absorventes e como lavá-los; como aplicar vaselina na região vaginal, pois havia leve irritação da pele causada pela umidade constante; como lavar suavemente a área todos os dias com água e sabão e fazer banhos de assento. Com a permissão de Amélia, conversou com os parentes sobre o apoio a ela e a si mesmos durante a doença, enfatizando a importância de dividir o trabalho à medida que a condição se agravasse. Haveria mais roupa para lavar, pois seria necessário lavar com frequência a roupa de cama e a roupa íntima; a cama deveria ser forrada com plástico para protegê-la do corrimento e da urina; os medicamentos para dor poderiam ser comprados a baixo custo no hospital da missão local e alguém teria que buscá-los com regularidade. Amélia também dispunha de ajuda em casa por meio de sua igreja. A família era pobre, mas a agente comunitária de saúde ajudou a organizar o apoio da comunidade, da igreja e da missão local para que ela geralmente dispusesse das provisões necessárias.

Continua na página seguinte

Os cuidados paliativos têm as seguintes características:

- Aliviam a dor e outros sintomas causadores de sofrimento.
- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal.
- Não se propõem a apressar nem a adiar a morte.
- Integram os aspectos físicos, psicológicos e espirituais da atenção.
- Dão à paciente e à família o controle e o poder de decisão que desejem e possam aceitar.
- Oferecem um sistema de apoio que ajuda as pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte.
- Oferecem um sistema de apoio que ajuda a família a lidar com a doença da paciente e o próprio luto.
- Usam uma abordagem em equipe.
- Melhoram a qualidade de vida e também podem influenciar positivamente a evolução da doença.
- São aplicáveis no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que tenham a finalidade de prolongar a vida, como a cirurgia e a radioterapia.

Figura 7.1: A função dos cuidados paliativos em toda a evolução da doença: o processo contínuo de cuidados



Como é mostrado na Figura 7.1, por ocasião do diagnóstico do câncer avançado, o tratamento é prioritário e o papel dos cuidados paliativos, embora presente é secundário. À medida que a doença avança, os cuidados paliativos ganham preferência gradualmente. A atenção ao luto com a família estendida faz parte do processo contínuo de cuidados depois que a paciente morre.

Os cuidados paliativos são necessários embora o câncer do colo do útero seja uma doença passível de prevenção e cura. Em condições ideais, os recursos,

a capacitação e a educação apropriados devem estar disponíveis e ser implementados para a prevenção de mortes prematuras e desnecessárias por câncer do colo do útero. Infelizmente, muitas vezes ainda o câncer do colo do útero é diagnosticado quando surgem sintomas, em geral na fase avançada da doença (ver Capítulo 6). Além disso, em lugares com poucos recursos, os estabelecimentos para tratamento do câncer do colo do útero podem não existir ou não ser acessíveis a muitas mulheres; por causa disso, algumas mulheres com câncer em fase relativamente inicial não recebem tratamento efetivo, com consequente avanço da doença. Nesses lugares e situações, os cuidados paliativos devem ser oferecidos como o tratamento mais efetivo.

As pacientes com outras condições crônicas com risco de vida também necessitam de cuidados paliativos como parte do processo contínuo de atenção à saúde, e devem se fazer esforços para criar em todos os níveis do sistema de saúde uma equipe de profissionais com as habilidades e os conhecimentos necessários. As famílias das pacientes devem ser incluídas nos cuidados paliativos, pois precisarão prestar e receber cuidados.⁴

A resolução de 2014 da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) sobre cuidados paliativos é um compromisso assumido pelos governos em todo o mundo de desenvolver mais normas e serviços nacionais para aumentar o acesso de todos os pacientes necessitados aos cuidados paliativos.⁵

7.1.2 Componentes essenciais dos cuidados paliativos

Entre os componentes essenciais dos cuidados paliativos estão a prevenção e o manejo dos sintomas, o alívio da dor e o apoio psicossocial e espiritual. Na maioria dos casos, é possível obter controle efetivo da dor por tratamento médico e métodos auxiliares não médicos. O apoio psicossocial e espiritual são componentes importantes dos cuidados paliativos e demandam profissionais capacitados e com boas habilidades de comunicação. Além disso, no âmbito da comunidade, os cuidados paliativos devem incluir todos os elementos que mantenham a paciente bem nutrida, limpa e tão ativa quanto queira. É preciso também capacitar os parentes no desempenho de suas funções, o que inclui mostrar a eles como obter e usar as provisões necessárias para os cuidados.

Nos estabelecimentos de nível terciário, a prevenção e o manejo dos sintomas incluem a radioterapia paliativa para reduzir o tamanho do tumor, além do tratamento de corrimento vaginal, fistulas, hemorragia vaginal, problemas nutricionais, escaras, febre e contraturas.

⁴ Connor et al. (2002), ver Leitura complementar.

⁵ OMS (2014), ver Leitura complementar

A história de Amélia

A agente comunitária de saúde ajudou a família a compreender a importância de manter a participação de Amélia em seu cotidiano e na vida da comunidade. Os parentes providenciaram a visita de amigos quando ela se sentia bem o suficiente, eles se revezaram no preparo dos alimentos e, quando ela estava fraca demais para sair da cama, cuidaram para que sempre houvesse alguém por perto. Amélia sentia que não fora deixada de lado por causa da doença. Mesmo quando a morte se aproximou, as conversas e a boa disposição mantiveram a casa cheia de vida e ela se sentiu amada e necessária até o fim da vida.

7.1 Uma abordagem integral dos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos de pacientes com doenças incuráveis de longa duração, entre as quais está o câncer avançado do colo do útero, oferecem apoio médico, emocional, social e espiritual. A equipe de cuidados paliativos conta com profissionais de saúde como médicos e enfermeiros, agentes comunitários de saúde e muitos cuidadores da família. Os cuidadores em todos os níveis e em todos os lugares são parte de uma abordagem holística das doenças graves e da proximidade da morte. Além de controlar a dor e outros sintomas do câncer, os cuidados paliativos incluem o apoio no âmbito da comunidade para mobilizar recursos locais e estabelecer vínculos com centros de tratamento.²

7.1.1 O que são os cuidados paliativos e por que são necessários?

Os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida das pacientes e das famílias que enfrentam problemas associados a doenças e condições com risco de vida. Não são apenas cuidados no fim da vida, mas incluem também intervenções usadas durante o curso da doença (ver Figura 7.1) para controlar todos os sintomas causadores de sofrimento, inclusive a dor, e ajudar a atender as necessidades emocionais e espirituais das pacientes e das famílias. Por ocasião do diagnóstico de câncer avançado devem ser consideradas as necessidades futuras da paciente, de maneira que os problemas sejam previstos e evitados ou controlados. Os cuidados paliativos são prestados por pessoas na comunidade, por centros de saúde locais e por hospitais, tanto no domicílio quanto em estabelecimentos de saúde ou instituições comunitárias. Os cuidados paliativos são um direito humano fundamental, reconhecido pela lei internacional de direitos humanos.³

² OMS (2004), ver Leitura complementar.

³ OSF (2011), ver Leitura complementar.

Se possível, os parentes e os trabalhadores da comunidade devem ser capacitados para prestar cuidados paliativos enquanto a paciente ainda está no hospital. Essa capacitação e orientação devem cobrir a prevenção e o manejo dos problemas além do apoio à paciente nas atividades diárias, como tomar banho, ir ao banheiro e se deslocar. Se não conseguir controlar os sintomas, a família deve pedir aos profissionais locais que façam visitas a domicílio para dar apoio e orientação e, caso necessário, providenciar a internação em estabelecimento de nível apropriado.

7.1.3 Abordagem de equipe para prestação de cuidados paliativos

Profissionais de todos os níveis da atenção, de especialistas a prestadores de cuidados domiciliares, colaboram para melhorar a qualidade de vida e os desfechos das pacientes com câncer do colo do útero avançado. A equipe dos estabelecimentos de atenção terciária pode contar com ginecologista, radioterapeuta, técnico em radioterapia, psicólogo ou conselheiro, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro oncologista, farmacêutico, assistente social e enfermeiro de cuidados paliativos. Nos países com poucos recursos é improvável que uma equipe com alto grau de especialização atue no nível da comunidade onde vive a mulher. Nesses lugares, os principais prestadores de cuidados paliativos são os agentes comunitários de saúde, apoiados, capacitados e supervisionados por profissionais de saúde de níveis primário e secundário.

Deve haver facilidade de transferência de informações médicas entre os diversos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados com a paciente. Quando apropriado, isso inclui a eficiência do intercâmbio e do compartilhamento de prontuários médicos entre as equipes comunitárias e de atenção terciária.

Deve-se informar a todas as pacientes e aos familiares cuidadores a quem devem procurar, caso necessário, em que estabelecimento e como fazer contato. É necessário elaborar estratégias para que os agentes comunitários de saúde ponham a paciente e a família em contato com o pessoal dos estabelecimentos de nível primário, secundário e terciário.

A comunicação é melhor se houver um sistema formal e voluntariamente implementado por todos os membros da equipe, inclusive os especialistas da atenção terciária, antes que a paciente receba alta do estabelecimento onde foi tratada. Os profissionais de saúde em todos os níveis devem ser capacitados para usar as mesmas palavras e linguagem não técnica, culturalmente apropriada, na presença das pacientes, da família e dos membros da comunidade, e para dispor dos recursos necessários para o manejo dos problemas físicos e psicossociais mais comuns, com atenção especial ao controle da dor.

7.2 A função da família nos cuidados paliativos

7.2.1 A inclusão da família⁶

A família desempenha uma função única e essencial nos cuidados paliativos. O profissional de saúde deve assegurar que a paciente e a família compreendam a natureza e o prognóstico da doença e o tratamento recomendado.

Com a ajuda dos agentes comunitários de saúde, a família será capacitada para participar da decisão e mantida informada sobre as decisões médicas, inclusive mudanças de cuidadores e de tratamento, e orientada sobre as melhores práticas em matéria de cuidados paliativos. Pode-se ensinar a família da paciente e outros cuidadores a prestar cuidados domiciliares. A atenção clínica pode ser prestada por profissionais de saúde capacitados para usar os medicamentos recomendados e autorizados pela legislação nacional. Os prestadores de cuidados paliativos ou domiciliares, com o apoio contínuo do profissional de atenção primária (ou seja, médico, assistente clínico ou enfermeiro), cuidam da maioria das necessidades da paciente.

7.2.2 Acesso a recursos locais para cuidados domiciliares

Quando a paciente já não é capaz de trabalhar ou cuidar da família, pode haver uma redução ainda maior dos recursos já exíguos. Nesse caso, a família pode obter dinheiro para alimentos, provisões e medicamentos usados nos cuidados com organizações não governamentais locais e regionais e organizações religiosas. É muito importante que os agentes comunitários de saúde estabeleçam vínculos com essas organizações antes que sejam necessários, para que as pacientes possam ser encaminhadas a elas quando necessário.

7.3 As funções dos profissionais de saúde

Profissionais de todos os níveis do sistema de saúde devem trabalhar em equipe para oferecer tratamento, conforto e cuidados e para transmitir informações corretas e ensinar habilidades à paciente, à família e à comunidade. Para isso, os profissionais necessitam de capacitação especializada no manejo e tratamento de problemas físicos e emocionais, além de habilidades de comunicação. Também há uma variedade imensa de comportamentos, sentimentos e crenças com respeito à morte que são afetados pelo contexto cultural e que devem ser levados em consideração. O Capítulo 3, nas Seções 3.1 e 3.5, apresenta informações sobre habilidades de comunicação e aconselhamento, e a Seção 7.5, adiante neste capítulo, aborda a informação da paciente e de seu círculo de apoio. Além disso, a Ficha prática 3.4 trata do aconselhamento, a Ficha prática 6.4 é destinada aos



Aconselhamento



Especialistas em
câncer

⁶ Nesse contexto, “família” inclui qualquer pessoa que a paciente considere importante.

profissionais de nível terciário e trata da conversa com as pacientes sobre o câncer e o tratamento, e a Ficha prática 7.3 aborda a conversa com uma paciente que volta para casa sob cuidados paliativos.



Aconselhamento:
cuidados paliativos

Um trabalhador capacitado para prestar cuidados paliativos permite que a paciente e seu círculo de apoio tomem decisões sobre os cuidados. A paciente e a família sentem que detêm o controle, com pleno apoio da equipe de saúde, cuja tarefa é fornecer informações e orientação apropriadas e apoiar decisões livres e esclarecidas.

7.3.1 A função dos agentes comunitários de saúde

Os agentes comunitários de saúde (ACS) e outros membros especiais da comunidade dedicados a contribuir nos cuidados paliativos, em coordenação com profissionais dos níveis primário e secundário, participam das seguintes atividades:

- Elaborar um plano de atenção pessoal com visitas domiciliares programadas e periódicas a fim de prever e, se possível, prevenir e controlar qualquer problema.
- Providenciar tratamentos, instruir a família nessa tarefa e capacitar a paciente e a família para realizar os procedimentos de cuidados e promoção de bem-estar, além de verificar se estão sendo aplicados.
- Facilitar o acesso a provisões e medicamentos.
- Avaliar sistematicamente as necessidades físicas, psicossociais e espirituais da paciente e informar os resultados ao profissional de atenção primária (médico) da paciente.
- Com base nas avaliações e no feedback do profissional de atenção primária (médico) da paciente, prestar atenção especial para garantir, na medida do possível, a disponibilidade de tratamento, inclusive para controlar a dor.
- Responder perguntas, fornecer informações e manter registros.
- Incentivar os parentes a manter a maior participação possível da paciente no cotidiano da família.

7.3.2 As funções dos médicos e outros prescritores autorizados nos estabelecimentos de níveis primário e secundário

Os médicos e outros prescritores autorizados têm as seguintes funções:

- Visitar a comunidade periodicamente para realizar sessões de capacitação dos agentes comunitários de saúde; essa também é uma oportunidade de conhecer as condições nas quais eles trabalham e as pacientes vivem.
- Ao visitar a paciente, aconselhar e ensinar a ela e sua família a prevenir problemas comuns, como contraturas e escaras de decúbito e, caso ocorram, como deve ser o manejo.

- Apoiar e supervisionar a equipe da comunidade, a paciente e a família nas questões de tratamento e cuidados.
- Frequentar os cursos de capacitação em cuidados paliativos organizados nos estabelecimentos de nível primário ou secundário.
- Prescrever analgésicos, inclusive morfina oral quando disponível, e medicamentos para alívio da dor e de outros sintomas.
- Prescrever, fornecer, supervisionar, apoiar e manter provisões (inclusive medicamentos) para os agentes comunitários de saúde que visitam em casa as mulheres com câncer do colo do útero, ou diretamente para as pacientes e os cuidadores para uso imediato ou quando necessário.
- Prestar cuidados de emergência ou de seguimento sistemático para problemas surgidos depois do diagnóstico ou do tratamento do câncer invasivo.
- Encaminhar as pacientes, quando possível, a estabelecimentos de maior complexidade para internação e tratamento de problemas agudos cujo manejo seria melhor nesses locais, como hemorragia vaginal grave e dor intratável (esta última com radioterapia).
- Ajudar a organizar o transporte das pacientes a esses locais, se possível.
- Manter contato com agentes comunitários de saúde e profissionais de cuidados paliativos e acompanhar os cuidados das pacientes encaminhadas por eles.
- Proporcionar supervisão e assistência à distância mantendo-se disponível para consultas quando apropriado.

7.3.3 A função dos profissionais em estabelecimentos de nível terciário

Os profissionais no hospital de nível terciário têm as seguintes funções:

- Proporcionar atenção de nível terciário em regime de hospitalização a pacientes com dor intratável e outros sintomas, inclusive com radioterapia e outros tratamentos só disponíveis nesse nível.
- Proporcionar atenção de emergência em regime ambulatorial para sintomas associados a grande sofrimento (por exemplo, hemorragia vaginal), se factível.
- Manter a paciente sem dor com medicamentos suficientes, inclusive morfina, segundo as diretrizes nacionais relativas à dor e aos cuidados paliativos.
- Enviar um relatório aos profissionais que encaminharam a paciente e estar disponível para outras consultas à distância.

A delegação de algumas tarefas aos profissionais de nível primário só deve ocorrer se houver sistemas satisfatórios para proteger legalmente tanto os profissionais de saúde quanto as pacientes. Alguns países já mudaram as políticas e regulamentações para permitir que enfermeiras e assistentes clínicos prescrevam medicamentos opioides com o objetivo de melhorar a cobertura do alívio da dor.

Outras evidências confirmadas são necessárias para orientar os formuladores de políticas sobre possíveis estratégias para aumentar a cobertura dos serviços e manter a qualidade da atenção. A OMS formulou uma série de recomendações e diretrizes globais acerca da delegação de tarefas nos serviços de atenção ao HIV;⁷ os princípios gerais podem ser adotados para a delegação de outras tarefas no sistema de saúde e, portanto, podem ser úteis quando se planeja a prestação de cuidados paliativos às pacientes com câncer do colo do útero.

7.3.4 A função dos profissionais de saúde na previsão da morte e no momento da morte

A morte, o morrer e o luto devem ser compreendidos e abordados no contexto do conhecimento, das crenças, das práticas e dos comportamentos culturais locais e regionais. Deve-se usar linguagem compassiva e culturalmente apropriada ao abordar a morte e o morrer com as pacientes, as famílias e as comunidades.

a. Previsão de questões práticas

Muitas famílias podem ter dificuldade de se preparar para a probabilidade de que um parente doente morra enquanto eles ainda esperam a remissão da doença ou o prolongamento da vida. Os profissionais de saúde devem ser muito sensíveis à capacidade da paciente e da família de enfrentar a realidade da situação e devem ajustar as intervenções segundo a disposição da paciente e da família de tomar medidas práticas a fim de se preparar para a morte prevista.

Reconhecer a necessidade de ter esperanças enquanto se faz planos para o pior não são mutuamente excludentes. Convém discutir as questões importantes com a paciente e a família, se ela consentir. Os temas a abordar são:

- os objetivos dos cuidados (por exemplo, prolongar a vida consciente até que parentes distantes venham se despedir, reduzir o sofrimento e a dor);
- a organização de assuntos pessoais, como testamentos, preparativos funerários, finanças familiares e cumprimento de obrigações, que podem ajudar as pacientes e as famílias a sentir que detêm maior controle durante essa situação difícil;
- o que fazer quando chegar a morte, inclusive evitar a reanimação desnecessária e o prolongamento da vida se isso for contrário ao desejo da paciente.

Abordar esses assuntos práticos e ajudar a resolvê-los, de acordo com o contexto cultural predominante, também pode permitir a solução de pendências emocionais familiares.

⁷ OMS, PEPFAR, UNAIDS (2008), ver Leitura complementar.

b. Preparo para a morte

O incentivo à comunicação no seio da família pode tornar a morte menos estressante e facilitar o luto (a Seção 6.7.3, no Capítulo 6, e a Seção 7.5.4, adiante neste capítulo, oferecem outras orientações para conversar com a paciente e a família quando o câncer é incurável). Às vezes, a paciente expressa raiva ou outras emoções fortes contra os parentes e os profissionais de saúde mais próximos; essas explosões devem ser aceitas e não levadas para o lado pessoal. As reações à morte iminente são sempre afetadas pelo contexto cultural; portanto, antes de começar a conversa, é necessário avaliar com sensibilidade se a paciente está disposta a abordar o assunto. Lembre-se sempre de que a escuta atenta e comunicação não verbal tranquilizadora podem ser muito importantes.

Junto com a família, o profissional de saúde capacitado pode contribuir da seguinte maneira para apoiar a mulher que está prestes a morrer:

- oferecer conforto e cuidados;
- ajudar a lidar com a culpa ou os arrependimentos;
- falar sobre a morte iminente (depois de verificar se ela está disposta a isso);
- responder às reações de pesar, como tristeza, culpa, aspirações, raiva, desespero e esquiva;
- manter a comunicação aberta e dar a ela a oportunidade de falar sobre os próprios pensamentos e sentimentos, sem pressionar se não estiver pronta para conversar;
- oferecer apoio prático e perguntar quem a paciente prefere que cuide dela, onde quer receber os cuidados, que limites deseja impor para visitação, que solicitações especiais quer fazer e assim por diante;
- perguntar se ela deseja atenção pastoral (por quem e quando);
- se for o caso, perguntar onde e com quem ela deseja estar no momento da morte;
- assegurar que seus desejos e a confidencialidade são respeitados.

Ao contemplar a possibilidade de transferência para o hospital, a vontade da paciente é a principal consideração se ela estiver consciente; se estiver inconsciente, pode-se levar em conta a vontade da família. Em geral, não é apropriado transferir uma paciente que está prestes a morrer. Se não houver expectativa de morte no futuro imediato, e a família necessitar de repouso, pode-se considerar a transferência para o hospital de nível secundário ou para um centro de cuidados paliativos, se disponível e acessível.

c. Morte

No momento da morte, é essencial respeitar ritos, rituais e costumes locais, assim como qualquer desejo pessoal expresso da paciente ou da família em relação

aos cuidados com o corpo, preparativos funerários e outras questões. Em geral, é apreciada a visita domiciliar no momento da morte.

d. Luto

A atenção ao luto é o apoio dado à família após a morte de uma paciente para ajudar a enfrentar a perda do ente querido. Os profissionais de atenção domiciliar e do ambulatório participantes dos cuidados terminais podem compartilhar o pesar dos parentes, encorajando-os a conversar e falar sobre suas recordações. Os trabalhadores não devem oferecer falso consolo, mas dar apoio, escutar e tentar organizar apoio prático com vizinhos e amigos. Os serviços de cuidados paliativos geralmente incluem algum acompanhamento das famílias enlutadas para apoiar o processo efetivo de luto e a manutenção do apoio da comunidade, bem como para avaliar e ajudar as famílias com um luto prolongado que possa interferir no reajuste ao funcionamento adaptativo.

7.4 Manejo de sintomas comuns no câncer do colo do útero avançado

As mulheres com câncer do colo do útero avançado podem sofrer diversos problemas físicos, psicológicos e emocionais. A dor geralmente é parte do quadro, e seu alívio sempre deve fazer parte dos cuidados paliativos.

7.4.1 Manejo da dor

A dor é um dos sintomas mais comuns no câncer avançado. A grande maioria das mulheres com câncer do colo do útero tem dor moderada a intensa. Sempre se deve tratar a dor moderada e intensa, e os analgésicos opioides costumam ser essenciais para seu alívio.

O que se sabe sobre o alívio da dor em pacientes com câncer?

- É amplamente subutilizado, mesmo em alguns locais com muitos recursos e, por conseguinte, muitas pacientes sofrem sem necessidade.
- A maioria das dores pode ser aliviada satisfatoriamente.
- A paciente é a melhor fonte de informação sobre a dor; é necessária avaliação contínua da dor (ver Ficha prática 7.1).
- É muito útil que haja colaboração e comunicação periódica das pacientes com os cuidadores domiciliares e com os profissionais clínicos em todos os níveis do sistema de saúde; os cuidadores domiciliares têm maior contato com as necessidades da paciente, enquanto os profissionais clínicos podem oferecer apoio e medicamentos.
- Os medicamentos usados para controle da dor podem ter efeitos adversos.⁸



Dor

⁸ Consulte as listas-modelo de medicamentos essenciais da OMS; OMS (2013), ver Leitura complementar.

A disponibilidade de medicamentos potentes contra a dor, inclusive os opioides, varia muito de um país para outro. Em muitos países, não há fácil acesso à morfina oral, mas as diretrizes de política da OMS recomendam que todos os países adotem políticas que permitam o acesso das pacientes a medicamentos controlados (medicamentos que são controlados como drogas, para evitar o uso indevido) quando necessitarem deles.⁹ É preciso acompanhar e tratar os efeitos colaterais da morfina, como a constipação intestinal. Os profissionais devem usar os medicamentos disponíveis na medida do possível para aliviar a dor, enquanto continuam a defender o maior acesso a todos os medicamentos para dor e cuidados paliativos da lista da OMS.¹⁰

7.4.2 Barreiras ao alívio efetivo da dor

Estas são as principais categorias de barreiras ao alívio efetivo da dor:

- **Barreiras legislativas e políticas:** a existência de leis e políticas demasiado restritivas pode impedir o acesso rápido das pacientes e de seus cuidadores na comunidade a medicamentos controlados.
- **Normas e diretrizes nacionais ultrapassadas:** essas normas e diretrizes podem não ser atualizadas periodicamente de acordo com as convenções e diretrizes internacionais de controle de drogas.
- **Capacitação insuficiente dos profissionais de saúde:** a educação dos profissionais de saúde pode ser deficiente devido à atenção muito limitada aos cuidados paliativos nos currículos das faculdades de medicina, enfermagem e farmácia. Os graduados das instituições de formação podem não ter adquirido segurança com o uso de opioides suficientes para controlar a dor e podem desconhecer os efeitos colaterais comuns e seu manejo.
- **Crenças negativas do pessoal de saúde não baseadas em evidências:** o pessoal de saúde pode ter crenças persistentes que levam ao uso incorreto de opioides. Pode acreditar, por exemplo, que o uso prolongado de opioides acelera a morte ou causa dependência.
- **Barreiras econômicas:** baixas margens de lucro, preços altos e pequeno volume de negócios podem levar à indisponibilidade de analgésicos opioides em um país.

Quando houver disponibilidade de analgésicos opioides, devem ser seguidas as regras e as regulamentações nacionais. No entanto, é preciso verificar com atenção se elas permitem a administração adequada para alívio da dor. Do contrário, profissionais médicos e não médicos devem unir esforços para defender que os cuidados paliativos incluam o alívio da dor.

Em 2011, a OMS publicou diretrizes de política intituladas *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility*

⁹ OMS (2011), ver Leitura complementar.

¹⁰ OMS (2013), ver Leitura complementar.

of controlled medicines (Garantia de equilíbrio nas políticas nacionais para substâncias controladas: orientação para disponibilidade e acessibilidade de medicamentos controlados).¹¹ Essas diretrizes podem ser usadas para identificar as barreiras para o acesso aos opioides e a outros medicamentos potentes e também como referência para elaborar leis e políticas satisfatórias, inclusive para farmácias, que conciliem o acesso a analgésicos opioides e outros medicamentos controlados para uso médico e os riscos de desvios e da dependência de opioides na sociedade.

7.4.3 A escada analgésica da OMS

A escada de três degraus da OMS para alívio da dor no câncer, publicada em 1986,¹² orienta o manejo da dor no câncer. Entretanto, a conduta atual em muitos países é pular o segundo degrau e usar, em seu lugar, doses baixas de opioides fortes como a morfina para obter o controle rápido e efetivo da dor. No futuro próximo, a OMS formulará novas diretrizes sobre o manejo da dor no câncer em adultos, que devem ser consultadas quando publicadas.

7.4.4 Medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)

Os AINEs são uma classe de medicamentos que reduzem a dor e a inflamação. Com frequência, são usados para aliviar a dor leve a moderada em todos os tipos de câncer, assim como a dor na artrite, cólicas menstruais, dores musculares após exercício físico e cefaleias tensionais. A maioria dos AINEs está disponível em formulações de venda livre. Alguns AINEs usados no tratamento do câncer são: ibuprofeno, naproxeno, nabumetona, cetorolaco, sulindaco e diclofenaco. Os AINEs podem ser associados aos opioides em doses seguras; por exemplo, para tratamento mais efetivo da dor óssea.

7.4.5 Opioides

Do ponto de vista farmacológico, são opioides todas as substâncias químicas com mecanismo de ação semelhante ao da morfina para aliviar a dor. Os opioides são extraídos da papoula ou sintetizados e podem até mesmo ser produzidos pelo próprio corpo (endorfinas); podem ou não ter semelhança química com a morfina.

Os efeitos analgésicos (de alívio da dor) dos opioides se devem à redução da percepção da dor, diminuição da reação à dor e aumento da tolerância à dor. Os efeitos colaterais mais comuns dos opioides são constipação intestinal, náuseas, sedação, depressão respiratória, euforia e sonolência. Os opioides também inibem a tosse, que é outra indicação para a administração. A revisão sistemática das evidências indicam que a fentanila, a morfina, a hidrocodona, a oxycodona e a

¹¹ OMS (2011), ver Leitura complementar.

¹² OMS (1986), ver Leitura complementar.

metadona têm igual efetividade.¹³ Entretanto, as pacientes preferem a fentanila transdérmica. Os estudos indicam menor constipação intestinal e retenção urinária nas pacientes tratadas com fentanila, porém há relato de menos náuseas, sudorese e diarreia com a morfina oral. O preço local dos medicamentos é um aspecto importante ao escolher a preparação a ser usada.¹⁴

A dependência de opioides nas pacientes tratadas com esses medicamentos é rara e não deve ser motivo para deixar de tratar a dor moderada e intensa com as doses mais efetivas para cada uma.¹⁵

Deve-se usar uma conduta gradual de analgesia, que começa com paracetamol e AINEs na dor leve e emprega analgésicos opioides fortes para o alívio da dor moderada a intensa em mulheres com câncer do colo do útero.¹⁶

Os analgésicos são mais efetivos quando administrados em horários predeterminados – com intervalos regulares fixos – em vez de “quando necessário”. A via oral é preferível para a administração de todos os medicamentos contra a dor, inclusive a morfina.¹⁷

A morfina oral é efetiva como tratamento de primeira linha da dor persistente moderada a intensa nas mulheres com câncer do colo do útero.¹⁸

7.4.6 Métodos não farmacológicos como auxiliares no controle da dor

Muitos métodos não farmacológicos apropriados à cultura e aos costumes locais ajudam a controlar a dor. Esses métodos podem ser associados a medicamentos analgésicos, mas nunca devem substituir os medicamentos analgésicos efetivos. O manejo não médico da dor inclui: apoio emocional, métodos físicos (toque e massagem), distração, música, arteterapia e outras terapias expressivas, imaginação guiada e terapia de relaxamento, aromaterapia, terapia com animais, oração, meditação e métodos tradicionais locais não prejudiciais. A acupuntura e outras terapias asiáticas ou tradicionais chinesas também podem ser utilizadas. A massoterapia mostrou ser um método adjuvante efetivo para controle da dor. Esses métodos de controle da dor devem ser prestados por profissionais qualificados e somente com a compreensão e a aprovação explícita da paciente e da família. A paciente deve ser incentivada a informar aos profissionais de saúde os métodos complementares que deseja usar.

¹³ OMS (2004), ver Leitura complementar.

¹⁴ Tassinari et al. (2011), Wiffen & McQuay (2007), ver Leitura complementar.

¹⁵ Minozzi et al. (2013), ver Leitura complementar.

¹⁶ OMS (2014), ver Leitura complementar.

¹⁷ OMS (2004 e 2014), ver Leitura complementar.

¹⁸ OMS (2014), ver Leitura complementar.

7.4.7 Outros problemas da doença avançada

Além da dor, outros sintomas e problemas comuns no câncer do colo do útero avançado são: corrimento vaginal, fistulas, hemorragia vaginal, náuseas e vômitos, diarreia ou constipação intestinal, febre, perda de apetite, emaciação, fraqueza e fadiga, edema da perna, escaras, dispneia, incontinência intestinal ou vesical, ansiedade e depressão.

A Ficha prática 7.2 contém informações sobre o manejo domiciliar de corrimento vaginal, fistulas e hemorragia; esses esclarecimentos são dirigidos aos cuidadores do nível primário de atenção, da comunidade e domiciliares e incluem informações apropriadas sobre prevenção de infecções e aconselhamento.



Manejo de sintomas

7.5 Manutenção da paciente e do seu círculo de apoio informados

7.5.1 Para o profissional de nível terciário: informação da paciente sobre a interrupção do tratamento curativo

As pacientes devem ser informadas sobre as opções terapêuticas em todas as fases da doença e participar ativamente das decisões. Quando se torna claro que nenhum outro tratamento curativo trará benefícios porque não está havendo efeito positivo sobre a saúde nem sobre o câncer, o melhor a fazer é aconselhar a paciente e a família de maneira sensível, mas verdadeira. É importante explicar também que embora o tratamento do câncer possa não ser útil, você ainda está comprometido com seu bem-estar e o tratamento dos sintomas, inclusive a dor. Evite dizer “não há mais nada a fazer”, pois os cuidadores podem ajudar muito no alívio dos sintomas, no fornecimento de medicamentos, na organização dos cuidados de menor nível de complexidade ou simplesmente por estarem disponíveis. Se a paciente esteve hospitalizada e está voltando para casa, esse é o momento de entrar em contato com profissionais de saúde locais que possam prestar cuidados paliativos. As perguntas acerca do tempo de vida restante devem ser respondidas com honestidade, ou seja, você não sabe, mas talvez sejam poucos dias, semanas ou meses, de acordo com a situação da paciente. Isso indica a ela e à família o que esperar, de modo que possam tomar as providências cabíveis.

O melhor é se manter o mais tranquilo e solidário possível: essa é uma conversa necessária e muito emocional e entristecedora. Não é aceitável que um funcionário subalterno informe à paciente que os médicos decidiram dar-lhe alta.

Primeiro pergunte como ela está sentindo, que sintomas tem e que pessoas em casa e na comunidade podem ajudá-la com as necessidades físicas, emocionais e espirituais. Ao discutir esse tema em detalhes, você analisa com a paciente quais

foram as medidas adotadas nas últimas semanas para cuidar de sua saúde; depois, com muito cuidado, aborde a questão de que não houve melhora nas últimas X semanas ou meses. Explique que toda a equipe de médicos responsável por seu tratamento no hospital concordou que seria melhor para ela voltar para casa e estar com a família e o círculo de apoio, que são as melhores pessoas para oferecer-lhe conforto e paz. Informe à paciente sobre a possibilidade de fazer uma declaração antecipada de vontade (também conhecida como “testamento vital”), que pode ser útil se, mais tarde, não estiver em condições de tomar decisões por si só. Informe também sobre a assistência que você e o hospital podem oferecer.

Por último, comunique à paciente que será remetido aos profissionais de atenção primária e agentes comunitários de saúde um relatório completo, inclusive com os tratamentos sugeridos para os sintomas persistentes e possíveis novos sintomas, solicitando que esses profissionais acompanhem a paciente durante essa etapa da vida. O relatório deve incluir informações de contato (telefone, fax, *e-mail*, endereço) do centro de tratamento e deve solicitar informações periódicas sobre o estado da paciente e incentivar a busca de orientação caso ocorram sintomas inesperados. Cuide para que os profissionais locais que assistem a paciente saibam que você e a equipe estão disponíveis para conversar sobre qualquer preocupação com a evolução da paciente no futuro próximo.

7.5.2 Para os profissionais de nível primário e secundário e cuidadores domiciliares: conversa com a paciente quando ela volta para casa

Quando a paciente recebe alta hospitalar e volta para casa, os profissionais da comunidade e dos níveis primário e secundário de atenção devem fazer uma visita a ela e, se for de sua vontade, à família para criar um relacionamento caloroso e de confiança. Depois dos cumprimentos e das apresentações necessárias, você pode começar falando da parte boa de estar em casa de novo rodeada por seu círculo próximo. O mais importante é garantir que você estará disponível quando necessário e informar como ela pode entrar em contato a qualquer momento, mas explique também que os cuidadores podem ajudar muito a aliviar os sintomas, o que inclui fornecer medicamentos e organizar consultas e transporte até os estabelecimentos de nível primário ou terciário, caso necessário.

Depois disso, é importante ter uma conversa confidencial e mais detalhada. Você, o profissional, tem que estar o mais tranquilo e solidário possível: essa é uma conversa necessária e muito emocional e entristecedora. Antes de iniciar a conversa, você deve verificar se o momento é propício; se a paciente preferir outro momento, procure programar para pouco tempo depois. Procure sempre falar a verdade, mas com sensibilidade. Não há nenhum conflito entre a verdade e o otimismo.

As perguntas acerca do tempo de vida restante devem ser respondidas com honestidade (consulte a mesma informação para profissionais de nível terciário na Seção 7.5.1).

Se a paciente esteve hospitalizada e está voltando para casa, esse é o momento para que profissionais de saúde e cuidadores em todos os níveis estabeleçam comunicação entre si e se mantenham informados sobre a paciente e sua evolução.



Aconselhamento:
cuidados paliativos

A Ficha prática 7.3 apresenta orientações para conversar com uma paciente que volta para casa sob cuidados paliativos.

7.5.3 Conversa sobre tratamento da dor com a paciente e a família

Ao iniciar o manejo da dor, é importante conversar sobre isso com a paciente e a família. É preciso ter em mente principalmente os seguintes aspectos:

- Informar à paciente e à família que é possível controlar a dor e outros sintomas do câncer na maioria dos casos.
- Incentivar a paciente e a família a manter contato com os profissionais nas comunidades, sobretudo se surgirem sintomas novos ou se a dor aumentar.
- Descrever os medicamentos prescritos, com base na intensidade da dor, e dizer que ela precisa manter você informado sobre sua efetividade, pois, se não forem plenamente efetivos, pode-se aumentar a dose ou trocar os medicamentos analgésicos.
- Conversar com a paciente sobre as opções de manejo tradicionais e não clínicas que podem ser associadas aos medicamentos.
- Assegurar à paciente e a seu círculo de apoio que estão sendo recomendados e fornecidos analgésicos potentes porque ela está sentindo dor, não porque ela está prestes a morrer.
- Assegurar à paciente e às pessoas do círculo de apoio que a dependência de analgésicos fortes é rara.
- Dar à paciente e à família informações sobre doses, frequência de uso, efetividade, velocidade do alívio esperado, efeitos colaterais e métodos de prevenção e tratamento. Fornecer verbalmente e por escrito as seguintes informações:
 - Quase sempre há constipação intestinal. O controle pode ser feito com laxantes orais e é possível prevenir a constipação se esses medicamentos forem administrados desde o início do tratamento sem esperar que surjam sintomas.
 - As náuseas são menos comuns, geralmente transitórias e podem ser tratadas com antieméticos.
 - A euforia e a sonolência geralmente também são transitórias; se forem intensas ou não diminuírem com o tempo, o profissional ajudará a paciente por redução muito

gradual da dose. Se esses efeitos colaterais continuarem, o profissional buscará orientação de especialistas em dor.

- Informar à paciente e à família sobre o lugar, o dia e a hora das consultas de acompanhamento (inclusive em casa), mesmo que não haja problemas, e também como marcar uma consulta com o médico se necessário.
- Explicar a eles como podem entrar em contato com os profissionais clínicos a qualquer hora do dia ou da noite (dar números de telefone, etc.) em caso de dúvidas urgentes, problemas graves ou agravamento do quadro.

7.5.4 Conversa sobre a aproximação da morte com a paciente e a família

É importante que os profissionais da comunidade e do nível primário conversem com a paciente e, se for o caso, com a família e o grupo de apoio próximo, sobre a probabilidade de morte muito em breve.

Elementos culturais específicos devem ser levados em conta nas conversas sobre a morte iminente. É importante não dizer diretamente que a paciente está morrendo, mas escolher as palavras certas com muito cuidado e dizer, por exemplo, que você notou que ela está se tornando mais debilitada ou que é perceptível que está menos estável. Assegure à família que todos estão fazendo tudo que é possível para manter seu bem-estar e que é muito importante que eles estejam ao seu lado, deem amor e façam com que se sinta cuidada.

Se possível, sugira que o trabalho do círculo de apoio imediato é ajudar a paciente a contatar pessoas próximas que não morem perto e incentivá-las a assegurar que querem e podem fazer tudo que a paciente considerar necessário para tornar sua vida mais satisfatória (por exemplo, resolver conflitos atuais ou antigos e cuidar de compromissos).

Mantenha os trabalhadores da comunidade que assistem a paciente informados sobre seu estado de saúde e solicite que a visitem diariamente, se possível. Peça que também informem o profissional de atenção primária local sobre seu estado e, caso necessário, solicitem que o profissional visite a paciente em casa.

Assegure à família que você está e sempre estará disponível para vê-los e ver a paciente qualquer que seja a razão. Além disso, informe à família que depois da morte da paciente, seu ente querido, você estará disponível para apoiá-los durante o período de luto, se assim desejarem.

Leitura complementar

- Connor S, Egan K, Kwilosz D, Larson D, Reese D. Interdisciplinary approaches to assisting with end-of-life care and decision-making. *Am Behav Sci*. 2002;46(3):340–56.
- Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. *Addiction*. 2013;108(4):688–98. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x.
- Open Society Foundations (OSF). Public health fact sheet: palliative care as a human right. New York: OSF; 2011 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/palliative-care-human-right-fact-sheet>, accessed 24 October 2014).
- Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Maltoni M. Transdermal opioids as front line treatment of moderate to severe cancer pain: a systemic review. *Palliative medicine*. 2011;25(5):478–87.
- Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD003868.
- World Health Organization (WHO). Cancer pain relief. Geneva: WHO; 1986 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43944/1/9241561009_eng.pdf, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in sub-Saharan Africa. Geneva: WHO; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591498.pdf>, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO model lists of essential medicines. Geneva: WHO; 2013 (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>, accessed 22 October 2014).
- World Health Organization (WHO). Resolution WHA 67.19. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Sixty-seventh World Health Assembly, agenda item 15.5, Geneva, 24 May 2014. Geneva: WHO; 2014 (WHA 67.19; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf, accessed 18 July 2014).
-



FICHAS PRÁCTICAS

Ficha prática 2.1: Lista de verificação para planejamento e implementação de um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero¹

PLANEJAMENTO do programa	
Estabelecer uma equipe de manejo	
Atrair a participação dos interessados locais	
Analisar e, se necessário, reformular ou atualizar as diretrizes e os protocolos de práticas	
Avaliar as necessidades de vacinação contra o HPV, de serviços de rastreamento e tratamento e de referências no âmbito local	
Determinar o tamanho das populações-alvo para vacinação e rastreamento, tanto em áreas rurais quanto urbanas	
Elaborar um plano de ação, que inclua plano de informação, educação e comunicação (IEC), plano de capacitação, estratégia de prestação de serviços, metas de cobertura local para vacinação contra o HPV e estratégia de rastreamento e tratamento	
Elaborar o orçamento e alocar os recursos para apoiar a implementação do plano de ação	
Elaborar ou atualizar o material de IEC e o material de capacitação	
Orientar a comunidade, os interessados diretos e o pessoal local	
Ministrar cursos de capacitação e reciclagem para profissionais de saúde, supervisores e gestores de dados	
Adquirir e distribuir equipamento e provisões	
Estabelecer sistemas para gestão da qualidade, com indicadores, sistemas de supervisão de apoio e sistemas de informação para coletar, armazenar e transmitir dados no âmbito subnacional e nacional	
Fortalecer os sistemas de referência	
Lançar os serviços	
IMPLEMENTAÇÃO do programa	
Implementar uma estratégia de educação e sensibilização da comunidade	
Prestar os serviços clínicos e assegurar a referência de casos	
Supervisionar o trabalho dos profissionais e organizar capacitação e solução de problemas no local de acordo com a necessidade	
Monitorar e avaliar o desempenho e os resultados do programa com base nos indicadores selecionados	
Modificar a estratégia com base nos resultados do monitoramento e da avaliação	

¹ Fonte: adaptado de Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf).

Ficha prática 2.2: Principais indicadores de desempenho e impacto de programas nacionais de prevenção e controle do câncer do colo do útero

Esta ficha prática enumera os principais indicadores de desempenho, resultado e impacto de um programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero e ensina a calcular cada um deles.

Indicadores básicos de rastreamento e tratamento²

Nota: esse conjunto de indicadores básicos foi elaborado para a inspeção visual com ácido acético (VIA), mas pode ser aplicado a qualquer outro exame de rastreamento cervical, como indica o texto adiante.

Indicador básico 1: taxa de rastreamento (indicador de desempenho)

O que mede: a porcentagem de mulheres de 30 a 49 anos que se submeteram pela primeira vez a um exame de rastreamento cervical em um período de 12 meses. É um indicador de monitoramento que mede quantos rastreamentos dirigidos a mulheres de 30 a 49 anos foram realizados em um período de 12 meses.

Cálculo:

Numerador: número de mulheres de 30 a 49 anos submetidas pela primeira vez a um exame de rastreamento cervical em um período de 12 meses

Denominador: número de mulheres de 30 a 49 anos na população.

Indicador básico 2: taxa de positividade do exame de rastreamento cervical (indicador de desempenho)

O que mede: a porcentagem de mulheres de 30 a 49 anos com resultado positivo do rastreamento.

Cálculo:

Numerador: número de mulheres de 30 a 49 anos com resultado positivo em um período de 12 meses

Denominador: número total de mulheres de 30 a 49 anos submetidas ao rastreamento em um período de 12 meses.

² Texto adaptado do Anexo 3 de: Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

Indicador básico 3: taxa de tratamento (indicador de desempenho)

O que mede: a porcentagem de mulheres com resultado positivo do rastreamento que receberam tratamento em determinado ano.

Cálculo:

Numerador: número de mulheres de 30 a 49 anos com resultado positivo do rastreamento que concluíram o tratamento apropriado em um período de 12 meses
Denominador: número de mulheres com resultado positivo do rastreamento em um período de 12 meses.

Indicador básico 4: cobertura da população-alvo (indicador de resultado)

O que mede: porcentagem de mulheres de 30 a 49 anos submetidas a rastreamento com exame do colo do útero pelo menos uma vez entre 30 e 49 anos. Esse indicador mede a efetividade do programa de rastreamento para alcançar a população-alvo pelo menos uma vez.

Cálculo:

Numerador: todas as mulheres de 30 a 49 anos que responderam “sim” à pergunta no levantamento
Denominador: todas as mulheres de 30 a 49 anos que responderam à pergunta no levantamento.

Indicador básico 5: incidência de câncer do colo do útero específica por idade (indicador de impacto)

O que mede: número de novos casos de câncer do colo do útero que ocorrem em uma população definida de indivíduos sem doença em um período específico.³

Cálculo:

Numerador: número de casos na faixa etária
Denominador: número de mulheres na faixa etária (1 pessoa-ano por pessoa, se a medida for anual).

Outros indicadores de rastreamento e tratamento⁴

Nota: esse conjunto de indicadores adicionais foi elaborado para a inspeção visual com ácido acético (VIA), mas pode ser aplicado a qualquer outro exame de rastreamento cervical, como indica o texto adiante.

³ Boyle P, Parkin DM. Statistical methods for registries. In: Jensen OM et al., editors. Cancer registration: principles and methods. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 1991:126–58.

⁴ Texto adaptado do Anexo 4 de: Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

1. Porcentagem de mulheres com resultado positivo no rastreamento e lesões elegíveis para crioterapia tratadas durante a mesma consulta

Cálculo:

Numerador: número de mulheres com resultado positivo no rastreamento e lesões elegíveis para crioterapia tratadas durante a mesma consulta \times 100.

Denominador: número de mulheres com resultado positivo no rastreamento e lesões elegíveis para crioterapia.

2. Porcentagem de mulheres com resultado positivo no rastreamento e lesões não elegíveis para crioterapia referidas para colposcopia que concluem o tratamento satisfatório

Cálculo:

Numerador: número de mulheres com resultado positivo no rastreamento e lesões não elegíveis para crioterapia referidas para colposcopia que concluem o tratamento satisfatório \times 100

Denominador: número de mulheres com resultado positivo no rastreamento com lesões não elegíveis para crioterapia.

3. Porcentagem de mulheres com suspeita de câncer invasivo em exame de rastreamento cervical que concluem o tratamento ou seguimento apropriado

Cálculo:

Numerador: número de mulheres com suspeita de câncer invasivo em exame de rastreamento cervical que concluem o tratamento ou seguimento apropriado \times 100

Denominador: número de mulheres com suspeita de câncer invasivo em exame de rastreamento cervical.

Indicadores da vacinação contra o HPV

Cobertura da vacinação contra o HPV⁵

Plenamente vacinadas: porcentagem de meninas elegíveis na população-alvo que receberam as duas doses recomendadas no calendário de vacinação contra HPV (ou três doses se for o caso).

Cálculo:

Numerador: número de meninas que receberam HPV2 (ou HPV3 se for o caso) \times 100

Denominador: número de meninas na população elegíveis para a vacinação contra o HPV.

⁵ Consulte o Anexo 6: Modelos de formulários para vacinação contra o HPV.

Taxa de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) na vacinação contra o HPV

Número e porcentagem de meninas vacinadas que apresentaram eventos adversos graves e eventos adversos não graves, notificados espontaneamente pelos mecanismos habituais do programa de vacinação do país.

Indicadores da atenção ao câncer do colo do útero

Incidência de câncer do colo do útero: incidência de câncer do colo do útero específica por idade em uma população definida de indivíduos sem doença em determinado período.

Mortalidade por câncer do colo do útero: número de mortes por câncer do colo do útero ocorridas em determinado período em uma população específica.

Tratamento do câncer: proporção de pacientes com câncer curável que conseguem tratamento satisfatório (segundo padrões estabelecidos) em determinado período.⁶

Acesso a opioides: porcentagem de mulheres com câncer do colo do útero avançado que estão sendo tratadas com opioides fortes em determinado período, por centro de tratamento.

Cálculo:

Numerador: número de mulheres atendidas em um centro de tratamento com câncer do colo do útero avançado e dor como problema identificado que estão sendo tratadas com um opioide forte, como morfina.

Denominador: número de mulheres atendidas em um centro de tratamento com câncer do colo do útero avançado e dor como problema identificado.

Atenção na comunidade: porcentagem de mulheres com câncer do colo do útero avançado encaminhadas para atenção domiciliar, inclusive cuidados paliativos, em determinado período.

Cálculo:

Numerador: número de mulheres atendidas em um centro de tratamento com câncer do colo do útero avançado encaminhadas para atenção domiciliar, inclusive cuidados paliativos, e em condições de receber essa atenção.

Denominador: número de mulheres atendidas em um centro de tratamento com câncer do colo do útero avançado.

⁶ Diagnosis and treatment (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 4). Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2008 (http://www.who.int/cancer/modules/FI-NAL_Module_4.pdf).

Ficha prática 3.1: Mensagens-chave para atividades de extensão e educação sobre câncer do colo do útero

Esta ficha prática apresenta mensagens baseadas em evidências para educadores de saúde. A oferta de informações corretas e de fácil compreensão é o primeiro passo para ajudar as mulheres e as famílias a terem acesso a serviços que podem prevenir o câncer do colo do útero. Você pode usar essas mensagens para preparar suas palestras sobre promoção da saúde.

As atividades de educação em saúde devem possibilitar que mulheres e homens sejam capazes de responder às seguintes perguntas:

- O QUE é lesão precursora?
- O QUE é câncer do colo do útero?
- COMO prevenir o câncer do colo do útero?
- QUEM deve ser vacinado?
- QUEM deve se submeter ao rastreamento?
- QUE serviços de prevenção estão disponíveis localmente?
- ONDE e QUANDO é possível ter acesso a esses serviços locais?

Cinco mensagens-chave

Você pode prevenir o câncer do colo do útero por vacinação, detecção precoce e tratamento! As mensagens específicas a seguir são as mais importantes a transmitir em sua comunidade. Aprenda essas cinco mensagens simples e use-as sistematicamente.

1. O câncer do colo do útero é uma doença que pode ser prevenida.
2. Há exames para detectar alterações iniciais no colo do útero (conhecidas como lesões precursoras) que podem causar câncer se não forem tratadas.
3. Há tratamentos seguros e efetivos para essas alterações iniciais.
4. Todas as mulheres de 30 a 49 anos devem ser submetidas a rastreamento de câncer do colo do útero pelo menos uma vez.
5. Existe uma vacina para meninas que ajuda a prevenir o câncer do colo do útero.

Mensagens mais detalhadas sobre câncer do colo do útero a usar nas palestras sobre promoção da saúde

Quem corre risco

- O câncer do colo do útero é uma das principais causas de morte por câncer em mulheres.
- As mulheres de 30 a 49 anos correm maior risco de câncer do colo do útero.

- Qualquer mulher que já teve relações sexuais corre risco de desenvolver câncer do colo do útero.

Infecção por HPV

- O câncer do colo do útero é causado por infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Esse vírus é transmitido durante as relações sexuais e é muito comum em homens e mulheres.
- Quase todos os homens e as mulheres são expostos ao HPV ao longo da vida. A maioria das infecções por HPV desaparece espontaneamente em pouco tempo.
- Em algumas mulheres, a infecção por HPV persiste e pode alterar lentamente as células do colo do útero. Essas alterações são denominadas lesões pré-cancerosas. Se não tratadas, podem se converter em câncer do colo do útero.

Vacinação

- Todas as meninas devem ser vacinadas contra o HPV entre 9 e 13 anos.
- A vacinação previne a infecção pelos tipos de HPV causadores da maioria dos cânceres do colo do útero.
- As vacinas contra o HPV são seguras e efetivas. As reações adversas, quando ocorrem, geralmente são leves.
- A vacina contra o HPV não tem impacto sobre a fertilidade das meninas e não afeta a capacidade de engravidar e ter filhos saudáveis mais tarde.
- Para que a vacina contra o HPV seja mais efetiva, deve ser administrada de acordo com o número de doses e o calendário de administração indicados nas instruções do fabricante (ver Capítulo 4, Seção 4.2.3).
- Mesmo depois da vacinação, todas as mulheres de 30 a 49 anos necessitam de rastreamento do câncer do colo do útero.

Rastreamento e tratamento

- Existem exames de rastreamento do câncer do colo do útero capazes de detectar alterações iniciais (lesões precursoras).
- Os exames de rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero são simples, rápidos e não doem.
- O resultado positivo do exame de rastreamento indica a possibilidade de alterações iniciais (lesões precursoras) que são tratáveis. O resultado positivo do exame rastreamento NÃO significa câncer.
- Para prevenir o câncer do colo do útero, todas as mulheres com exames de rastreamento positivos devem ser tratadas.
- As mulheres devem ser submetidas a um exame de rastreamento pelo menos uma vez entre 30 e 49 anos. É importante seguir a recomendação do profissional de saúde sobre a data de retorno para o rastreamento.

FP 3

- As mulheres que vivem com HIV correm maior risco de câncer do colo do útero. O rastreamento de lesões precursoras e de câncer do colo do útero deve ser realizado imediatamente em mulheres e meninas de qualquer idade que iniciaram a atividade sexual e têm um resultado positivo do teste de HIV; essas mulheres e meninas que vivem com HIV devem ser submetidas a novo rastreamento 12 meses depois do tratamento de lesões precursoras, ou no prazo de três anos depois de um resultado negativo do exame de rastreamento.

Sinais e sintomas do câncer do colo do útero

- Os sinais do câncer do colo do útero incluem: corrimento vaginal fétido, hemorragia vaginal, hemorragia após o coito ou qualquer hemorragia após a menopausa. As mulheres com esses sintomas devem buscar atenção médica com rapidez.
- As alterações iniciais das lesões precursoras não causam sinais nem sintomas. O rastreamento é a única maneira de saber se você tem uma lesão precursora.

Decisões sobre a própria saúde

- As mulheres têm direito a decidir sobre a própria saúde. Para tomar decisões livres e esclarecidas, necessitam de informações corretas.
- As mulheres podem desejar que o parceiro ou a família participem da decisão. Embora o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras sejam altamente recomendados, as mulheres devem saber que são livres para recusar qualquer exame ou tratamento.

Ficha prática 3.2: Perguntas mais frequentes sobre o câncer do colo do útero

FP 3

Os homens e as mulheres, inclusive os profissionais de saúde, geralmente não têm informações sobre o câncer do colo do útero. Essa ficha prática enumera algumas perguntas frequentes com as respectivas respostas. Você e seus colegas devem acrescentar outras perguntas e respostas apropriadas à situação local.

Cabe observar que algumas respostas são repetitivas, de maneira que quando alguém perguntar, você não precise repassar todas as respostas dessa ficha prática. Se estiver familiarizado com todas as informações adiante, quando fizerem uma pergunta, você encontrará rapidamente a melhor resposta.

A Ficha prática 4.1 apresenta perguntas frequentes sobre a vacinação contra o HPV.



Perguntas
frequentemente sobre
HPV

Sobre o câncer do colo do útero

P: O que é câncer?

R: Câncer é a doença causada pelo crescimento descontrolado de algumas células do corpo, com a produção de tumores. Nem todos os tumores são cânceres. Quando cresce e se dissemina, um câncer pode interferir com as funções normais do corpo.

P: O que causa o câncer do colo do útero?

R: O câncer do colo do útero é causado por infecção pelo papilomavírus humano (HPV). É um vírus muito comum transmitido durante as relações sexuais e que será contraído pela maioria das pessoas em algum momento da vida. Na maioria das pessoas a infecção por HPV desaparece espontaneamente, mas o vírus persiste em um número pequeno de mulheres infectadas. Nessas mulheres, o vírus pode causar alterações nas células do colo do útero que podem se converter em câncer do colo do útero se não forem detectadas durante um exame de rastreamento e removidas.

P: O HPV causa alguma outra doença?

R: O HPV causa verrugas genitais em homens e mulheres. Os tipos de HPV causadores de verrugas genitais são diferentes dos tipos causadores de câncer do colo do útero. As verrugas genitais não se convertem em câncer, mas podem exigir tratamento se não desaparecerem espontaneamente. Em casos raros, o HPV pode causar outros tipos de câncer, como câncer da vagina, da vulva, do pênis ou do ânus.

P: Quem pode ter câncer do colo do útero?

R: Quase todas as mulheres que mantiveram relações sexuais, mesmo sem penetração, podem ser infectadas pelo HPV e, portanto, correm risco de câncer do colo do útero. As mulheres nunca submetidas a rastreamento são as que correm maior risco. O risco também está aumentado nas mulheres que vivem com HIV, porque esse vírus aumenta a probabilidade de câncer em idade mais jovem.

A boa notícia é que o corpo da maioria das mulheres elimina espontaneamente a infecção por HPV e elas nunca desenvolvem câncer, mas o rastreamento é a única maneira de saber quem pode ter a doença.

Como o câncer do colo do útero não é comum nas mulheres antes dos 40 a 50 anos, a melhor idade para o rastreamento de lesões pré-cancerosas é de 30 a 49 anos, antes que se convertam em câncer.

P: O que posso fazer para prevenir o câncer do colo do útero?

R: As maneiras mais efetivas de prevenir o câncer do colo do útero são a vacinação das meninas antes do início da atividade sexual e o rastreamento das mulheres de 30 a 49 anos.

Se o exame de rastreamento for positivo, a mulher deve ser tratada de imediato. Isso pode salvar sua vida. Se o exame for negativo, convém repetir os rastreamentos, de acordo com as diretrizes nacionais.

Se você tiver uma filha, cuide para que receba todas as doses recomendadas da vacina contra o HPV. Além disso, ensine a ela a importância do rastreamento e do tratamento precoce quando estiver mais velha.

Todas as pessoas sexualmente ativas também devem ter comportamentos que evitem a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (por exemplo, adiar o início da atividade sexual, usar preservativos e ter o menor número possível de parceiros sexuais). O tabagismo pode aumentar o risco de câncer do colo do útero nas mulheres infectadas pelo HPV.

Sobre rastreamento (detecção precoce) e tratamento

P: O que é rastreamento cervical?

R: O rastreamento cervical é o exame de todas as mulheres em risco de desenvolver câncer do colo do útero para detectar se têm lesões precursoras. Caso não seja tratada, a lesão precursora pode se converter em câncer no prazo de 10 anos ou mais.

Existem vários exames muito efetivos que podem ser usados para rastreamento, mas dependendo do lugar onde você mora e do que está disponível, é provável que somente um deles seja usado.

P: Quem deve se submeter ao rastreamento de câncer do colo do útero?

R: As mulheres entre 30 e 49 anos (ou de acordo com diretrizes nacionais) devem ser submetidas a exame de rastreamento para detectar alterações iniciais no colo do útero, conhecidas como lesões precursoras. O rastreamento de lesões precursoras e de câncer do colo do útero deve ser realizado imediatamente em mulheres e meninas de qualquer idade que iniciaram a atividade sexual e têm um resultado positivo do teste de HIV; essas mulheres e meninas que vivem com HIV devem ser submetidas a novo rastreamento 12 meses depois do tratamento de lesões pré-cancerosas, ou no prazo de três anos depois de um resultado negativo do exame de rastreamento.

P: Não tenho sintomas, por que devo ser examinada?

R: O papilomavírus humano vive no corpo das mulheres durante muitos anos antes de causar problemas. Depois de muitos anos começa a provocar alterações nas células do colo do útero, conhecidas como lesões precursoras. Antes do surgimento do câncer, a maioria das mulheres com lesões precursoras não tem nenhum sintoma. Você pode ter uma lesão precursora durante 10 a 15 anos sem sentir nada anormal antes que ela se converta em câncer.

Quando os sintomas surgem, como a dor na região pélvica ou o odor fétido vaginal, frequentemente são causados por câncer do colo do útero avançado, cujo tratamento é difícil. Para evitar o câncer avançado, as mulheres devem ser submetidas a rastreamento de lesões precursoras pelo menos uma vez entre 30 e 49 anos e devem ser tratadas se houver sinais de doença. O tratamento da lesão precursora é fácil e muito efetivo.

P: O que se faz durante o rastreamento?

R: Há diferentes exames que podem ser usados. O profissional de saúde falará sobre o exame usado no estabelecimento de saúde local. Na maioria dos exames, o profissional faz um exame pélvico e esfrega uma espécie de cotonete com delicadeza no colo do útero. Embora o exame não seja doloroso, pode ser um pouco incômoda a introdução de um espécúlo na vagina para ver o colo do útero. O profissional de saúde deve tentar deixar você o mais à vontade possível. Alguns exames têm resultado imediato e outros exigem o envio da amostra a um laboratório e espera pelos resultados.

P: E se o resultado do meu exame for negativo?

R: O resultado negativo do exame de rastreamento significa que você não tem alterações que poderiam se converter em câncer do colo do útero. É importante fazer o rastreamento a cada 5 a 10 anos se possível para que qualquer alteração pré-cancerosa seja detectada precocemente e tratado de imediato.

P: E se o resultado do meu exame for positivo?

R: Na maioria dos casos, um exame de rastreamento positivo significa que você tem uma lesão precursora, condição que pode ser tratada facilmente no ambulatório.

Em alguns casos, o profissional de saúde solicitará outro exame para ter certeza de que são lesões precursoras, e não câncer. Para isso, pode encaminhá-la a outro estabelecimento, um centro de saúde ou um hospital. O profissional também pode encaminhá-la a um hospital para atenção complementar se não tiver certeza do resultado do exame ou se não puder realizar o tratamento necessário.

Nota para o profissional: a menos que haja um diagnóstico definitivo de câncer por exame do tecido do colo do útero, não se deve dizer à mulher que pode ser um câncer, pois muitas vezes a primeira impressão é errada e você pode assustá-la desnecessariamente.

FP 3

P: Um exame de rastreamento positivo significa que tenho câncer? Significa que morrerei de câncer do colo do útero?

R: Um exame de rastreamento positivo NÃO significa que você tenha câncer. Na maioria das vezes significa que você tem uma lesão precursora, alteração inicial que, se não tratada, pode se transformar em câncer depois de muitos anos. A lesão precursora tem tratamento fácil e é curável. Com frequência, a lesão precursora desaparece depois de apenas um tratamento.

Muito raramente uma mulher tem sinais de câncer do colo do útero por ocasião do rastreamento. Caso se encontrem sinais de possível câncer, o profissional de saúde fará outro exame ou encaminhará você a outro centro de saúde ou hospital para exames ou tratamento. É importante tratar tanto as lesões precursoras quanto o câncer.

Um diagnóstico de câncer não significa que você morrerá por isso; quando a detecção é precoce, o câncer pode ser curado com os tratamentos disponíveis.

P: Como tratamos as lesões precursoras?

R: Se você tiver uma lesão precursora, o profissional de saúde pode tratá-la no mesmo dia do exame de rastreamento. O tratamento mais comum para lesão precursora é o congelamento, conhecido como crioterapia. A crioterapia não é dolorosa, embora, assim como o exame pélvico, possa ser desconfortável. É muito efetiva e segura. Na maioria dos casos, o colo do útero volta à condição saudável e normal após a crioterapia. Outro tratamento é a excisão com cirurgia de alta frequência (CAF), embora muitas vezes não esteja disponível no mesmo dia.

P: Os exames de rastreamento são dolorosos? Há retirada de alguma parte do colo ou do útero durante o rastreamento?

R: Os exames de rastreamento são indolores, mas você pode sentir algum incômodo durante o exame pélvico. Nenhuma parte de colo nem do útero é retirada durante o rastreamento.

P: Um rastreamento é suficiente?

R: É bom fazer pelo menos um rastreamento entre 30 e 49 anos de idade. Demonstrou-se que um só rastreamento diminui a chance de morte por câncer do colo do útero. Entretanto, se você tiver a opção de fazer outro rastreamento, é melhor repetir o exame a cada 5 a 10 anos.

P: Sou tímida demais para mostrar minhas partes íntimas a um médico do sexo masculino. O que posso fazer?

R: Pode ser possível encontrar uma médica ou enfermeira que faça o rastreamento de lesões precursoras. Mas se isso não for possível, peça a uma profissional de saúde, amiga ou parente que permaneça na sala durante o exame.

Mesmo que você seja tímida ou fique constrangida, lembre-se de que todos os profissionais de saúde, homens e mulheres, são capacitados da mesma maneira e

seu objetivo é ajudar você a prevenir o câncer do colo do útero. Faça o melhor para si mesma e para sua família, submeta-se ao rastreamento de lesões precursoras e ao tratamento, se for o caso. O rastreamento e o tratamento não são dolorosos. Se você não se submete ao rastreamento só porque é tímida e o profissional é homem, procure superar esse temor e lembrar que as mulheres com câncer do colo do útero sentem muita dor e podem morrer por causa da doença.

P: Quais são as semelhanças entre o HPV e o HIV, o vírus causador da aids?

R: Os dois vírus, HPV (papilomavírus humano) e HIV (vírus da imunodeficiência humana), são muito diferentes.

A infecção por HPV é muito mais comum que por HIV; quase todas as pessoas sexualmente ativas são infectadas pelo HPV em algum momento da vida. O HPV vive na pele e é transmitido pelo contato da pele de uma pessoa com a pele de outra. O HIV vive nos líquidos corporais, como sêmen e sangue, e é transmitido quando há troca desses líquidos entre pessoas; é por essa razão que os preservativos são muito efetivos na prevenção da transmissão de HIV durante o coito.

Entretanto, os preservativos não são tão efetivos na prevenção da infecção pelo HPV, porque esse vírus vive na pele. A melhor maneira de prevenir a infecção pelo HPV é a vacinação. Atualmente, não existe vacina contra o HIV.

Preocupações comuns acerca do câncer do colo do útero

P: Ouvi dizer que o câncer do colo do útero é causado por falta de higiene feminina ou pela reutilização de absorventes. É verdade?

R: Não. O câncer do colo do útero é causado por infecção pelo HPV. O câncer não está relacionado com a higiene vaginal nem com os absorventes.

P: O câncer do colo do útero é uma infecção sexualmente transmissível (IST)?

R: Não. Entretanto, é causado pelo HPV, que pode ser transmitido de uma pessoa a outra durante a relação sexual. O HPV é muito comum tanto em homens como em mulheres. Apenas algumas mulheres com HPV desenvolvem a lesão precursora. Se não forem tratadas, algumas dessas mulheres terão câncer do colo do útero muitos anos depois da infecção pelo HPV.

P: As mulheres que têm muitos parceiros sexuais correm maior risco de infecção pelo HPV?

R: Sim. As pessoas que têm muitos parceiros sexuais correm maior risco de ter todos os tipos de infecções sexualmente transmissíveis.

Quanto menor for o número de parceiros sexuais que uma pessoa tiver, menor é a chance de contrair qualquer IST, inclusive os muitos tipos de HPV, alguns dos quais causam o câncer do colo do útero.

FP 3

Ficha prática 3.2: Perguntas mais frequentes sobre o câncer do colo do útero

P: É verdade que somente as mulheres ruins ou relaxadas têm câncer do colo do útero?

R: Não! Todas as mulheres sexualmente ativas correm algum risco de ter câncer do colo do útero. O rastreamento de lesões precursoras pode diminuir esse risco em mulheres com mais de 30 anos, e a vacinação das meninas de 9 a 13 anos contra o HPV diminui o risco quando crescerem.

P: Os dispositivos intrauterinos (DIUs) ou as pílulas anticoncepcionais causam câncer do colo do útero?

R: Não. O DIU e as pílulas anticoncepcionais NÃO causam câncer do colo do útero. Eles protegem contra gestações não planejadas.

Ficha prática 3.3: O que os homens precisam saber para ajudar a prevenir o câncer do colo do útero

Esta ficha prática apresenta informações básicas para alcançar os homens e sugere maneiras de atraí-los para o controle do câncer do colo do útero.

Mensagens-chave para os homens

Os homens podem ter uma função muito importante na prevenção e no tratamento do câncer do colo do útero.

Os homens podem:

- incentivar suas parceiras, irmãs e mães de 30 a 49 anos a se submeterem ao rastreamento;
- incentivar suas parceiras, irmãs e mães a se tratem caso sejam detectadas lesões pré-cancerosas ou câncer;
- incentivar suas filhas, irmãs e amigas a se vacinarem contra o HPV;
- usar preservativos para prevenir todas as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS, bem como a gravidez (os preservativos conferem alguma proteção contra o HPV);
- reduzir o número de parceiras sexuais e usar preservativos se tiverem mais de uma parceira.

Informações básicas sobre câncer do colo do útero para os homens

- O câncer do colo do útero é uma doença exclusiva das mulheres, mas os homens têm uma função importante na prevenção e no tratamento.
- A maioria dos cânceres do colo do útero é causada pela infecção por um vírus conhecido como HPV. A infecção geralmente não causa sintomas nem problemas, mas algumas mulheres infectadas apresentam lesões precursoras muitos anos depois. Se não tratadas, algumas dessas mulheres desenvolvem câncer do colo do útero.
- A infecção pelo HPV é transmitida facilmente durante o contato sexual e, portanto, os homens ajudam na prevenção.
- Alguns tipos de HPV que não causam câncer do colo do útero podem causar verrugas genitais tanto em homens quanto em mulheres, embora as verrugas não se convertam em câncer. Em casos raros, os tipos do HPV causadores de câncer

FP 3

do colo do útero nas mulheres também podem causar câncer da boca, do ânus ou do pênis.

- O HPV é transmitido sexualmente, mas a penetração não é o único modo de transmissão, pois o vírus vive na pele ao redor da região genital.
- O uso de um preservativo confere alguma proteção, mas não oferece proteção completa contra o HPV.
- O tabagismo pode aumentar o risco de muitos cânceres em homens e mulheres, inclusive de câncer do colo do útero nas mulheres infectadas pelo HPV.
- Um homem cuja parceira tem lesão precursora ou câncer pode apoiá-la e ajudá-la a obter o tratamento recomendado, acompanhando-a nas consultas e aprendendo sobre câncer do colo do útero.
- Uma mulher com diagnóstico de lesão precursora ou câncer e tratada necessita de apoio (físico e emocional).

Ficha prática 3.4: Aconselhamento

FP 3

Ficha prática 3.4: Aconselhamento

O que é aconselhamento?

O aconselhamento é definido como a assessoria ou orientação (geralmente individual) por uma pessoa com conhecimentos para facilitar a decisão pessoal. Em geral, é a comunicação pessoal e confidencial, com o objetivo de ajudar uma pessoa e, em algumas circunstâncias, a família a tomar decisões livres e esclarecidas e agir de acordo com elas, usando um processo de troca de informações pertinentes e corretas. Para ser um conselheiro efetivo, é preciso ter conhecimentos atualizados, capacidade de escutar e boas habilidades de comunicação. Os desenhos e as ilustrações, assim como as informações apresentadas nesta orientação e nas fichas práticas, podem ser úteis ao aconselhar mulheres com câncer do colo do útero.

Perguntas básicas sobre prevenção do câncer do colo do útero que os conselheiros devem responder para as clientes

- O que é e onde está localizado o colo do útero? Como poder ser examinado?
- O que é o câncer do colo do útero?
- O que é a lesão precursora do câncer do colo do útero, ou alteração celular inicial, e qual é a diferença entre ela e o câncer?
- Como é possível prevenir o câncer do colo do útero? (Explique como um exame de rastreamento simples pode detectar lesões pré-cancerosas ANTES de sua conversão em câncer.)
- Quem tem probabilidade de desenvolver câncer do colo do útero e quem deve se submeter ao rastreamento? (Explique que o câncer do colo do útero geralmente só é encontrado nas mulheres a partir de 40 e 50 anos, portanto o melhor período para o rastreamento de lesões pré-cancerosas é entre 30 e 49 anos, antes que se converta em câncer.)
- Qual é a acurácia do exame de rastreamentos? (Explique que nenhum exame tem efetividade de 100% para detectar um problema, mas que o exame usado detecta a maioria das alterações celulares iniciais, também conhecidas como lesões precursoras.)
- Por que o exame de rastreamento para detectar lesões precursoras é importante? (Explique que o tratamento para lesões precursoras é simples, seguro e efetivo e pode evitar o câncer do colo do útero e salvar sua vida.)
- Que opções de tratamento estão disponíveis para as mulheres com diagnóstico de câncer invasivo? (Explique que é necessário ir a um estabelecimento de atenção terciária para o tratamento do câncer do colo do útero; o tipo de tratamento depende do avanço do câncer.)

- O que pode ser feito para prevenir as lesões precursoras do câncer do colo do útero? (Explique que há uma vacina disponível para as meninas de 9 a 13 anos, que ajuda a protegê-las da lesão precursora e do câncer do colo do útero.)

Responsabilidades do conselheiro

O conselheiro deve assegurar que:

- a cliente compreenda as informações e as opções que tem;
- a comunicação seja privada (ninguém deve ver nem ouvir nada que ocorra entre a mulher e o conselheiro, a menos que especificamente permitido pela mulher);
- as informações reunidas durante o aconselhamento e o exame sejam confidenciais;
- se estabeleça confiança mútua entre o conselheiro e a cliente;
- haja sensibilidade ao abordar e discutir assuntos particulares, sobretudo aqueles relacionados com a sexualidade e o comportamento íntimo.

Etapas sugeridas durante o aconselhamento

- Dar boas-vindas calorosamente à cliente, tratando-a pelo nome, e se apresentar.
- Sentar-se perto o suficiente para conversar com comodidade e privacidade.
- Se culturalmente apropriado, fazer contato visual; olhar para a mulher quando ela estiver falando.
- Assegurar que nada do que for conversado será repetido a ninguém.
- Usar linguagem que ela compreenda e fornecer informações apropriadas.
- Adaptar as informações dadas e a conversa à razão pela qual ela está ali no momento.
- Escutar atentamente e observar a linguagem corporal (postura, expressão facial, contato visual).
- Ser encorajador; assentir com a cabeça ou dizer, “Conte mais sobre isso”.

- Procurar identificar suas preocupações reais.
- Explicar todas as opções disponíveis, abordando os benefícios e as limitações de cada exame ou procedimento.
- Verificar sempre se ela compreendeu o que foi dito pedindo que repita as mensagens ou instruções mais importantes.
- Ajudar a mulher a decidir dando informações claras.
- Respeitar suas escolhas.
- Convidar a mulher a voltar quando desejar.

Outras sugestões para um bom aconselhamento

- Manter comportamento natural e compreensivo.
- Ser empático: colocar-se na situação da cliente.
- Usar comunicação não verbal de aprovação (assentimento com a cabeça, sorriso, etc., se for apropriado).
- Usar recursos visuais, se disponíveis e apropriados.
- Fazer perguntas abertas para incentivar a mulher a falar.
- Incentivar a mulher a fazer perguntas e dar respostas verdadeiras.
- Reservar tempo suficiente para a sessão.
- Se a mulher tiver dúvidas, convidá-la a voltar posteriormente para informar o que decidiu (possivelmente com a família).

Ficha prática 3.5: Etapas-padrão de aconselhamento antes, durante e depois que uma cliente é submetida a um exame, procedimento ou tratamento

Antes

- Explique por que é importante que a cliente se submeta ao exame, procedimento ou tratamento recomendado.
- Explique o que será feito e como, quais poderiam ser os resultados e qualquer possível necessidade de exames ou tratamentos no futuro.
- Convide a cliente fazer perguntas e responda.
- Com relação aos procedimentos e tratamentos, siga os procedimentos apropriados de consentimento livre e esclarecido segundo as recomendações do país e do estabelecimento (ver Ficha prática 5.1). Se o tratamento for a vacinação e a cliente não tiver a idade determinada por lei para dar o consentimento, essa etapa pode incluir a obtenção do consentimento dos pais (ver Capítulo 4).
- Solicite à cliente informações de contato se for necessário seguimento, inclusive o número de telefone celular e os melhores horários para ligar.



Consentimento
livre e esclarecido

Durante

- Continue conversando com a cliente durante o procedimento.
- A cada etapa, explique o que está fazendo e mostre os instrumentos ou elementos que podem ser usados.
- Se o que você vai fazer pode causar dor, cólica ou outro desconforto, avise com antecedência e explique a possível intensidade e a duração do desconforto; isso ajuda a cliente a se sentir segura.
- Diga que ela pode avisar quando sentir dor.

Depois

- Explique o que você fez.
- Descreva qualquer anormalidade encontrada ou assegure à mulher que não encontrou nada fora do normal.
- Marque data para uma consulta de retorno, se necessário, e explique a importância de retornar ao ambulatório conforme previsto.
- Incentive a cliente a fazer perguntas e dê respostas claras.

Se for necessário encaminhar a cliente a um nível de maior complexidade para outro exame

- Explique por que, onde e quando a cliente deve ir e quem a atenderá.
- Destaque a importância de comparecer a esse compromisso.
- Responda a qualquer pergunta que ela faça ou, se você souber a resposta, encontre alguém que saiba.
- Convide a cliente a voltar se tiver alguma dúvida ou preocupação acerca dessa consulta e responda ou busque a resposta com alguém que saiba.

FP 3

Ficha prática 3.6: Aconselhamento especial para as mulheres que vivem com HIV

Ficha prática 3.6: Aconselhamento especial para as mulheres que vivem com HIV

Use as Fichas práticas 3.4 e 3.5 como guia para o aconselhamento. Siga todas as orientações sobre aconselhamento ao entregar os resultados às mulheres.



Aconselhamento

Ao aconselhar uma mulher que vive com HIV, devem ser fornecidas as seguintes informações em linguagem clara e simples:



Etapas de aconselhamento

- As mulheres que vivem com HIV são mais propensas a contrair infecção por HPV e a desenvolver câncer do colo do útero, mas você pode permanecer saudável se for mais cuidadosa.
- O câncer do colo do útero se desenvolve com mais rapidez nas mulheres que vivem com HIV que nas mulheres HIV-negativas; portanto, é importante que você faça um exame de rastreamento anual.
- A melhor maneira de prevenir o câncer do colo do útero é continuar tomando os medicamentos que o profissional de saúde recomendou e se submeter ao rastreamento anual de câncer do colo do útero.
- Se houver lesões precursoras no colo do útero, trate-se o quanto antes.
- Siga as recomendações do profissional de saúde para cuidar de si mesma depois do tratamento das lesões precursoras.
- Consulte o profissional de saúde em caso de corrimento vaginal fétido, amarelo ou verde ou de sangramento incomum.

Se uma mulher desconhecer seu estado sorológico com relação ao HIV e morar em um país com alta prevalência de HIV, deve ser incentivada a fazer o exame para saber seu estado sorológico relacionado ao HIV. Como as mulheres que vivem com HIV são mais propensas a desenvolver câncer do colo do útero quando têm infecção por HPV, é importante fazer o rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero mais cedo e com maior frequência. Os profissionais de saúde devem conhecer os locais de teste para HIV na comunidade e para onde encaminhar uma mulher com diagnóstico de infecção por HIV.

Ficha prática 3.7: O trabalho com agentes comunitários de saúde: recrutamento e capacitação

FP3

Ficha prática 3.7: O trabalho com agentes comunitários de saúde: recrutamento e capacitação

Os agentes comunitários de saúde (ACSs) atuam como elemento de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade e são reconhecidos em todo o mundo como parte essencial da equipe de atenção à saúde. Como são membros experientes e valorizados da comunidade, usam seu conhecimento para atrair todos os membros da comunidade para as atividades de prevenção do câncer do colo do útero, o que inclui conversar com os pais sobre os benefícios da vacinação e recrutar mulheres para o programa de rastreamento.

Recrutamento

Se já houver uma equipe de ACSs trabalhando em outras áreas de saúde, é melhor aproveitar esse recurso já existente em vez de recrutar novos agentes especificamente para a área de câncer do colo do útero.

Se não houver ACSs na comunidade, trabalhe com o gestor do ambulatório para determinar se eles deveriam ser incluídos no programa.

Convide os líderes da comunidade para ajudá-lo a identificar possíveis candidatos e considere a possibilidade de criar um grupo representativo da comunidade em termos de idade, sexo e etnia para alcançar melhor todos os membros da comunidade com informações ou serviços. Inclua qualquer rede existente de jovens educadores para alcançar adolescentes na comunidade, sobretudo as que não estão na escola, e promover a vacinação. Capacite homens e mulheres como ACSs para melhorar as atividades de prevenção do câncer do colo do útero.

Os indivíduos recrutados como ACSs devem ter:

- boas habilidades de comunicação, inclusive saber escutar;
- desejo de servir a comunidade;
- disponibilidade e interesse em participar do programa durante pelo menos 1 a 2 anos, inclusive comparecer às oficinas e reuniões;
- disposição de manter a confidencialidade;
- capacidade de manter informações atualizadas sobre os estabelecimentos e os serviços de saúde;
- capacidade de ler e escrever, se possível.

Capacitação

Planeje um curso interativo de capacitação de agentes comunitários de saúde para os novos recrutados. Se possível, inclua na capacitação os líderes importantes da comunidade.

A capacitação de novos ACSs deve abranger:

- informações básicas sobre o rastreamento e o tratamento do câncer do colo do útero;
- como educar e mobilizar a comunidade;
- como prevenir e administrar a desinformação e os rumores;
- os fundamentos da comunicação efetiva e uma oportunidade de praticar essas habilidades;
- manutenção de registros;
- como ajudar as mulheres que necessitam de seguimento.

O curso também deve incluir o fornecimento do material apropriado, e os participantes devem receber um certificado de conclusão.

Implementação

Planeje reuniões periódicas com a equipe de ACSs. A educação em saúde e as sessões de reciclagem servem como incentivo para que os ACSs continuem seu trabalho e ajudam a assegurar o fornecimento de informações uniformes e corretas à comunidade.

Recursos para a capacitação de agentes comunitários de saúde

- A PATH põe à disposição, mediante solicitação, material didático em inglês e espanhol sobre a capacitação de promotores de saúde comunitários (info@path.org).
- Starr E, Burns A, Singer R. We can prevent cervical cancer: a course for community health promoters. Waterbury (VT): Grounds for Health; 2013 (disponível para *download* em <http://www.groundsforhealth.org/community-health-promoter-curriculum/>).
- Werner D, Bower B. Helping health workers learn: a book of methods, aids and ideas for instructors at the village level. Berkeley (CA): Hesperian; 1982, 2012 (disponível para compra ou *download* em <http://hesperian.org/books-and-resources/>).

Ficha prática 4.1: Perguntas mais frequentes sobre a vacinação contra o HPV

FP 4

Homens e mulheres, inclusive profissionais de saúde, geralmente carecem de informações sobre a vacinação contra o HPV. Essa ficha prática contém algumas perguntas frequentes e as respectivas respostas. Você e seus colegas devem acrescentar outras perguntas e respostas apropriadas para a situação local.

Cabe observar que algumas respostas são repetitivas, de maneira que quando alguém perguntar, você não precise repassar todas as respostas dessa ficha prática. Se estiver familiarizado com todas as informações adiante, quando fizerem uma pergunta, você encontrará rapidamente a melhor resposta.

Esta ficha prática para profissionais pressupõe que a maioria das pessoas pode não saber qual é a causa do câncer do colo do útero; é provável que esse seja o caso dos pais de meninas na idade prevista para vacinação. Assim, por conveniência, fornecemos aqui informações mais completas sobre as causas do câncer do colo do útero e sua prevenção, em vez de remeter o leitor a outras seções deste documento que contenham essas informações.

Sobre o HPV

P: O que é o HPV?

R: O papilomavírus humano, ou HPV, é um vírus comum transmitido facilmente pelo contato sexual da pele de duas pessoas, inclusive da pele dos órgãos genitais, mesmo que não haja penetração. A maioria das pessoas infectadas pelo HPV não tem sinais nem sintomas e, portanto, pode involuntariamente transmitir a infecção a outra pessoa. A maioria das infecções por HPV é eliminada pelo corpo nos primeiros anos. As infecções não eliminadas são denominadas “persistentes” e podem causar câncer do colo do útero.

P: Por que são necessárias as vacinas contra o HPV?

R: As vacinas contra o HPV são necessárias porque reduzem consideravelmente a ocorrência de câncer do colo do útero, uma das principais causas de morte por câncer entre as mulheres nos países menos desenvolvidos.

P: Todas as mulheres com infecção por HPV desenvolvem câncer do colo do útero?

R: Não. Na maioria das mulheres, as infecções por HPV são eliminadas pelo corpo nos primeiros anos. Apenas alguns dos muitos tipos diferentes de HPV podem causar câncer do colo do útero se não forem eliminados pelo corpo e persistirem por 10 a 20 anos. Do grupo de tipos de HPV causadores de câncer do colo do útero, dois – os tipos 16 e 18 – causam 7 de cada 10 cânceres do colo do útero. A infecção por esses dois tipos de HPV pode ser evitada pela vacinação contra o HPV; portanto, essas vacinas

protegem contra 70% dos cânceres do colo do útero se administradas da maneira recomendada.

Além disso, é possível prevenir o câncer do colo do útero nas mulheres com infecção por HPV se elas participarem do programa de rastreamento e tratamento. Se as mulheres de 30 a 49 anos fossem submetidas ao rastreamento para identificação de alterações nas células do colo do útero (lesões precursoras) decorrentes da infecção persistente por HPV, e tratadas de acordo com a necessidade, as mortes por câncer do colo do útero seriam muito raras embora o HPV seja comum.

P: O câncer do colo do útero causado por HPV é comum?

R: O HPV é a principal causa de câncer do colo do útero. Anualmente são diagnosticados 528 000 casos de câncer do colo do útero. A grande maioria das 266 000 mulheres que morrem por câncer do colo do útero anualmente no mundo vive em países em desenvolvimento.

Sobre a vacinação contra o HPV

P: As vacinas contra o HPV protegerão minha filha do câncer do colo do útero?

R: Sim. As vacinas contra o HPV evitam a infecção pelos dois tipos de HPV causadores da maioria dos cânceres do colo do útero. Todas as pessoas sexualmente ativas também devem adotar comportamentos que evitem a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (por exemplo, adiar o início da atividade sexual, usar preservativos e ter o menor número possível de parceiros sexuais).

As mulheres vacinadas também devem se submeter ao rastreamento de câncer do colo do útero quando forem mais velhas.

P: Que vacinas contra o HPV estão disponíveis atualmente?

R: Atualmente existem duas vacinas contra o HPV em todo o mundo: Cervarix® (produzida por GlaxoSmithKline) e Gardasil® ou Silgard® (produzida por Merck).

P: Quais são as semelhanças entre as duas vacinas contra o HPV?

R: Ambas oferecem proteção muito efetiva contra 70% dos possíveis casos de câncer do colo do útero (porque ambas evitam a infecção pelos tipos 16 e 18 de HPV).

As duas vacinas são muito seguras.

Nenhuma das duas vacinas causa doença porque elas não contêm vírus vivos.

As duas vacinas são administradas por injeção; as meninas com menos de 15 anos necessitam de duas doses, e as meninas imunocomprometidas (inclusive aquelas que vivem com HIV) e aquelas a partir de 15 anos necessitam de três doses.

P: Quais são as diferenças entre as duas vacinas contra o HPV?

R: As vacinas contêm componentes diferentes para aumentar a produção de anticorpos no corpo.

Uma vacina (Gardasil® ou Silgard®) também oferece proteção contra verrugas genitais (porque também evita a infecção pelos tipos 6 e 11 de HPV).

P: Quem deve ser vacinado?

R: A OMS recomenda a vacinação de meninas entre 9 e 13 anos. Em nosso país, as diretrizes especificam que a vacinação contra o HPV deve ser administrada a meninas de _ a _ [OU a todas as meninas na classe/série/ano __ na escola]. As vacinas não são recomendadas para meninas com menos de 9 anos.

P: Qual é o esquema ou calendário recomendado da vacinação contra o HPV em duas doses?

R: Duas doses (injeções) são recomendadas para meninas com menos de 15 anos, a segunda dose seis meses depois da primeira. O profissional que administra a vacina informa a cada menina vacinada (e a seus pais) quando deve voltar para a última dose. Não há intervalo máximo entre as duas doses; entretanto, a sugestão é de que não ultrapasse 12 a 15 meses. Se o intervalo entre as doses for menor que cinco meses, deve-se administrar uma terceira dose pelo menos seis meses depois da primeira.

P: Qual é o esquema ou calendário recomendado da vacinação contra o HPV em três doses?

R: Quando há recomendação de três doses (ou seja, meninas a partir de 15 anos, imunocomprometidas ou infectadas por HIV, estejam ou não recebendo terapia antirretroviral), a segunda dose deve ser administrada um ou dois meses depois da primeira dose (dependendo do tipo de vacina) e a terceira dose, seis meses depois da primeira. O profissional que administra a vacina informa a cada menina vacinada (e a seus pais) quando deve voltar para a segunda ou última dose. Não é necessário rastreamento de infecção por HPV nem por HIV antes da vacinação contra o HPV.

P: As vacinas contra o HPV curam ou eliminam as infecções por HPV ou o câncer do colo do útero se uma menina ou mulher já estiver infectada pelo HPV quando for vacinada?

R: Não. A vacina contra o HPV não cura infecções por HPV que possam estar presentes quando uma menina é vacinada; não cura o câncer do colo do útero nem anormalidades pré-cancerosas e também não evita o avanço da doença em mulheres já infectadas pelo HPV quando vacinadas.

P: Uma mulher entre 30 e 49 anos que tenha recebido a vacinação completa quando era menina ainda precisa se submeter ao rastreamento de lesões pré-cancerosas e de câncer do colo do útero?

R: Sim! É muito importante que as mulheres adultas se submetam ao rastreamento do câncer do colo do útero entre 30 e 49 anos, mesmo que tenham sido vacinadas. O motivo é que apesar de sua alta efetividade, a vacina não evita a infecção por todos os tipos de HPV causadores de câncer do colo do útero.

P: As meninas que vivem com HIV podem ser vacinadas?

R: Sim! Os estudos mostram que é seguro administrar a vacina contra o HPV a meninas que vivem com HIV. A recomendação é de que essas meninas sejam vacinadas antes do início da vida sexual, como todas as outras meninas. Entretanto, as meninas que vivem com HIV devem receber três doses da vacina contra o HPV, tenham ou não completado 15 anos de idade.

P: Por que os meninos não são vacinados?

R: A vacina não causa danos aos meninos; entretanto, não estamos recomendando a vacinação de meninos agora porque o custo é alto e é preferível usar as vacinas disponíveis para proteger quem corre risco de ter câncer do colo do útero mais tarde (ou seja, as meninas).

Preocupações comuns sobre a vacinação contra o HPV**P: As vacinas contra o HPV são seguras e efetivas?**

R: Sim. Muitos estudos realizados em países em desenvolvimento e desenvolvidos constataram que as duas vacinas são muito seguras e efetivas. Ambas foram administradas a milhões de meninas e mulheres em todo o mundo sem eventos adversos graves. Assim como se faz com todas as vacinas, a segurança é monitorada com muito rigor.

As reações adversas leves e comuns são dor e eritema no local da injeção, febre, cefaleia e náuseas. Às vezes, as meninas que recebem a vacina contra o HPV (ou outras vacinas) desmaiam e, portanto, devem ser observadas durante 15 minutos depois da vacinação; caso sintam que vão desmaiar, devem se deitar para não cair.

P: Por que as pessoas desmaiam depois da vacinação contra o HPV?

R: As adolescentes são particularmente propensas a desmaiar depois de qualquer procedimento médico, inclusive a vacinação, pois costumam ficar muito nervosas antes de chegar à sala de vacinação. Para evitar quedas e lesões ao desmaiar, solicite que a menina vacinada permaneça sentada antes, durante e por 15 minutos depois da vacinação.

P: Minha filha é jovem demais para ter relações sexuais. Por que a vacina contra o HPV é recomendada para meninas tão jovens?

R: Para que a vacina contra o HPV tenha melhores resultados, é muito importante vacinar as meninas antes que tenham contato sexual com outra pessoa.

O motivo é que uma menina pode ser infectada pelo HPV na primeira vez que tiver contato sexual (mesmo que seja um simples contato de pele com pele perto da vagina e do pênis). Além disso, testes indicaram que a vacina confere maior proteção contra a infecção pelo HPV quando administrada nessa idade que mais tarde. As vacinas não tratam a infecção pelo HPV preexistente.

P: A vacinação contra o HPV vai afetar a fertilidade da minha filha? Ela terá dificuldade para engravidar ou levar a gravidez a termo?

R: Não! Não há evidências de que a vacinação contra o HPV afete a fertilidade futura da menina nem cause qualquer problema em gestações futuras.

P: São necessárias todas as doses recomendadas para que minha filha esteja totalmente protegida contra o HPV? Uma dose não é suficiente?

R: Como algumas outras vacinas, a vacina contra o HPV necessita de mais de uma injeção. Sem todas as doses recomendadas, a vacina pode não ser totalmente efetiva na prevenção do câncer do colo do útero. É importante que sua filha receba todas as doses e que se respeitem os intervalos mínimo e máximo entre as doses para que haja proteção plena.

P: A vacina contra o HPV é segura na gravidez?

R: Não é recomendável a vacinação contra o HPV de meninas e mulheres sexualmente ativas ou grávidas. Entretanto, estudos mostraram que a vacina não causa problemas para as mães nem para os filhos de mulheres vacinadas contra o HPV durante a gravidez.

A vacinação contra o HPV de uma menina ou mulher durante a gravidez não é razão para considerar a interrupção da gravidez. Entretanto, para maior segurança, até que haja mais informações, as meninas e mulheres não devem ser vacinadas durante a gravidez.

P: Há alguma contraindicação à vacinação?

R: Se uma menina teve uma reação alérgica grave a outra vacina ou a uma dose anterior da vacina contra o HPV, não deve receber a vacina contra o HPV para evitar reações graves.

Nota para o profissional que administra a vacina: solicite a opinião de um médico antes de vacinar uma menina que já teve reação alérgica a uma vacina.

Ficha prática 4.2: Características da vacina contra o HPV e a cadeia de frio

Esta ficha prática destina-se exclusivamente ao profissional

Apresentação e aspecto das vacinas contra o HPV

- Gardasil® é apresentada apenas em frasco de dose única, que contém 0,5 ml de suspensão, sem conservantes nem antibióticos. Pode ser adquirida em pacotes com 1, 10 e 100 frascos.
- Cervarix® é apresentada em dois tamanhos. O frasco de dose única tem tampa de borracha e contém 0,5 ml de suspensão, sem conservantes nem antibióticos. A apresentação com duas doses contém 1,0 ml de suspensão, sem conservantes nem antibióticos. Os dois tamanhos podem ser adquiridos em pacotes com 1, 10 e 100 frascos.
- As duas vacinas contra o HPV, quando chegam ou depois do armazenamento sob refrigeração, se sedimentam em duas camadas: um líquido transparente em cima e um depósito branco no fundo do frasco. É preciso agitar os frascos todas as vezes antes de transferir o conteúdo para a seringa, misturando as duas camadas em uma suspensão.

Esquema de vacinação

As vacinas contra o HPV são recomendadas para meninas de 9 a 13 anos.

- **Um esquema de duas doses**, com um intervalo de seis meses entre elas, é recomendado para meninas com menos de 15 anos (inclusive as meninas que tenham ≥ 15 anos na época da segunda dose).
- Não há intervalo máximo entre as duas doses; porém, sugere-se que o intervalo não ultrapasse 12 a 15 meses.
- Se por algum motivo o intervalo entre a primeira e a segunda dose for menor que cinco meses, deve-se administrar uma terceira dose pelo menos seis meses depois da primeira.
- **O esquema de três doses** (0, 1-2 e 6 meses) ainda é recomendado para meninas ≥ 15 anos e pessoas imunocomprometidas, inclusive aquelas que vivem com HIV (estejam ou não recebendo terapia antirretroviral). Não é necessário fazer o rastreamento de infecção por HPV ou HIV antes da vacinação contra o HPV.

Essas recomendações de esquemas se aplicam tanto às vacinas bivalentes quanto às quadrivalentes.⁷

⁷ Ver mais informações em *Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization*, April 2014, conclusions and recommendations, disponível em: <http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>

Armazenamento da vacina e cadeia de frio

As duas vacinas contra HPV são sensíveis ao congelamento; se congeladas, devem ser descartadas porque deixarão de conferir proteção. Portanto, deve-se observar o seguinte:

- As vacinas devem ser mantidas de 2 a 8 °C.
- As vacinas contra o HPV não podem ser colocadas no congelador do refrigerador ou perto dele nem diretamente sobre uma bolsa de gelo congelada.
- As vacinas não devem ser mantidas na porta do refrigerador, pois há maior probabilidade de oscilação da temperatura ao abrir e fechar o refrigerador.
- A temperatura do refrigerador deve ser monitorada por verificação periódica do termômetro (pelo menos duas vezes ao dia) e uso de Freeze-tag® ou Fridge-tag® no refrigerador para detectar se houve temperaturas de congelamento. A temperatura acima de 8 °C ou abaixo de 2 °C deve ser ajustada segundo a necessidade para manter a temperatura apropriada.
- As duas vacinas devem ser administradas assim que possível depois de retiradas do refrigerador. Frascos abertos do produto devem ser descartados ao final da sessão de imunização ou após seis horas, o que ocorrer primeiro.
- Se for necessário transportar a vacina, a caixa térmica deve manter temperatura de 2 a 8 °C.
 - Há um risco considerável de congelamento quando se usam bolsas de gelo congeladas. Portanto, essas bolsas devem ser mantidas a temperatura ambiente durante pelo menos 5 a 10 minutos (até que se possa ouvir o movimento do gelo dentro delas quando agitadas) antes de colocadas na caixa térmica com as vacinas. Isso é denominado “condicionamento” das bolsas de gelo e impede o congelamento da vacina quando colocada perto das bolsas. Sempre separe as bolsas de gelo condicionadas das vacinas com um material apropriado e de espessura suficiente. Lembre-se de que o risco de congelamento é o mais grave risco para uma vacina sensível ao congelamento.
 - Para as saídas curtas do refrigerador de armazenamento, considere o uso de bolsas de água, que são bolsas de gelo mantidas em temperatura entre 2 °C e 8 °C.
- As duas vacinas são sensíveis à luz e devem ser armazenadas na embalagem original até que estejam prontas para usar.

Como comprovar se uma vacina já foi congelada

Se houver suspeita de que uma provisão de vacina contra o HPV foi congelada ou exposta a temperaturas abaixo de zero, deve-se fazer um teste de agitação

FP 4

Ficha prática 4.2: Características da vacina contra o HPV e a cadeia de frio

para verificar se ainda pode ser usada. Se a vacina tiver sido congelada, não se apresentará como uma suspensão branca uniforme ao ser agitada; em vez disso, surgirão partículas flutuantes visíveis no líquido. Outro sinal de congelamento anterior é a mudança de cor do líquido.

Veja mais detalhes no artigo do Boletim da Organização Mundial da Saúde sobre a validação do teste de agitação para detectar danos por congelamento das vacinas adsorvidas (*Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines*) (Kartoglu et al., 2010; veja os detalhes completos de referência na lista de leitura complementar no fim do Capítulo 4)⁸ e em dois vídeos de instrução on-line: *Shake and tell* (22 minutos) e *Step by step shake test* (10 minutos).⁹

Segundo as bulas dos fabricantes, o período máximo de armazenamento após a produção da vacina é de três anos para os frascos de dose única de Gardasil®, quatro anos para os frascos de dose única de Cervarix® e três anos para frascos de duas doses de Cervarix®.

Importante: antes de iniciar uma sessão de vacinação verifique a data de vencimento nas embalagens da vacina a ser usada. Se estiver vencida, a vacina deve ser descartada.¹⁰

O monitor de frasco de vacina (VVM) é uma etiqueta que muda de cor de acordo com a temperatura (ou seja, é termocromático). É colocado nos frascos que contêm vacinas e dá uma indicação visual da exposição acumulativa ao calor, que degrada a vacina. Se o quadrado interno do VVM estiver da mesma cor ou mais escuro que o anel externo, descarte a vacina.

Intercambiabilidade das vacinas

É preferível usar a mesma vacina em todas as doses porque não há dados sobre a intercambiabilidade das duas vacinas contra o HPV. No entanto, se a vacina usada nas doses prévias for desconhecida ou não estiver disponível localmente, pode-se administrar qualquer uma das vacinas contra HPV comercializadas para completar o esquema.

⁸ Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879/en/index.html>

⁹ Disponível em: <https://vimeo.com/8381355> (Shake and tell); <https://vimeo.com/8389435> (Step by step shake test)

¹⁰ Informações complementares disponíveis em: <http://www.ema.europa.eu/ema/>

Ficha prática 4.3: Sessão de imunização

FP 4

Preparo

Estratégia na escola

Caso haja previsão de uma estratégia na escola ou se a escola ofereceu voluntariamente um local de reunião para as meninas que não frequentam a escola, pode ser necessário fazer uma visita prévia. Os funcionários e professores que participarão das atividades de vacinação devem ser informados sobre os detalhes dos dias de vacinação; também pode ser necessário capacitá-los para prestar assistência (consulte a Ficha prática 4.7). A OMS tem uma ferramenta de avaliação do preparo da escola para a vacinação, que está disponível para ajudar os planejadores que usem a estratégia de vacinação na escola.¹¹



Professores
e escolas

Na véspera ou no início do dia da vacinação

Assegurar que estejam disponíveis:

- vacina e seringas, caixa térmica e bolsas de gelo para transporte;
- material de informação, educação e comunicação (por exemplo, folhetos, panfletos, pôsteres);
- cadeira e mesa;
- lixeira para objetos descartáveis não perfurocortantes (por exemplo, algodão, gaze, toalhas de papel);
- água e sabão (ou preparação alcoólica para fricção antisséptica) para lavagem de mãos;
- bandejas e cubas-rim;
- coletores para descarte de objetos perfurocortantes, com tampas fechadas;
- recipientes para frascos usados;
- algodão ou gaze para limpeza do local de injeção antes e depois da vacinação;
- medicamentos para controle de reações alérgicas de acordo com diretrizes nacionais;
- lugar para as meninas repousarem durante a vacinação e por 15 minutos depois da vacinação;
- livros de registro de vacinação;
- planilhas de controle;
- cartões pessoais de vacinação;
- calendário.

¹¹ Disponível em: http://www.who.int/immunization/hpv/plan/school_readiness_assessment_tool_who_2013.pdf

Implementação

Antes da administração da vacina

O profissional de saúde ou outro adulto ou professor capacitado deve verificar se a menina atende aos requisitos para vacinação contra o HPV e compreende o que vai acontecer. Dependendo das diretrizes nacionais, o profissional também deve saber se as meninas elegíveis podem recusar a vacinação.

1. Cumprimente a menina (e os pais ou responsáveis, se presentes).
2. Explique a finalidade e os benefícios da vacinação contra o HPV.
3. Exponha os possíveis riscos e eventos ou reações adversas associadas à vacinação.
4. Explique os riscos de não receber a vacina.
5. Pergunte à menina (ou aos pais ou responsáveis, se presentes) se ela tem dúvidas e responda com clareza, com um mínimo de linguagem técnica.
6. Confirme se a menina compreendeu as informações e corrija qualquer mal-entendido. Se depois de receber as informações, a menina recusar a vacina, sua vontade deve ser respeitada; deixe que se retire depois de convidá-la a voltar em outro momento para conversar mais sobre a decisão.
7. Obtenha o consentimento por escrito do pai, da mãe ou do responsável, se for o caso.
8. Verifique a elegibilidade comprovando se a menina:
 - tem a idade prevista;
 - não está grávida (essa pergunta deve ser feita em particular);
 - não é alérgica a nenhum componente da vacina.
9. Peça o cartão de vacinação da menina (ou o cartão de saúde do adolescente), se disponível, para verificação.
10. Verifique a dose de vacina contra o HPV que será administrada na sessão.

Administração segura da vacina a meninas elegíveis

11. Mantenha a menina sentada para minimizar o risco de lesões por possível desmaio.
12. Verifique a data de vencimento no frasco.
13. Verifique o monitor do frasco de vacina (VVM).
14. Segure o frasco entre o polegar e o dedo médio e verifique sua condição: não use se a embalagem estiver perfurada, rasgada ou danificada, se o frasco contiver partículas ou se houver alteração da cor ou formação de gelo.
15. Faça o teste de agitação se houver suspeita de congelamento (ver Ficha prática 4.2).
16. Misture a suspensão da vacina por agitação do frasco até que o líquido fique branco e turvo.



Vacina contra o HPV

17. Abra o pacote da seringa autodescartável e retire a seringa e a agulha.
18. Retire a tampa da agulha sem tocar em nenhuma parte da agulha.
19. Introduza a agulha no frasco de vacina e leve a extremidade até a parte mais baixa do fundo do frasco.
20. Aspire todo o conteúdo do frasco para a seringa de 0,5 ml até notar um “estalo”.
21. Injete todo o conteúdo da seringa no músculo deltoide (na parte superior do braço) com um ângulo de 90 graus (perpendicular).
22. Coloque um algodão sobre o local da injeção e peça que menina segure com firmeza; não massageie o local da injeção.

Depois da administração da vacina

23. Descarte a seringa e a agulha no coletor para objetos perfurocortantes imediatamente após a administração.
24. Registre a informação no cartão de vacinação pessoal da menina (ver Anexo 6, Modelo de formulário 6.1).
25. Determine a data de administração da próxima dose de vacina e anote no cartão de vacinação.
26. Lembre à menina que ela deve receber a dose ou as doses restantes e agendar a próxima vacinação.
27. Documente a vacinação nos formulários apropriados.
28. Documente as seguintes informações no livro de registro de vacinação (ver Anexo 6, Modelo de formulário 6.2):
 - a. nome da menina;
 - b. O endereço;
 - c. data de nascimento e idade (se desconhecidos, registre a idade da menina com base em uma suposição fundamentada);
 - d. data de vacinação;
 - e. número da dose de vacina: HPV1 ou HPV2 (ou HPV3, se for o caso);
 - f. data da próxima dose, se necessário;
 - g. data das doses anteriores, conforme o caso.
29. Devolva o cartão de vacinação atualizado à menina, mostre a ela onde anotou a data da próxima dose e peça que o traga de volta nessa ocasião.
30. Observe a menina durante 15 minutos após a administração, em caso de desmaio.
31. Trate e documente qualquer reação adversa.



Modelo de formulários
para vacinação
contra o HPV

Ficha prática 4.4: Segurança da injeção

A OMS define injeção segura como aquela que:

- não causa danos ao receptor;
- não expõe o profissional de saúde a riscos evitáveis;
- não gera resíduos perigosos para a comunidade.

A segurança das injeções pode ser melhorada pela adesão às seguintes práticas:

1. Sempre seguir as recomendações de uso, armazenamento e manuseio do fabricante.
2. Lavar as mãos com água e sabão, deixar secar naturalmente.
3. Preparar injeções em uma área limpa designada, onde seja improvável a exposição ao sangue e a líquidos corporais.
4. Preparar cada dose imediatamente antes da administração; não preparar várias seringas com antecedência.
5. Para minimizar o risco de lesão, preparar a área de trabalho de tal maneira que:
 - a. o profissional que administra a vacina esteja posicionado entre a menina e as agulhas e outros objetos perfurocortantes;
 - b. as ferramentas de monitoramento e os coletores de objetos perfurocortantes sejam facilmente acessíveis; e
 - c. cada profissional que administra a vacina tenha um coletor de objetos perfurocortantes e possa ver sua abertura ao descartar as agulhas.
6. Verificar a condição do frasco e a data de vencimento, verificar também o monitor do frasco de vacina (VVM).
7. Não usar a vacina se a embalagem estiver perfurada, rasgada ou danificada, se o frasco contiver partículas ou se houver alteração da cor (ver Ficha prática 4.2).
8. Usar uma nova seringa autodescartável para cada menina.
9. Não tocar em nenhuma parte da agulha.
10. Nunca deixar a agulha sobre o frasco de vacina.
11. Limpar o local da injeção e injetar todo o conteúdo da seringa no músculo deltoide (na parte superior do braço) mantendo um ângulo de 90 graus (perpendicular).
12. Não tampar a agulha depois do uso.
13. Descartar a seringa e a agulha em coletor de objetos perfurocortantes imediatamente depois de administrar a vacina (o coletor é à prova d'água, inviolável e é mantido bem fechado apenas com uma pequena abertura na parte superior de tamanho suficiente para a passagem da seringa e da agulha).



Vacina contra o HPV

14. Não encher demais o coletor. Fechar e lacrar a abertura quando alcançar três quartos da capacidade total. Não tentar empurrar o conteúdo para baixo pela abertura do coletor.
15. Manter os coletores em lugar seco e seguro até que sejam descartados com segurança conforme a orientação do estabelecimento.
16. Nunca descartar as seringas e agulhas usadas em caixa ou coletor aberto.

Ficha prática 4.5: Monitoramento e avaliação de programas de vacinação – coleta de dados e documentação

A avaliação da cobertura da vacina contra o HPV é necessária para monitorar o desempenho de um programa de vacinação e avaliar o impacto da vacina em uma população.

Como a vacinação contra o HPV é recomendada em uma série de duas doses administradas com intervalo de seis meses a adolescentes de 9 a 13 anos, o monitoramento demanda a coleta de dados da cobertura por dose e por idade. Sempre que for administrada uma vacina, devem-se registrar no mínimo a data de nascimento ou a idade da menina, a data de administração da vacina e o número da dose.

Consulte o Anexo 6, Modelos de formulários 6.1 a 6.4.

A ferramenta de monitoramento da cobertura vacinal contra o papilomavírus humano (HPV) da OMS está disponível com instruções para adaptação e uso local.¹² Adiante é apresentado um breve resumo do conteúdo e das instruções.

Coleta de dados e ferramentas de notificação

Para os profissionais que administram a vacina:

- cartões pessoais de vacinação (saúde do adolescente) (Modelo de formulário 6.1);
- livro de registro do profissional, um para cada local de prestação de serviço (Modelo de formulário 6.2);
- planilha de controle, uma para cada sessão de vacinação (Modelo de formulário 6.2);
- folha mensal de registro de dias de vacinação, uma para cada local de prestação de serviço (Modelo de formulário 6.3);
- formulário de notificação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) (ver Ficha prática 4.6 e Modelo de formulário 6.4).



Modelos de formulários para vacinação contra o HPV



EAPV

Para os supervisores:

- quadro de resumo mensal do local de prestação de serviço por ano civil.

Para os órgãos de saúde distritais:

- quadro de resumo mensal do órgão de saúde distrital por ano civil;
- formulário de notificação anual do órgão de saúde distrital.

Para órgãos de saúde nacionais:

- quadro de resumo mensal do órgão de saúde nacional por ano civil;
- formulário de notificação anual do órgão de saúde nacional.

¹² Disponível em: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

Procedimentos de coleta de dados

1. Use um livro de registro em cada local de prestação de serviços.
2. Registre cada menina ao coletar os seguintes dados:
 - a. nome da menina;
 - b. endereço;
 - c. data de nascimento e idade (se desconhecidos, registre a idade da menina com base em uma suposição fundamentada);
 - d. data de vacinação;
 - e. número da dose de vacina: HPV1 ou HPV2 (ou HPV3, se for o caso);
 - f. data da(s) próxima(s) dose(s), se for o caso
 - g. data da(s) dose(s) anterior(es), se for o caso.
3. Pergunte à menina em particular se ela está ou acredita que possa estar grávida; nesse caso, adie a vacinação e anote o fato no livro de registro.
4. Peça à menina seu cartão pessoal de vacinação. Verifique no livro de registro que dose está sendo administrada. Se ela não tiver trazido o cartão, use seus dados pessoais para consultar o registro.
5. Registre cada dose administrada marcando um zero no campo apropriado (com base na idade e no número da dose) na planilha de controle (ver Anexo 6, Modelo de formulário 6.2).
6. Ao fim do dia de vacinação, registre o número de doses de HPV administradas, por número de dose e por idade, depois conte e registre o número de marcas anotadas no formulário de controle por cada número de dose e categoria de idade; se o subtotal for zero, registrar 0, ou seja, um zero cortado (Modelo de formulário 6.2).
7. Os modelos de formulário são apenas exemplos; se houver modelos de formulário padronizados aceitos nacional ou internacionalmente, estes devem ser usados.



Modelos de formulários para vacinação contra o HPV

Um EAPV é um evento clínico adverso que tem relação temporal com a vacinação, mas pode ou não ser causado pela vacina ou pelo processo de vacinação. Os EAPVs variam de eventos menores, como uma reação leve no local da injeção, a eventos com risco de vida, inclusive anafilaxia e possível morte. Embora possam ser causados pela própria vacina, a maioria dos EAPVs notificados é um evento coincidente não relacionado com a vacina, mas causado por erros programáticos ou humanos que comprometem sua qualidade. O monitoramento da segurança da vacina contra o HPV e a notificação minuciosa de incidentes são de importância especial porque essa é uma vacina relativamente nova e é administrada a uma faixa etária que antes não era alvo de vacinação. Qualquer reação adversa pode destruir a confiança dos pais e da comunidade na vacina e também na equipe e no programa de vacinação.

Ficha prática 4.6: Em caso de evento adverso pós-vacinação (EAPV)

Um EAPV é um evento clínico adverso que tem relação temporal com a vacinação, mas pode ou não ser causado pela vacina ou pelo processo da vacina. Os EAPVs variam de eventos menores, como uma reação leve no local da injeção, a eventos com risco de vida, inclusive anafilaxia e possível morte. Embora um EAPV possa ser causado pela própria vacina, a maioria dos EAPVs notificados é um evento coincidente não relacionado com a vacina, mas causado por erros programáticos ou humanos que comprometem a qualidade da vacina. O monitoramento da segurança da vacina contra o HPV e a notificação minuciosa de incidentes são de importância especial porque essa é uma vacina relativamente nova e é administrada a uma faixa etária que antes não era alvo da vacinação. Qualquer reação adversa pode destruir a confiança dos pais e da comunidade na vacina e também na equipe e no programa de vacinação.

Os EAPVs são divididos em cinco categorias:¹³

1. Reação inerente ao produto (vacina): EAPV causado ou precipitado por uma vacina em decorrência de uma ou mais propriedades inerentes do produto (vacina) (por exemplo, extenso edema do membro após vacinação com DTP).
2. Reação inerente a defeito de qualidade da vacina: EAPV causado ou precipitado por uma vacina em decorrência de um ou mais desvios de qualidade do produto (vacina), inclusive do dispositivo de administração fornecido pelo fabricante (por exemplo, a falha da inativação completa pelo fabricante de um lote de vacina contra a poliomielite com vírus inativados leva à ocorrência de casos de poliomielite paralítica).
3. Reação por erro de imunização: EAPV causado por manuseio, prescrição ou administração impróprios e, portanto, evitável (por exemplo, transmissão de infecção por contaminação do frasco de dose múltipla).
4. Reação de ansiedade relacionada à imunização: EAPV motivado por ansiedade em relação à imunização (por exemplo, desmaio de adolescente durante ou após a vacinação).
5. Evento coincidente: EAPV causado por outro motivo que não o produto (vacina), erro de imunização ou ansiedade com a imunização (por exemplo, febre que ocorre na época da vacinação, mas na realidade é causada por malária).

Reações à vacina contra o HPV

Reações comuns à vacina contra o HPV

Em geral, há resolução espontânea dessas reações, que raramente necessitam de tratamento:

¹³ Mais informações sobre a classificação da OMS de EAPV estão disponíveis em: <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

- rubor, dor, inchaço ou induração no local da injeção;
- febre;
- cefaleia, dor muscular, dor óssea;
- náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal;
- desmaio.

Reações raras à vacina contra o HPV

Os eventos adversos graves são raríssimos e é necessário tratamento imediato. A anafilaxia pode ter relação causal com a vacinação contra o HPV e, portanto, é preciso tomar precauções para evitar a vacinação de meninas que tiveram reações alérgicas prévias aos componentes da vacina. Se houver suspeita de anafilaxia causada pela vacina, a menina deve ser tratada de imediato de acordo com a necessidade. Essas meninas não devem receber as doses subsequentes da vacina contra o HPV nem outras vacinas que contenham componentes semelhantes.

Notificação de EAPV

Deve estar em vigor um sistema para facilitar a imediata notificação e investigação dos EAPVs. As autoridades reguladoras nacionais e os grupos técnicos assessores de imunização nacionais devem assumir um papel proativo na investigação de notificações de eventos adversos graves para avaliar se guardam relação com a vacina contra o HPV, além de elaborar comunicados sobre os rumores.

Toda suspeita de EAPV deve ser notificada de imediato às autoridades sanitárias por meio de um formulário padronizado de notificação de EAPV (ver, por exemplo, o Modelo de formulário 6.4, no Anexo 6). Eventos graves, como morte, hospitalização ou um conglomerado geográfico de EAPV, devem ser investigados rapidamente (em um prazo de 48 horas).



Modelos de formulários para vacinação contra o HPV

Controle de rumores

Grupos contrários às vacinas podem iniciar ou perpetuar rumores de riscos relacionados com as vacinas e associações espúrias com eventos adversos coincidentes para desencorajar a vacinação da população contra o HPV. Como a desinformação pode ser prejudicial à aceitabilidade da vacina e às campanhas de vacinação, é essencial que haja uma infraestrutura robusta de monitoramento de EAPVs para reunir informações que ajudem a dissipar os rumores e a demonstrar a segurança permanente das vacinas contra o HPV. A implantação de um plano para enfatizar a segurança da vacina contra o HPV e dissipar rumores é um componente importante de um programa bem-sucedido de vacinação contra o HPV.

Ficha prática 4.7: Conversa com professores e funcionários escolares sobre a vacinação contra o HPV

Alguns dias (ou semanas) antes de uma sessão programada de vacinação na escola, deve haver uma reunião com os funcionários da escola sobre a vacina contra o HPV. Pode-se sugerir que eles adaptem parte do assunto abordado na reunião e usem linguagem apropriada ao falarem com os estudantes (meninos e meninas) antes da primeira sessão de vacinação. Marque um horário para essa reunião por intermédio da administração escolar e sugira que todos os professores sejam convidados. As sugestões a seguir podem ser úteis para o preparo da reunião, a apresentação e o acompanhamento.

O que levar

- Informações e material didático
- Cópias das perguntas frequentes com respostas para distribuir (ver Fichas práticas 3.2 e 4.1).

Temas e atividades para a reunião

- Após as apresentações, divida os presentes em subgrupos de 4 a 6 participantes; se possível, com um representante da equipe de administração escolar em cada grupo.
 - Distribua uma ou ambas as folhas de perguntas frequentes a cada grupo e peça que um voluntário em cada grupo conduza a discussão sobre os temas abordados.
 - Um voluntário de cada grupo pode apresentar um resumo do que não foi compreendido no seu grupo.
 - Forneça informações para esclarecer essas dúvidas.
 - Se tudo tiver sido compreendido, pergunte se há mais alguma pergunta e responda.
 - Continue com A ou B (adiante), conforme apropriado.
- A. Se a escola não vai ser um local de vacinação, antes de agradecer a presença e encerrar a reunião, informe onde e quando ocorrerá a vacinação e quem deve comparecer (meninas de 9 a 13 anos, com o consentimento dos pais ou responsável).
- B. Se a escola vai ser um local de vacinação (supõe-se que esse assunto tenha sido tratado e combinado anteriormente pelo pessoal administrativo da escola e os representantes do serviço de saúde), acrescente o seguinte à reunião:
- Inicie uma discussão interativa ou participativa sobre:

- quando ocorrerão as sessões de vacinação [ou seja, data das duas sessões e da operação limpeza (mop-up) depois de cada uma das sessões principais, se possível];
 - quem serão os profissionais;
 - quem ajudará durante as sessões (por exemplo, um ou dois voluntários do pessoal escolar); e
 - em que lugar na escola deve ocorrer a sessão de vacinação (inclusive necessidades de espaço e mobília).
- Em algumas escolas, os professores podem ser capacitados para ajudar a inscrever as meninas e verificar se atendem os critérios de elegibilidade, se têm consentimento dos pais e se assentiram na vacinação.
 - Deixe uma cópia das fichas práticas que informam o que é necessário preparar antes da sessão de vacinação (Fichas práticas 4.3, 4.4 e 4.5).
 - Antes de agradecer a presença e sair, informe que agradecerá se pudesse vir à escola na véspera da vacinação para se encontrar com um dos voluntários escolares, visitar o lugar e verificar se estudo está preparado conforme o necessário.

A OMS tem uma ferramenta de avaliação do preparo da escola para a vacinação, que está disponível para ajudar os planejadores que usem a estratégia de vacinação na escola.¹⁴



Sessão de imunização



Segurança da injeção



M&A

¹⁴ Disponível em: http://www.who.int/immunization/hpv/plan/school_readiness_assessment_tool_who_2013.pdf

Fichas práticas correspondentes ao Capítulo 5

Notas para o profissional de saúde

Antes de realizar qualquer procedimento descrito no Capítulo 5:

1. Familiarize-se com todas as informações sobre anatomia feminina apresentadas no Capítulo 1, Seção 1.2.
2. Leia as informações sobre prevenção e controle de infecções no Anexo 3 e cuide para sempre ter as provisões necessárias na sala de exame.
3. Obtenha o consentimento livre e esclarecido, conforme orientação na Ficha prática 5.1.



Prevenção e controle
de infecções



Consentimento
livre e esclarecido

Ficha prática 5.1: Obtenção de consentimento livre e esclarecido de mulheres adultas

FP 5

O que é o consentimento livre e esclarecido?

Antes de realizar qualquer procedimento (ou seja, exame, procedimento de diagnóstico ou tratamento), a mulher (e a família, se ela assim desejar) deve receber informações suficientes sobre o procedimento específico sugerido e deve concordar ou aceitar o procedimento (ver Fichas práticas 3.4 e 3.5 sobre aconselhamento). As informações devem incluir a descrição do procedimento, as razões pelas quais é apropriado, a duração e o nível de desconforto ou dor que pode causar, além de qualquer possível complicação. É preciso explicar também o significado e as implicações de um resultado positivo (no caso de um exame de rastreamento ou procedimento diagnóstico), as opções disponíveis e as possíveis consequências da recusa do procedimento.



Aconselhamento



Passos do aconselhamento

Depois de receber as informações necessárias, a cliente pode tomar uma decisão livre e esclarecida e aceitar ou recusar o procedimento proposto. Se aceitar, precisa dar o consentimento livre e esclarecido explícito. Para procedimentos de rastreamento, diagnóstico e tratamento, o consentimento geralmente pode ser verbal, com exceção da conização a frio (CF), para a qual as diretrizes do hospital geralmente exigem o consentimento por escrito.

Além disso, se houver possibilidade de que seja necessário entrar em contato com a cliente em casa ou no trabalho (por exemplo, para comunicar resultados de um exame ou lembrar-lhe de voltar para uma consulta), o profissional de saúde deve obter seu consentimento para isso. Os dados coletados devem incluir meios de comunicação com a cliente (por exemplo, visita pessoal por um trabalhador da comunidade, correio, telefone, etc.) e os melhores dias e horários para entrar em contato.

Princípios do consentimento livre e esclarecido

É antiética a solicitação de consentimento livre e esclarecido retroativo, ou seja, depois do procedimento.

Ao solicitar o consentimento livre e esclarecido, deve-se ter em mente o seguinte:

- É essencial respeitar a privacidade.
- Seja claro e direto; não use palavras vagas ou que a cliente não compreenda, como “crescimento” ou “neoplasia”.

FP 5

Ficha prática 5.1: Obtenção de consentimento livre e esclarecido de mulheres adultas

- Desenhe ou use figuras para ilustrar as explicações.
- Aborde todas as questões importantes.
- Dê algum tempo para que a cliente assimile o que você disse, depois deixe que faça perguntas.
- Esclareça e corrija qualquer possível mal-entendido.
- Depois de abordar todas as dúvidas e preocupações, solicite o consentimento formal da cliente.
- Pode ser culturalmente importante incluir outras pessoas, como o companheiro da cliente, no processo decisório; entretanto, é preciso assegurar o respeito aos desejos da própria mulher.

Explicação dos exames e procedimentos às clientes

Todos os capítulos deste guia e as fichas práticas contêm explicações para as clientes. Você pode adaptar essas informações às situações individuais para ajudar a explicar os procedimentos em uma linguagem que a cliente e a família compreendam.

Ficha prática 5.2: Anamnese e exame pélvico¹⁵

Anamnese

O rastreamento e o tratamento do câncer do colo do útero incluem a anamnese para avaliar se a mulher tem fatores de risco específicos ou sintomas sugestivos. Algumas das informações enumeradas para a anamnese são muito importantes em certos casos, mas pode ser difícil solicitá-las por causa das inibições comuns para falar de assuntos sexuais. O profissional de saúde deve estar preparado e empregar linguagem culturalmente sensível e apropriada antes de fazer perguntas sobre esse assunto.

Antes de começar

É preciso ter o seguinte equipamento e material:

- prontuário clínico e lápis;
- ilustrações dos órgãos pélvicos, se possível;
- água e sabão (ou solução alcoólica) para lavagem das mãos;
- fonte de iluminação intensa para examinar o colo do útero;
- mesa de exame coberta com papel ou tecido limpo;
- luvas de exame descartáveis ou submetidas a desinfecção de alto nível*;
- espéculos de diferentes tamanhos, submetidos a desinfecção de alto nível (não é necessário que sejam estéreis)*;
- vasilha pequena com água morna para lubrificar e aquecer o espéculo;
- solução de cloro a 0,5% para descontaminar instrumentos e luvas.

*Procedimentos invasivos como a cirurgia de alta frequência (CAF) e a conização a frio (CF) exigem o uso de equipamento estéril.

Informações a obter da cliente

- idade, escolaridade, número de gestações, partos e filhos vivos, data da última menstruação, ciclo menstrual, métodos anticoncepcionais passados e atuais;
- exames anteriores de rastreamento do câncer do colo do útero, com data e resultado;
- história clínica, inclusive medicamentos ou alergias a medicamentos;

15 Fonte: adaptado de (1) Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K, Niemann S, Metcalf E, editors. Where women have no doctor: a health guide for women. Berkeley (CA): Hesperian Foundation; 1997; e (2) Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43116/1/9241592656.pdf>).

- fatores comportamentais que podem aumentar o risco de câncer do colo do útero (por exemplo, tabagismo);
- eventuais sinais e sintomas de câncer do colo do útero e outras doenças;
- e, se a situação e o contexto cultural permitirem: história sexual, inclusive idade de início da vida sexual e da primeira gravidez, número de parceiros, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) prévias e qualquer comportamento sugestivo de aumento do risco de câncer do colo do útero.

Realização do exame pélvico

Depois da anamnese, faça um exame pélvico. O exame pélvico feminino tem três componentes:

- exame genital externo;
- exame com espéculo;
- exame bimanual.

Preparo

1. Prepare todo o equipamento e o material necessários. Cuide para que o espéculo esteja em temperatura confortável.
2. Caso haja previsão de exames ou intervenções (por exemplo, rastreamento com ácido acético, tratamento de lesão pré-cancerosa com crioterapia), explique à cliente quais são, para que servem e quando se esperam os resultados.
3. Pergunte se a cliente tem alguma dúvida e dê uma resposta verdadeira. Se não souber responder, diga-lhe que tentará conseguir a resposta antes que ela vá embora.
4. Explique como é o exame pélvico e mostre o espéculo à cliente.
5. Peça que ela esvazie a bexiga (urine) e se dispa da cintura para baixo. Seja especialmente sensível ao pudor associado à exposição de áreas pudendas.
6. Coloque a cliente sobre a mesa de exame.

Exame genital externo

7. Use luvas nas duas mãos. Use a mão enluvada para tocar delicadamente a mulher, observe se há eritema, massas, tumefação, corrimento, feridas, lacerações e cicatrizes ao redor dos órgãos genitais e entre as pregas cutâneas da vulva. Essas alterações podem ser sinais de IST.

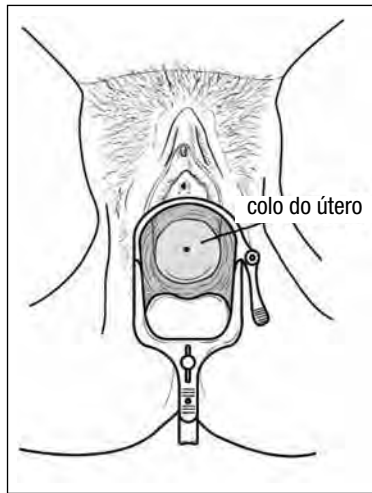
Exame com espéculo

8. Mantenha as lâminas do espéculo unidas de lado e introduza na vagina. Cuidado para não comprimir a uretra nem o clitóris porque essas áreas são muito sensíveis. Quando o espéculo estiver a meio caminho, gire de modo que

o cabo fique voltado para baixo. Abra delicadamente as lâminas e procure o colo do útero. Mova o espéculo lenta e suavemente até que consiga ver todo o colo do útero. Aperte o parafuso (ou trave o espéculo em posição aberta) para que continue no lugar.

9. Examine o colo do útero, que deve ser rosado, redondo e liso. Pode haver cistos pequenos e amarelados, áreas avermelhadas ao redor da abertura (orifício cervical) ou secreção mucoide transparente; esses são os achados normais.

Figura FP5.2.1: Exame com espéculo



10. Observe se há anormalidades, como:
 - corrimento vaginal e eritema das paredes vaginais, que são sinais comuns de vaginite (se o corrimento for branco e semelhante a coalhada pode haver infecção por levedura);
 - úlceras, feridas ou bolhas, que podem ser causadas por sífilis, cancro mole, herpes (a razão mais comum) ou, em alguns casos, câncer;
 - sangramento fácil ao tocar o colo do útero com um swab, ou secreção mucopurulenta, ambos sinais de infecção cervical;
 - crescimento anormal ou tumor, que pode ser câncer do colo do útero e geralmente requer biópsia (ver Ficha prática 5.7).
11. Com delicadeza, puxe o espéculo em sua direção até que as lâminas estejam fora do colo do útero, feche as lâminas e retire o espéculo.



Aconselhamento:
resultado positivo

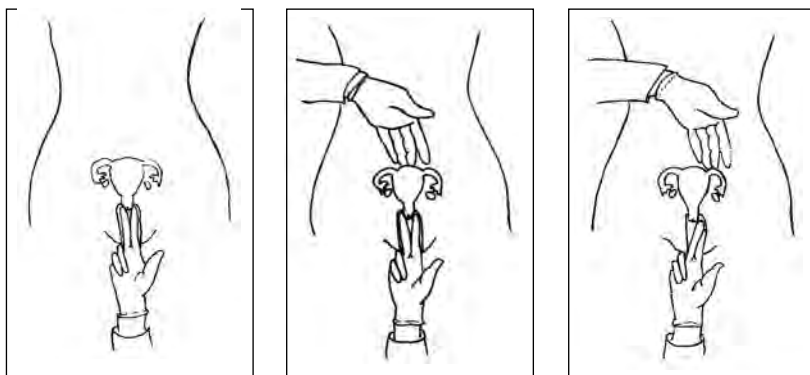
FP5

Exame bimanual

O exame bimanual possibilita a palpação dos órgãos reprodutivos dentro do abdome.

12. Verifique se há dor à movimentação do colo do útero. Introduza os dedos indicador e médio da mão enluvada na vagina da mulher. Vire a palma da mão para cima. Palpe o colo do útero e verifique se está firme e redondo. Depois coloque um dedo de cada lado do colo e movimente-o suavemente enquanto observa a expressão facial da mulher. Se a movimentação do colo do útero causar dor (indicada pela expressão facial da mulher), pode haver infecção do útero, das trompas ou dos ovários (ou seja, doença inflamatória pélvica, ou DIP). Se o colo do útero estiver amolecido, ela pode estar grávida.
13. Palpe o útero pressionando levemente a parte inferior do abdome com a outra mão. Essa manobra aproxima o útero, as trompas e os ovários dos dedos introduzidos na vagina. O útero pode estar inclinado para frente ou para trás. Quando encontrar o útero, avalie o tamanho e o formato. Deve ser firme, liso e menor que um limão.
- Se o útero estiver amolecido e grande, é provável que a mulher esteja grávida.
 - Se houver nódulos e estiver endurecido, ela pode ter um mioma ou outro tumor.
 - Se houver dor ao tocar ou movimentar o útero de um lado para outro, ela pode ter uma infecção.
 - Se não houver livre movimentação, ela pode ter cicatrizes de uma infecção antiga.

Figura FP5.2.2: Exame bimanual



14. Palpe as trompas e os ovários. Se forem normais, é difícil palpá-los. Se encontrar alguma massa maior que uma amêndoa ou que cause dor intensa, a causa pode ser uma infecção ou outra condição que demanda tratamento urgente. A detecção de uma massa dolorosa associada ao atraso da menstruação pode indicar gravidez ectópica; nesse caso, precisa de tratamento médico imediato.

15. Movimente os dedos para palpar o interior da vagina. Verifique se há massas incomuns, lacerações ou feridas (você provavelmente as notou durante o exame com espécuro).
16. Peça à mulher para tossir ou fazer força para baixo como se estivesse evacuando. Verifique se há alguma protrusão na vagina. Em caso afirmativo, pode se tratar de prolapso (queda) do útero ou da bexiga.

Depois do exame

17. Coloque o equipamento e as luvas usados em solução de descontaminação.
18. Lave as mãos com água e sabão.
19. Registre todos os achados no prontuário da cliente.
20. Diga à mulher se o exame foi normal ou se você observou algo incomum ou anormal e explique o que pode significar qualquer anormalidade observada.
21. Se notar algum sinal de IST, trate a mulher e o parceiro imediatamente, segundo as diretrizes nacionais ou da OMS.¹⁶ Forneça preservativos e ensine a usá-los. Veja Anexo 12 sobre o tratamento de infecções cervicais e DIP.
22. Se encontrar algo que necessita de tratamento urgente ou que não possa ser tratado em sua unidade de saúde (por exemplo, suspeita de gravidez ectópica, prolapso, tumor cervical), encaminhe a cliente a um nível de maior complexidade.
23. Se fizer algum exame (por exemplo, rastreamento de HPV, CAF, biópsia, exame de Papanicolaou) que deva ser enviado ao laboratório, diga quando ela deve voltar ou telefonar para receber o resultado.
24. Caso necessário, informe a data de retorno para seguimento.



¹⁶ Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. Nova Délhi: Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para o Sudeste Asiático; 2011 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>).

Ficha prática 5.3: Métodos de rastreamento: notas para o profissional

Nas próximas páginas são apresentadas três fichas práticas detalhadas sobre os exames de rastreamento cervical mais usados:

Ficha prática 5.4: Método molecular de rastreamento – teste para detecção de DNA do HPV

Ficha prática 5.5: Método visual de rastreamento – inspeção visual com ácido acético (IVAA)

Ficha prática 5.6: Métodos citológicos de rastreamento – esfregaço de Papanicolaou e citologia em meio líquido (CML)

Que exame usar: talvez você tenha apenas a opção de um ou dois desses métodos na sua região. Os exames a serem usados são determinados no âmbito central segundo as características do exame, entre elas a efetividade, as necessidades de equipamento e capacitação e o custo, além da sustentabilidade de implementar um programa de rastreamento com cada exame ou combinação de exames. Talvez sejam escolhidos exames diferentes para áreas predominantemente urbanas e áreas predominantemente rurais. Veja nos Anexos 7 a 9 os fluxogramas para rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas baseados em evidências publicados pela OMS.

Considerações sobre capacitação: qualquer que seja o exame usado na sua região, é necessário que o procedimento seja realizado por um profissional de saúde adequadamente capacitado para implementar as diretrizes nacionais atualizadas sobre o tema. Os profissionais que não tenham semelhante capacitação devem solicitar sua atualização, com a inclusão de um componente de prática observada. Eles também precisam conhecer bem o sistema de referência existente e os procedimentos oficiais para documentar as atividades de rastreamento.

Idade e frequência de rastreamento: as recomendações da OMS sobre idade e frequência de rastreamento cervical, inclusive as recomendações para mulheres que vivem com HIV, são apresentadas no Capítulo 5, Seção 5.2.5, deste guia.

Por último, lembre: seu trabalho só está completo quando as pacientes (pelo menos aquelas com resultado anormal dos exames) recebem o resultado e o aconselhamento acerca do significado e das próximas etapas necessárias, inclusive a necessidade de tratamento depois do resultado anormal em mulheres de 30 a 49 anos.



Fluxograma de decisão



Estratégias de “rastrear e tratar” – HIV-negativo



Estratégias de “rastrear e tratar” – HIV-positivo

Ficha prática 5.4: Método molecular de rastreamento – teste para detecção de DNA do HPV

No teste para detecção de DNA do HPV, faz-se a coleta de secreção do colo do útero ou da vagina com auxílio de um swab ou uma escova pequena (que pode estar incluído no kit do teste – ver instruções do fabricante) e coloca-se em um recipiente com líquido especial. Esse recipiente é enviado ao laboratório onde a amostra é analisada para pesquisa de DNA do HPV. Atualmente está em avaliação e logo estará disponível um teste para HPV que pode ser analisado no estabelecimento onde a amostra foi coletada, com equipamento menos complexo.

O resultado negativo indica que não se encontrou infecção por HPV, enquanto o resultado positivo indica infecção por um ou mais dos tipos de HPV de alto risco.¹⁷ Quando uma mulher 30 anos de idade recebe um resultado positivo do teste de HPV, é necessário manejo do seguimento de acordo com as diretrizes nacionais.

Importante: o exame não faz o diagnóstico de lesão pré-cancerosa nem de câncer do colo do útero e, ao explicar o exame a uma paciente, o profissional de saúde não deve dizer que ele faz esse diagnóstico.

As etapas de aconselhamento específicas para o teste de HPV estão incluídas no procedimento apresentado nesta ficha prática. As Fichas práticas 3.4 e 3.5 contêm sugestões para o aconselhamento de clientes sobre o câncer do colo do útero e especificamente antes de qualquer exame, teste ou procedimento, e a Ficha prática 3.6 apresenta o aconselhamento especial para mulheres que vivem com HIV.



Aconselhamento



Etapas do aconselhamento



Aconselhamento – HIV

Coleta de amostra para detecção de HPV

A coleta da amostra pode ser feita com ou sem exame com espécuro, por um profissional de saúde ou pela própria cliente.

Para coletar a amostra sem introduzir um espécuro na vagina, um profissional de saúde pode inserir um swab longo até a parte superior da vagina, girá-lo e colocá-lo na solução apropriada. A própria mulher pode fazer isso depois de receber instruções e o material necessário: um swab comprido e um recipiente com a solução.

Se a amostra for retirada durante um exame pélvico (ver Ficha prática 5.2), o equipamento e o material necessários são:



Exame pélvico

¹⁷ Sete de cada dez casos (70%) de câncer do colo do útero notificados em todo o mundo são causados por apenas dois tipos de HPV: 16 e 18. Outros quatro tipos de HPV de alto risco – 31, 33, 45 e 58 – são encontrados com menor frequência associados ao câncer do colo do útero (ver Capítulo 1, Seção 1.3.4). Os testes de HPV detectam todos esses tipos de alto risco.

FP 5

- água e sabão para lavagem das mãos;
- fonte de iluminação para examinar o colo do útero;
- mesa de exame coberta com papel ou tecido limpo;
- espéculo submetido a desinfecção de alto nível (não é necessário esterilizar);
- luvas de exame descartáveis ou submetidas a desinfecção de alto nível;
- escova pequena ou swab macio;
- recipiente pequeno com solução conservante;
- formulário de registro e lápis;
- recipiente pequeno com água morna para lubrificar e aquecer o espéculo;
- solução de cloro a 0,5% para descontaminar instrumentos e luvas.

Nota: é melhor não coletar amostra de uma mulher com menstruação ativa. O sangramento leve é aceitável.

Preparo

1. Explique o que é um teste para HPV e o que significa um resultado positivo.
Confirme se a mulher compreendeu e obtenha o consentimento livre e esclarecido.

Coleta da amostra

Por um profissional de saúde, com ou sem espéculo na vagina:

2. Colete uma amostra da parte superior da vagina com auxílio de escova ou swab.
3. Coloque a escova ou o swab em recipiente especial com solução conservante.

Coleta da amostra pela própria **cliente:**

- i. Explique à cliente como coletar a própria amostra, de acordo com as instruções do fabricante.
- ii. Entregue a ela swabs e um recipiente etiquetado com solução conservante.
- iii. Ela pode coletar a amostra no ambulatório, se houver uma área privada, ou em casa.
- iv. Se coletar a amostra em casa, deve levá-la ao estabelecimento no prazo especificado pelo fabricante do kit de teste e deve ser informada da data de retorno para receber o resultado.

Depois de coletar a amostra

4. Quando usado, o espéculo deve ser fechado e retirado delicadamente e colocado em solução de descontaminação.
5. Identifique o recipiente com o nome da cliente, o número de registro do ambulatório e a data.

6. Comunique à cliente se tiver observado algo anormal, sobretudo se a amostra foi coletada com uso de espécúlo. Se viu algum motivo para encaminhar a mulher a um estabelecimento de maior nível de complexidade, explique por quê, onde e quando ela deve ir e a quem deve procurar; destaque a importância de comparecer a essa consulta.
7. Registre a coleta da amostra no prontuário da paciente com eventuais observações.
8. Diga à mulher quando deve retornar para receber os resultados.

Seguimento: entrega dos resultados do exame à cliente na consulta subsequente

- Ao entregar à cliente o resultado do exame, explique o significado e, se necessário, oriente-a sobre outros exames de seguimento ou tratamento.
- Se o exame foi usado como método primário de rastreamento, uma mulher com resultado positivo deve ser orientada sobre os próximos passos de acordo com as diretrizes nacionais.
- Esteja preparado para responder a perguntas sobre as implicações de um teste de HPV positivo.

Ver Ficha prática 5.7: Aconselhamento de mulheres após resultados positivos do exame de rastreamento.



Aconselhamento:
resultado positivo

Ficha prática 5.5: Método visual de rastreamento – inspeção visual com ácido acético (VIA)

No VIA, o profissional de saúde aplica ácido acético a 3% a 5% no colo do útero, espera 1 a 2 minutos e observa se surge alguma área branca. O VIA é positivo se surgirem placas brancas elevadas e espessas ou áreas acetobranças que persistem por mais de um minuto, geralmente perto da junção escamocolunar (JEC). O VIA é negativo se não surgirem alterações no revestimento do colo do útero.

O profissional de saúde deve suspeitar de câncer se observar uma massa semelhante à couve-flor (vegetante) ou uma úlcera no colo do útero. Nesses casos, não faz o VIA e a cliente é encaminhada diretamente a um estabelecimento de maior nível de complexidade.

As Fichas práticas 3.4 e 3.5 apresentam sugestões para o aconselhamento de clientes sobre câncer do colo do útero e especificamente antes de qualquer exame, teste ou procedimento. A Ficha prática 3.6 apresenta informações de aconselhamento específicas para mulheres que vivem com HIV.

O equipamento e as provisões necessários para VIA são:

- água e sabão (ou preparação alcoólica) para lavagem das mãos;
- fonte de iluminação intensa para examinar o colo do útero;
- espéculo submetido a desinfecção de alto nível (não é necessário esterilizar);
- luvas de exame descartáveis ou submetidas a desinfecção de alto nível (não é necessário que sejam estéreis);
- mesa de exame coberta com papel ou tecido limpo;
- swabs com ponta de algodão;
- solução de ácido acético diluída (3% a 5%) ou vinagre branco;
- formulário de registro e lápis;
- material para a prevenção de infecção:
 - solução de cloro a 0,5% para descontaminação de instrumentos;
 - bolsas para provisões descartáveis contaminadas.



Aconselhamento



Etapas de aconselhamento



Aconselhamento

Nota: o uso de métodos visuais não é recomendado em mulheres na pós-menopausa se não for possível ver toda a zona de transformação ao exame com espéculo.

Preparo

1. Antes de começar, avalie o conhecimento da cliente sobre VIA, corrija ou acrescente as informações necessárias e pergunte se ela tem alguma dúvida. Explique o procedimento, como é feito e o que significa um resultado positivo. Verifique se ela compreendeu e obtenha o consentimento livre e esclarecido.
2. Faça um exame com espéculo conforme a descrição na Ficha prática 5.2 e mantenha o espéculo no lugar para fazer a IVAA.



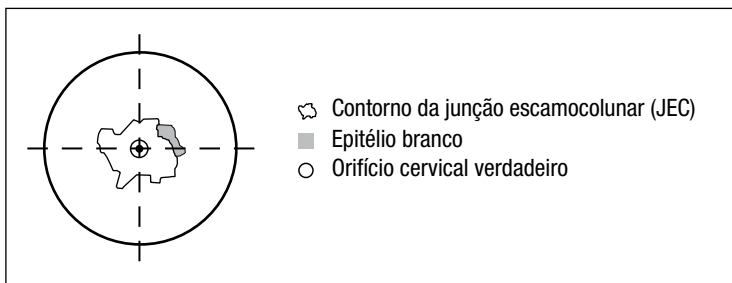
Realização do exame de rastreamento

3. Ajuste a fonte de iluminação para ter a melhor visão possível do colo do útero.
4. Use um swab de algodão para remover qualquer secreção, sangue ou muco do colo do útero.
5. Confirme se consegue ver toda a zona de transformação e identifique a JEC e a área circundante.
6. Aplique ácido acético no colo do útero.
7. Importante: espere 1 a 2 minutos para que a cor se modifique.
8. Inspeccione a JEC com rigor e tenha certeza de que consegue ver toda ela. Observe se há alguma placa branca espessa e elevada ou epitélio acetobranco, com atenção especial à zona de transformação.
9. Use um novo swab para remover o ácido acético remanescente do colo do útero e da vagina.
10. Feche e retire o espéculo com delicadeza e coloque-o na solução de descontaminação.

Depois do rastreamento

11. Registre suas observações e o resultado do exame. Desenhe um mapa com os resultados anormais no formulário de registro, como é mostrado na Figura FP5.5.1.

Figura FP5.5.1: Resultados da IVAA registrados em um desenho com legenda



FP 5

12. Discuta com a cliente os resultados do exame de rastreamento.

- Se o resultado for negativo (normal), diga que ela deve fazer outro exame em 3 a 5 anos, ou de acordo com a recomendação das diretrizes nacionais.
- Se o resultado for positivo (anormal), diga que ela necessita de tratamento e explique; enfatize que o exame não evita nem trata o câncer do colo do útero, mas que o tratamento da lesão pré-cancerosa é essencial para a prevenção depois de um resultado positivo (ver Ficha prática 5.7: Aconselhamento de mulheres após resultados positivos do exame de rastreamento).
- Se houver suspeita de câncer, informe quais são as próximas etapas recomendadas. Ela deve ser encaminhada para manejo complementar (exame e tratamento). Tome as providências e dê a ela todos os formulários necessários e instruções antes que vá embora. Se possível, marque imediatamente a consulta.



Aconselhamento:
resultado positivo

Ficha prática 5.6: Métodos citológicos de rastreamento – esfregaço de Papanicolaou e citologia em meio líquido (CML)

FP 5

Há duas maneiras de fazer o rastreamento por citologia cervical: o exame de Papanicolaou convencional ou a citologia em meio líquido (CML). Os dois métodos usam uma amostra de células retiradas do colo do útero durante um exame pélvico com espéculo. No exame de Papanicolaou, a amostra é esfregada sobre uma lâmina, fixada e examinada ao microscópio. Na CML, a amostra é transferida para uma solução conservante especial e transportada ao laboratório para processamento.

Quando se encontram células epiteliais anormais no rastreamento por citologia, o resultado é positivo. Mas na maioria das vezes os resultados positivos não indicam câncer; eles estão relacionados a anormalidades que variam desde inflamações secundárias a infecção cervical ou vaginal até lesões pré-cancerosas leves a graves (ver Anexo 5: O sistema Bethesda de 2001).



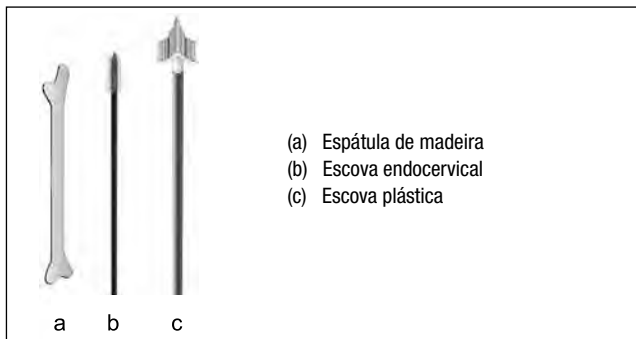
Portanto, a maioria das mulheres com resultado positivo do rastreamento por citologia necessita de mais exames para confirmar o diagnóstico (inclusive a repetição do exame de Papanicolaou, VIA, colposcopia, biópsia ou curetagem endocervical) e verificar se é necessário tratamento.

O equipamento e as provisões necessários para coleta de amostra para citologia cervical são:

- água e sabão (ou preparação alcoólica) para lavagem das mãos;
- fonte de iluminação intensa para examinar o colo do útero;
- mesa de exame coberta com papel ou tecido limpo;
- espéculo submetido a desinfecção de alto nível (não necessariamente estéreis);
- luvas de exame descartáveis ou submetidas a desinfecção de alto nível (não necessariamente estéreis);
- espátula de ponta estendida de madeira ou plástico ou escova para coleta da amostra (ver Figura FP5.6.1);
- apenas para o exame de Papanicolaou: lâmina de vidro com borda fosca e fixador em spray ou solução;
- apenas para CML: tubo com solução conservante especial;
- formulário de registro, lápis para identificação;
- vasilha pequena com água morna para lubrificar e aquecer o espéculo;
- solução de cloro a 0,5% para descontaminar os instrumentos e as luvas.

FP 5

Figura FP5.6.1: Dispositivos para coleta de amostra cervical para rastreamento por citologia



Notas:

- É melhor não coletar amostra cervical de mulheres com menstruação ativa ou sintomas de infecção aguda. O sangramento leve é aceitável.
- A gravidez não é a época ideal para coleta de amostra cervical para o rastreamento citológico, pois os resultados podem ser enganosos. Entretanto, se a mulher estiver na faixa etária prevista e for provável que não volte depois de dar à luz, faça o esfregaço.

As etapas de aconselhamento específicas para o rastreamento citológico estão incluídas no procedimento descrito nesta ficha prática. As Fichas práticas 3.4 e 3.5 contêm sugestões para o aconselhamento de clientes sobre câncer do colo do útero e especificamente antes de qualquer exame, teste ou procedimento. A Ficha prática 3.6 apresenta informações de aconselhamento específicas para mulheres que vivem com HIV.



Aconselhamento



Etapas de aconselhamento



Aconselhamento – HIV

Exame de Papanicolaou convencional

Preparo

1. Explique o procedimento, o que significa um resultado positivo ou negativo e por que é importante voltar para receber o resultado e tomar as medidas apropriadas. Confirme se a mulher compreendeu e obtenha o consentimento livre e esclarecido.
2. Faça um exame com espécuro, conforme descrição na Ficha prática 5.2.

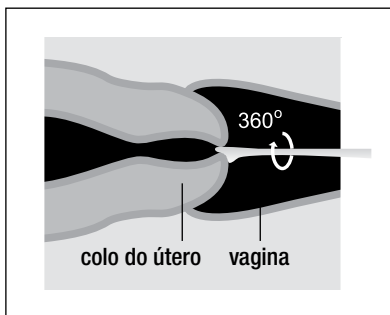


Exame pélvico

Coleta da amostra

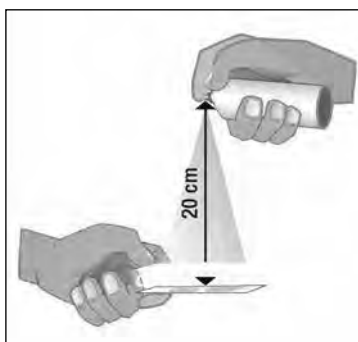
3. Introduza a ponta longa da espátula ou a escova no orifício cervical e gire dando uma volta completa (360 graus) (ver Figura 5.6.2).

Figura 5.6.2: Coleta de uma amostra de células do colo do útero com espátula de madeira



4. Esfregue os dois lados da espátula sobre a lâmina de vidro com uma ou duas passagens cuidadosas (ou gire a escova sobre a lâmina). Se perceber alguma anormalidade fora da área de coleta da amostra, colete outra amostra e esfregue-a sobre outra lâmina.
5. Fixe imediatamente cada lâmina, mesmo antes de retirar o espéculo da vagina (leve poucos segundos): use um fixador em spray, em posição perpendicular e à distância de 20 cm da lâmina (ver Figura 5.6.3), ou mergulhe a lâmina em um recipiente com etanol a 95% e deixe durante pelo menos cinco minutos (enquanto procede às etapas seguintes).
6. Feche e retire o espéculo com delicadeza.

Figura 5.6.3: Fixação de um esfregaço de Papanicolaou convencional com fixador líquido spray



Nota: se a lâmina não for fixada de imediato, ocorre desidratação e deformação das células e é impossível ler a lâmina com exatidão no laboratório.

FP 5

Depois da coleta da amostra e do preparo da lâmina

7. Coloque todos os instrumentos usados na solução de descontaminação.
8. Identifique a borda fosca de cada lâmina cuidadosamente com o nome da cliente, o número do prontuário clínico e a data.
9. No prontuário da paciente, anote e ilustre qualquer característica observada, o que inclui: visibilidade da zona de transformação, inflamação, úlceras ou outras lesões e secreção anormal. Anote se foram coletadas outras amostras (por exemplo, um esfregaço de Papanicolaou de outra área e testes para IST) e se a mulher foi encaminhada a outro lugar (para quem e quando).
10. Pergunte à cliente se tem dúvidas e dê respostas claras.
11. Diga quando e como ela receberá os resultados e enfatize a importância de voltar para recebê-los. Em condições ideais, o laboratório deve entregar os resultados ao ambulatório em 2 a 3 semanas. Não é aceitável que o laboratório leve mais de um mês para enviar os resultados.
12. Se viu algum motivo para encaminhar a mulher a um estabelecimento de maior nível de complexidade, explique por quê, onde e quando ela deve ir e a quem deve procurar; destaque a importância de comparecer a essa consulta.

Citologia em meio líquido (CML)

Este método é um aprimoramento do esfregaço de Papanicolaou convencional. Há algumas diferenças nas etapas a serem seguidas, sobretudo para coleta e preparo da amostra. Assim como os esfregaços de Papanicolaou, as amostras são enviadas ao laboratório para o processamento, e os resultados são apresentados da mesma maneira.

Preparo

1. Explique o procedimento, o que significa um resultado positivo ou negativo e por que é importante voltar para receber o resultado e tomar as medidas apropriadas. Confirme se a mulher compreendeu e obtenha o consentimento livre e esclarecido.
2. Faça um exame com espéculo, conforme descrição na Ficha prática 5.2.



Exame pélvico

Coleta da amostra

3. Introduza a escova ou espátula no orifício cervical e gire dando uma volta completa (360 graus).
4. Retire a amostra da escova ou espátula e transfira para solução conservante especial em um tubo.
5. Feche e retire o espéculo com delicadeza.

Depois da coleta da amostra

6. Coloque todos os instrumentos usados na solução de descontaminação.
7. Identifique o frasco cuidadosamente com o nome da cliente, o número do prontuário clínico e a data.
8. No prontuário da paciente, anote e ilustre qualquer característica observada, o que inclui: visibilidade da zona de transformação, inflamação, úlceras ou outras lesões e secreção anormal. Anote se foram coletadas outras amostras (por exemplo, testes para IST) e se a mulher foi encaminhada a outro lugar (para quem e quando).
9. Pergunte à cliente se tem dúvidas e dê respostas claras.
10. Diga quando e como ela receberá os resultados e enfatize a importância de voltar para recebê-los. Em condições ideais, o laboratório deve entregar os resultados ao ambulatório em 2 a 3 semanas. Não é aceitável que o laboratório leve mais de um mês para enviar os resultados.
11. Se viu algum motivo para encaminhar a mulher a um estabelecimento de maior nível de complexidade, explique por quê, onde e quando ela deve ir e a quem deve procurar; destaque a importância de comparecer a essa consulta.

Seguimento: entrega dos resultados do exame citológico à cliente na consulta subsequente

- Quando a cliente voltar, entregue os resultados do exame, explique o que eles significam e oriente sobre os próximos passos necessários.
 - Se o resultado for negativo (normal), oriente-a a fazer outro exame de rastreamento em 3 a 5 anos, ou de acordo com a recomendação das diretrizes nacionais.
 - Se o resultado for positivo (anormal), use os fluxogramas dos Anexos 8 e 9 como guia para orientá-la sobre o seguimento necessário.
- Se a cliente não voltar e o resultado do exame for anormal ou insatisfatório para análise laboratorial, tente entrar em contato com ela.

Ficha prática 5.7: Aconselhamento de mulheres após resultados positivos do exame de rastreamento

As Fichas práticas 3.4 e 3.5 contêm orientações para o aconselhamento.



Aconselhamento

Aconselhamento de mulheres após resultados positivos SEM suspeita de câncer

Ao explicar a uma mulher que o exame de rastreamento foi positivo, mas NÃO há suspeita de câncer, devem-se fornecer as seguintes informações em linguagem clara e simples:



Etapas do aconselhamento

1. Parabenize-a por cuidar da saúde e explique que o exame ajuda a PREVENIR o câncer do colo do útero.
2. Diga-lhe que o resultado foi positivo, explique o que isso significa e tranquilize-a dizendo que NÃO significa que tenha câncer do colo do útero.

No caso de **resultado positivo da citologia ou do VIA:**

- Explique que o exame identifica alterações iniciais, conhecidas como lesões pré-cancerosas, que um dia podem se converter em câncer se não tratadas.
- Explique que existe um tratamento simples e seguro para remover as alterações iniciais, que é muito efetivo na cura dessas lesões pré-cancerosas.

No caso de **resultado positivo do teste de HPV:**

- Explique que o teste de HPV positivo significa que há uma infecção pelo vírus no colo do útero. Tranquilize-a dizendo que pouquíssimas mulheres com teste de HPV positivo desenvolvem câncer do colo do útero.
 - Se ela tiver um resultado positivo do teste de HPV e um resultado negativo do VIA, explique que isso significa que ela tem uma infecção persistente por HPV, mas que esta ainda não causou alterações celulares.
3. Explique qual é o tratamento (se houver), quanto tempo leva e o que ela pode esperar.
 4. Enfatize que se não houver tratamento (ou seguimento rigoroso, no caso de um teste de HPV positivo combinado a um resultado negativo do VIA ou da citologia), ela pode ter câncer do colo do útero anos depois.
 5. Explique que, se quiser, ela pode ser tratada no mesmo dia, ou o mais breve possível, ou ser encaminhada a outro lugar para tratamento. Marque uma consulta se necessário.

Outras informações no caso de resultado positivo do teste de HPV

Embora um resultado positivo de teste do HPV não signifique que a mulher terá câncer do colo do útero ou problemas no futuro, nem que tenha uma lesão pré-cancerosa, ela ainda pode ficar perturbada ao saber que é HPV-positiva. Responda

a qualquer pergunta da paciente sobre a infecção por HPV e dê as seguintes informações gerais:

- O HPV é transmitido durante a atividade sexual, mas é impossível que saiba quando ou de quem a pessoa adquiriu (a menos que tenha havido contato sexual com apenas um parceiro em toda a vida).
- O HPV não é um sinal de promiscuidade nem de infidelidade.
- É muito difícil evitar a infecção por HPV. Embora os preservativos protejam contra o HIV e a gravidez indesejada, não oferecem proteção completa contra o HPV.
- A infecção por HPV e o tratamento não causam dificuldades para engravidar nem para ter um bebê saudável.
- Embora os nomes sejam semelhantes, o HPV não tem relação com o HIV.

A Ficha prática 3.4 orienta a aconselhar sobre câncer do colo do útero em geral e a Ficha prática 3.5 contém informações sobre aconselhamento antes, durante e depois de um exame ou procedimento. A Ficha prática 3.2 contém respostas a perguntas comuns sobre o HPV.



Aconselhamento



Etapas do aconselhamento



Perguntas frequentes

Aconselhamento de mulheres após resultados positivos COM suspeita de câncer

1. Explique à cliente que o exame de rastreamento foi positivo para alterações no colo do útero e que é necessário fazer outros exames para saber mais sobre essas alterações.
2. **NÃO** diga que acredita que ela tem câncer; é necessário fazer uma biópsia para confirmar esse diagnóstico.
3. Pergunte se ela está acompanhada e se deseja que a pessoa entre para ouvir a informação que você dará sobre os próximos passos.
4. Tranquelize-a dizendo que embora haja motivo para preocupação, o mais importante é que ela veio fazer o exame de rastreamento e agora pode receber ajuda.
5. Explique que o tratamento pode curar a maioria dos casos; é nisso que ela precisa se concentrar.
6. Dê as informações para uma consulta de referência e verifique se tem todas as informações para entrar em contato com ela caso necessário.
7. Pergunte se há algum problema que possa impedi-la de comparecer à consulta de referência; se houver, busque soluções possíveis e ajude a elaborar um plano para obter os serviços necessários.

FP 5

8. Marque uma consulta de seguimento para confirmar se ela recebeu a atenção necessária.

O profissional de saúde tem uma função importante para assegurar que uma mulher com suspeita de câncer receba a atenção de acompanhamento necessária. Os profissionais devem:

- Considerar a criação de um sistema para acompanhar todas as referências e garantir que as clientes sejam submetidas aos exames complementares e tratamento necessários.
- Assegurar que a mulher e a família compreendam a importância de comparecer a todas as consultas e de seguir as instruções fornecidas por todos os profissionais de saúde participantes da atenção.
- Fazer o seguimento da mulher e da família para confirmar se compreendem o resultado dos exames complementares e do tratamento.

Ficha prática 5.8: Colposcopia

FP 5

Ficha prática 5.8: Colposcopia

O que é a colposcopia e por que é necessária?

A colposcopia é o uso de um colposcópico (instrumento que tem uma lente de aumento e emite luz intensa) para examinar o colo do útero.

A colposcopia não é realizada com frequência porque exige que a paciente dê um passo a mais, que pode só estar disponível em um estabelecimento distante e a custo adicional, com possível perda de seguimento.

As razões para solicitar a colposcopia incluem:

- auxiliar o tratamento com crioterapia ou CAF por mapeamento do local, do tamanho e da localização da lesão pré-cancerosa;
- guiar as biópsias de áreas com aparência anormal que podem ser cancerosas.

Importante: ao conversar com a paciente, o profissional de saúde não deve mencionar câncer, pois o diagnóstico é desconhecido até que se recebam os resultados do exame microscópico.

O equipamento e o material necessários para a colposcopia são:

- espéculo vaginal, submetido a desinfecção de alto nível;
- colposcópico;
- todo o material necessário para prevenção de infecções.

Como as biópsias e a curetagem endocervical (CEC) geralmente são realizadas durante a colposcopia, você também pode necessitar de:

- ácido acético a 3% a 5%;
- solução de Monsel (ver Anexo 13);
- pinça saca-bocado para biópsia;
- cureta endocervical;
- pinça em anel;
- swabs de algodão;
- frascos para amostras com formol a 10%;
- lápis e etiquetas.

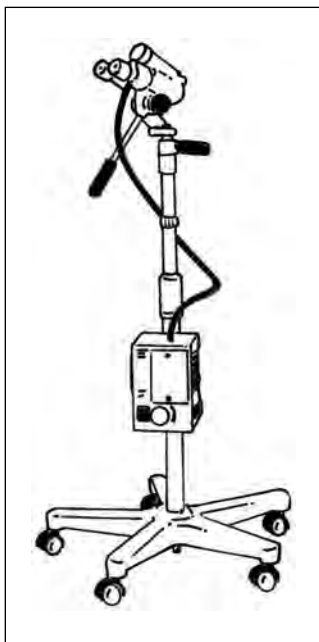


Solução de Monsel

FP 5

Preparo

1. Explique o procedimento, o que os exames podem mostrar e por que é importante voltar para manejo complementar, conforme solicitado. Confirme se a paciente compreendeu e obtenha o consentimento livre e esclarecido.
2. Mostre o colposcópio à paciente e explique como será usado para examiná-la.
3. Prepare a paciente para um exame pélvico (ver Ficha prática 5.2).

Figura FP5.8.1: Colposcópio**Procedimento**

Diga à paciente o que fará a cada etapa e avise antes de fazer algo que possa causar cólica ou dor.

4. Introduza o espéculo e verifique se o fórnice posterior (espaço vaginal que circunda a ectocérvice) está seco.
5. Inspeção o colo do útero com objetiva de pequeno aumento (5× a 10×) à procura de áreas de evidente anormalidade, como úlceras, tumores com suspeita de câncer, cistos, verrugas, etc. Identifique a zona de transformação, a junção escamocolunar (JEC) antiga e a JEC nova. Se aconselhável, ou se não for possível

ver toda a JEC, pode-se inspecionar o canal cervical com auxílio de um espéculo endocervical. Se ainda assim não for possível ver toda a JEC, a colposcopia é considerada inadequada ou insatisfatória e deve-se fazer uma CEC (ver Ficha prática 5.9).

6. Aplique solução salina no colo do útero e inspecione-o com um filtro verde e aumento de 15×, observando se há alguma vascularização anormal.
7. Depois de avisar que ela pode sentir uma ardência leve, aplique ácido acético.
8. Aguarde 1 a 2 minutos para que haja mudança de cor; observe se houve alguma mudança na aparência do colo do útero. Dê atenção especial às anormalidades perto da JEC.
9. Reúna os resultados do exame com solução salina e do exame com ácido acético para fazer a avaliação colposcópica.
10. Se houver necessidade de biópsia, diga à paciente que fará biópsias do colo do útero e que isso pode causar alguma cólica.
11. Faça as biópsias cervicais ou a CEC conforme a descrição na Ficha prática 5.9.
12. Caso haja sangramento ativo, comprima a área com um swab ou aplique solução de Monsel.
13. Retire o colposcópico e, com delicadeza, feche e retire o espéculo.
14. Aguarde alguns minutos e peça que a paciente se sente lentamente. Observe se ela apresenta sintomas vasovagais (ou seja, atordoamento, sudorese, desmaio). Caso ocorram, diga que se deite novamente e eleve suas pernas até que se sinta bem.



Biópsia e curetagem endocervical (CEC)

Depois do procedimento

15. Explique o que viu e, se fez biópsia ou curetagem endocervical, o que esses exames podem revelar.
16. Indique à paciente como cuidar de si mesma em casa:
 - Ela deve se abster do coito até que não haja mais secreção nem sangramento (geralmente 2 a 4 dias). Entregue a ela preservativos e ensine a usá-los, caso a abstinência não seja possível.
 - Ela não deve introduzir nenhum objeto na vagina durante 3 a 4 dias.
 - Descreva os sinais e sintomas das complicações: hemorragia ativa, cólica ou dor abdominal baixa intensa, corrimento purulento e febre. Se apresentar algum desses sintomas, ela precisa voltar ao centro de saúde ou ir ao hospital.
17. Explique a importância de voltar ao ambulatório para receber os resultados e marque uma data específica para a consulta de retorno. Os laudos laboratoriais devem estar disponíveis em 2 a 3 semanas; portanto, deve-se agendar uma consulta de acompanhamento 2 a 3 semanas depois da colposcopia.

FP 5

18. Documente os resultados. Use formulários apropriados para registrar a avaliação colposcópica.
19. Envie ao laboratório o tecido obtido por biópsia e curetagem devidamente identificados.
20. Se observou algo que não pode tratar em seu estabelecimento, encaminhe a paciente imediatamente a um estabelecimento de maior nível de complexidade para fazer outros exames ou testes.

Seguimento (2 a 3 semanas após a colposcopia)

21. Explique os resultados constantes do laudo laboratorial.
22. Indique à paciente o seguimento necessário, de acordo com os resultados. Use as diretrizes nacionais ou, se não disponíveis, os fluxogramas nos Anexos 8 e 9 e a tabela no Anexo 10 para orientar a paciente sobre o diagnóstico e estabelecer um plano de tratamento recomendado.
23. Faça um exame pélvico e controle de cura.
24. Encaminhe a paciente ao tratamento necessário ou marque uma consulta para a próxima visita ao ambulatório.



Estratégias de rastrear e tratar
– HIV–



Estratégias de rastrear e tratar
– HIV+



Tratamento segundo o estágio FIGO

Nota: seu trabalho não termina até que você tenha analisado o laudo histopatológico com a paciente e estabelecido um plano de tratamento.

Ficha prática 5.9: Biópsia e curetagem endocervical (CEC)

Biópsia

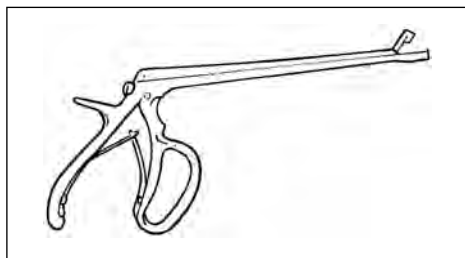
O que é e por que é necessária?

A biópsia cervical é a retirada de pequenos fragmentos de tecido cervical, com auxílio de uma pinça de biópsia em saca-bocado especial (ver Figura FP5.9.1), para diagnosticar anormalidades detectadas quando o colo do útero foi examinado sem aumento (por exemplo, durante um exame pélvico para procedimento de rastreamento cervical) ou anormalidades observadas com o auxílio da colposcopia. As amostras de biópsia são colocadas imediatamente em frasco identificado que contém líquido fixador – para preservar os tecidos e as estruturas celulares como estavam quando foram colocados no líquido – e enviadas a um laboratório onde cortes muito finos são preparados com corantes especiais e examinados ao microscópio em um processo conhecido como exame histopatológico.

Se as amostras de tecido tiverem tamanho suficiente e estiverem bem preservadas, os resultados do exame histopatológico discriminam entre lesões pré-cancerosas, câncer invasivo e lesões não cancerosas [por exemplo, verrugas (condiloma), herpes, infecções, cistos benignos ou pólipos].

A biópsia pode ser um pouco dolorosa ou causar cólica. Em geral, não há necessidade de anestesia. O sangramento costuma ser mínimo e pode ser controlado por pressão com swab de algodão.

Figura FP5.9.1: Pinça saca-bocado para biópsia cervical



A biópsia deve ser realizada por profissional de saúde capacitado em um estabelecimento que disponha de equipamento e provisões necessários.

Nota importante: ao conversar com a paciente, o profissional de saúde não deve mencionar câncer, pois o diagnóstico é desconhecido até que se recebam os resultados do exame microscópico.

FP 5

O equipamento e as provisões necessários para a biópsia são:

- espéculo vaginal, submetido a desinfecção de alto nível;
- colposcópio (se necessário para ver a lesão);
- todas as provisões necessárias para prevenção de infecção;
- ácido acético a 3% a 5%;
- solução de Monsel (ver Anexo 13);
- pinça saca-bocado para biópsia;
- swabs de algodão;
- recipientes para a amostra com formol a 10%;
- lápis e etiquetas.

Preparo

1. Apresente-se e explique o procedimento, o que os exames podem mostrar e por que é importante voltar para receber os resultados e para o manejo complementar, se necessário.
2. Confirme se a paciente compreendeu.
3. Obtenha o consentimento livre e esclarecido.
4. Mostre a pinça de biópsia e explique como é usada.
5. Em caso de encaminhamento para biópsia, diga aonde ela deve ir.
6. Diga à paciente quando os resultados devem estar prontos e aonde ela deve ir para recebê-los; converse sobre as etapas subsequentes.
7. Pergunte se você ou outro profissional pode entrar em contato, estabeleça os meios que podem ser usados para isso (por exemplo, telefonema, visita pessoal ou entrega de mensagem lacrada por um trabalhador da comunidade) e verifique se há horários específicos em que não deva entrar em contato.

Procedimento

8. Diga à paciente o que fará a cada etapa e avise antes de fazer algo que possa causar cólica ou dor. Prepare-a para o exame pélvico (ver Ficha prática 5.2).
9. Introduza o espéculo e inspecione o colo do útero à procura de anormalidades visíveis.
10. Depois de avisar que ela pode sentir uma ardência leve, aplique ácido acético e espere 1 a 2 minutos para que haja mudança de cor.
11. Observe mudanças na aparência do colo do útero. Dê atenção especial às anormalidades perto da junção escamocolumnar (JEC).



Exame pélvico

12. Diga que fará uma biópsia do colo do útero e ela pode sentir um pouco de cólica.
13. Faça biópsias cervicais das áreas mais anormais, e coloque os fragmentos em diferentes recipientes identificados que contenham formol ou outra solução conservante.
14. Caso observe hemorragia ativa, comprima com um swab de algodão durante alguns minutos; se o sangramento continuar, aplique solução de Monsel nas áreas de hemorragia (ver preparo da solução de Monsel no Anexo 13) e retire o espéculo com delicadeza.

Curetagem endocervical

O que é e por que é necessária?

A curetagem endocervical (CEC) emprega um instrumento delgado especial para coletar tecido do canal cervical para exame microscópico. É usada quando:

- um exame de rastreamento por citologia tem resultado positivo, mas não se observam anormalidades à colposcopia (ver Ficha prática 5.8) – pode haver uma lesão pré-cancerosa ou um câncer oculto no interior do canal;
- células glandulares anormais são observadas no exame de rastreamento por citologia;
- a colposcopia sugere anormalidades originadas no canal cervical;
- não é possível ver toda a JEC (a colposcopia é insatisfatória).



Colposcopia

Nota importante: ao conversar com a paciente, o profissional de saúde não deve mencionar câncer, pois o diagnóstico é desconhecido até que se recebam os resultados do exame microscópico.

O equipamento e as provisões necessários para a CEC são:

- espéculo vaginal, submetido a desinfecção de alto nível;
- todas as provisões necessárias para prevenção de infecção;
- solução de Monsel (ver Anexo 13);
- cureta endocervical;
- swabs de algodão;
- frascos para amostra com formol a 10%;
- lápis e etiquetas;
- gaze ou papel pardo.

FP 5

Ficha prática 5.9: Biópsia e curetagem endocervical (CEC)

Preparo

1. Apresente-se e informe à paciente que recomenda a CEC porque precisa ter certeza de que não existem anormalidades dentro do canal cervical.
2. Explique como é o procedimento, a duração e o que ela pode sentir (ou seja, cólica e às vezes queda da pressão arterial, com possibilidade de sudorese, atordoamento e desmaio).
3. Confirme se a paciente compreendeu.
4. Obtenha o consentimento livre e esclarecido.
5. Mostre a cureta e explique como é usada.
6. Em caso de encaminhamento para fazer a CEC, explique aonde ela deve ir.
7. Diga à paciente quando os resultados devem estar prontos (no prazo de 2 a 3 semanas) e aonde ela deve ir para recebê-los; converse sobre as etapas subsequentes.
8. Pergunte se você ou outro profissional pode entrar em contato, estabeleça os meios que podem ser usados para isso (por exemplo, telefonema, visita pessoal ou entrega de mensagem lacrada por um trabalhador da comunidade) e verifique se há horários específicos em que não deva entrar em contato.

Procedimento

9. Segure a cureta como uma caneta, introduza-a no canal endocervical e raspe com movimentos curtos e firmes até coletar amostras de todo ele. Mantenha a cureta dentro do canal durante todo o procedimento.
10. Ao final, retire a cureta, coloque todos os instrumentos usados na solução de descontaminação, coloque o material curetado sobre gaze ou papel pardo e mergulhe de imediato em formol a 10%.

Depois da biópsia ou da CEC

1. Explique o que viu e o que as amostras coletadas por biópsia ou curetagem endocervical podem revelar.
2. Indique à paciente como cuidar de si mesma em casa:
 - Ela deve se abster do coito até que não haja mais secreção nem sangramento (geralmente 2 a 4 dias). Entregue a ela preservativos e ensine a usá-los, caso a abstinência não seja possível.
 - Ela não deve introduzir nenhum objeto na vagina durante 3 a 4 dias.
 - Descreva os sinais e sintomas das complicações: hemorragia ativa, cólica ou dor abdominal baixa intensa, corrimento purulento e febre. Se apresentar algum desses sintomas, ela precisa voltar ao centro de saúde ou ir ao hospital.

3. Explique a importância de voltar ao ambulatório para receber os resultados e marque uma data específica para a consulta de retorno. Os laudos laboratoriais devem estar disponíveis em 2 a 3 semanas; portanto, deve-se agendar uma consulta de acompanhamento 2 a 3 semanas depois do procedimento.
4. Documente os resultados nos formulários apropriados.
5. Envie ao laboratório o tecido obtido por biópsia ou curetagem em frascos devidamente identificados.
6. Se observou algo que não pode tratar em seu estabelecimento, encaminhe a paciente imediatamente a um estabelecimento de maior nível de complexidade para fazer outros exames ou testes.

Nota: seu trabalho não termina até que você tenha analisado o laudo histopatológico com a paciente e estabelecido um plano de tratamento.

Ficha prática 5.10: Opções de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero: crioterapia

Crioterapia é o congelamento de áreas anormais do colo do útero mediante aplicação de um disco metálico em temperatura baixíssima (criossonda) sobre elas. Demora poucos minutos e geralmente só provoca uma cólica leve.

Tabela FP5.10.1: Elegibilidade e critérios de exclusão para crioterapia

Crítérios de elegibilidade (todos devem ser atendidos)	Crítérios de exclusão (basta que um seja atendido)
<ul style="list-style-type: none"> • Exame de rastreamento positivo para lesão precursora no colo do útero • Lesão suficientemente pequena para ser coberta pela crioossonda • Lesão e todas as bordas plenamente visíveis sem extensão para a endocérvice nem para a parede vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidência ou suspeita de doença invasiva ou displasia glandular (lesão precursora) • Lesão que ultrapassa a borda da crioossonda • Gravidez • Doença inflamatória pélvica (até que seja tratada) • Menstruação ativa

O equipamento e as provisões necessários para a crioterapia são:

- espéculo submetido a desinfecção de alto nível (não é necessário esterilizar);
- luvas de exame descartáveis ou submetidas a desinfecção de alto nível (não é necessário esterilizar);
- swabs de algodão para limpar o colo do útero;
- soro fisiológico;
- colposcópio, se usado no local específico de atendimento;
- unidade de criocirurgia (ver figura FP5.10.1) com suprimento satisfatório de gás (dióxido de carbono ou óxido nitroso).

Figura FP5.10.1: Componentes do equipamento de crioterapia



Fonte: reproduzido com permissão de Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003 (<http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>).

A Ficha prática 5.2 mostra o equipamento básico para fazer um exame pélvico. Consulte a orientação detalhada da OMS sobre o equipamento de crioterapia em *Cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer: WHO technical specifications* (Equipamento de criocirurgia para tratamento de lesões precursoras no colo do útero e prevenção do câncer do colo do útero: especificações técnicas da OMS (2012)).¹⁸ Veja a orientação detalhada da OMS sobre o uso da crioterapia em *WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia* (Diretrizes da OMS: uso de crioterapia na neoplasia intraepitelial cervical) (2011).¹⁹



Exame pélvico

Preparo

1. Explique o procedimento e por que é importante voltar para o manejo complementar conforme solicitado.
2. Confirme se a paciente compreendeu e obtenha o consentimento livre e esclarecido.
3. Mostre o equipamento de crioterapia e explique como é usado para congelar as áreas anormais no colo do útero.
4. Prepare a paciente para o exame ginecológico e examine com o auxílio de um espéculo.
5. Se não houver indícios de infecção, proceda à crioterapia.
6. Se houver infecção cervical, trate (ver Anexo 12) e peça que tome a primeira dose do medicamento ainda na sua presença. Você pode proceder à crioterapia ou marcar uma data para que a paciente volte quando a infecção estiver curada.



Tratamento de infecções

Procedimento

7. Limpe o colo do útero com um aplicador com ponta de algodão embebido em soro fisiológico e aguarde alguns minutos.
8. Aplique ácido acético para delimitar a anormalidade e aguarde mais alguns minutos para que as áreas brancas apareçam totalmente.²⁰
9. Avise que ela pode sentir algum desconforto ou cólica durante o congelamento do colo do útero.
10. Limpe a superfície de criossonda com solução salina para garantir efetividade ótima.
11. Coloque a ponta da criossonda no centro do orifício cervical. Verifique se a sonda cobre satisfatoriamente a lesão; se não cobrir toda a lesão, não proceda ao

¹⁸ Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/index.html>

¹⁹ Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44776/1/9789241502856_eng.pdf

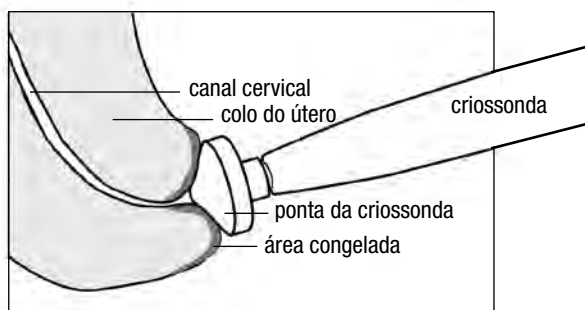
²⁰ Se as áreas brancas cobrirem mais de três quartos da superfície do colo do útero ou se estenderem até o canal cervical, não são elegíveis para criocirurgia. Retire o espéculo e, depois que a paciente estiver vestida, explique por que não fez a crioterapia e tranquilize-a dizendo que não é porque ela tem o câncer. Diga que a melhor opção é a CAF, explique resumidamente como é o procedimento e ajude a marcar uma consulta no hospital de nível secundário para esse procedimento.

FP 5

congelamento e explique a razão à paciente. Siga as instruções da nota de rodapé nesta página e aconselhe a paciente com relação aos próximos passos.

12. Se a criossonda cobrir uma área suficiente do colo do útero, antes de proceder ao congelamento verifique se há contato entre a parede vaginal e a criossonda, pois isso pode causar lesão da vagina por congelamento.
13. Ajuste o cronômetro e libere o gás para esfriar a sonda.
14. Você observará a formação de gelo na ponta da criossonda e no colo do útero (ver figura FP5.10.2). Quando a área congelada ultrapassar de 4 a 5 mm a borda da criossonda, o congelamento é satisfatório.

Figura FP5.10.2: Posição da criossonda no colo do útero e formação de gelo



15. Aplique dois ciclos de congelamento e descongelamento: três minutos de congelamento, seguidos de cinco minutos de descongelamento e mais três minutos de congelamento.
16. Concluído o segundo congelamento, espere o descongelamento antes de tentar retirar a sonda do colo do útero. A retirada antes do total descongelamento arranca o tecido cervical.
17. Gire delicadamente a sonda sobre o colo do útero para retirá-la. A área congelada estará branca.
18. Examine o colo do útero e verifique se há sangramento. Caso observe algum sangramento, aplique solução de Monsel (ver Anexo 13).
19. Não use tamponamento vaginal.
20. Retire o espéculo.

Depois do procedimento

21. Forneça um absorvente à paciente.
22. Oriente a paciente a se abster do coito e não usar absorventes internos durante quatro semanas, até que não haja mais secreção, para evitar infecção.

23. Entregue a ela preservativos e ensine a usá-los, caso a abstinência não seja possível.
24. Diga quais são as complicações possíveis e peça que volte imediatamente em caso de:
- febre com temperatura acima de 38 °C ou calafrios;
 - dor abdominal baixa intensa;
 - corrimento fétido ou purulento;
 - sangramento por mais de dois dias ou com coágulos.
25. Peça que volte em 12 meses para repetir o exame de rastreamento cervical, ou antes se for necessário.

Processamento do equipamento usado (após a saída da paciente)

Limpe e desinfete a criossonda e descontamine a pistola, a mangueira, o manômetro e o cilindro de gás do seguinte modo:²¹

1. Descontamine a unidade de crioterapia, a mangueira e o regulador por limpeza com álcool.
2. Lave a ponta e o protetor de plástico com água e sabão até que estejam visivelmente limpos.
3. Enxágue bem a ponta e o protetor de plástico com água limpa.
4. Faça a desinfecção de alto nível da ponta e do protetor de plástico por um dos seguintes métodos:
 - ferva em água durante 20 minutos; ou
 - aplique vapor durante 20 minutos; ou
 - mergulhe em desinfetante químico (solução de cloro a 0,1% ou glutaral a 2% a 4%) durante 20 minutos e enxágue com água fervida.
5. É essencial que a parte oca da ponta esteja totalmente seca quando for usada novamente, senão a água congela e a sonda pode rachar ou o tratamento não ser efetivo.
6. Use um protetor de borracha para vedar a parte oca da criossonda durante o processamento ou seque totalmente a criossonda antes de reutilizá-la.
7. Se nenhuma das opções de desinfecção de alto nível estiver disponível, a ponta e o protetor de plástico podem ser desinfetados por imersão em etanol ou isopropanol a 70% a 90% durante 20 minutos. Espere secar naturalmente e monte o equipamento.

²¹ Algumas pistolas são obstruídas pelo gelo. Para evitar que isso aconteça, aperte o botão de degelo a cada 20 segundos para limpar o tubo.

FP 5

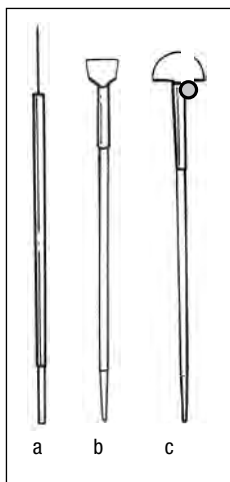
Ficha prática 5.11: Opções de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero: excisão com cirurgia de alta frequência (CAF)

A CAF é a retirada de áreas anormais do colo do útero com auxílio de uma alça de metal delgada aquecida por eletricidade. É bem-sucedida na cura da lesão pré-cancerosa de 9 em cada 10 mulheres.

O equipamento e as provisões necessários para CAF são:

- fonte de energia confiável;
- gerador eletrocirúrgico e caneta porta-eletrodo;
- colposcópico;
- espéculo não condutor, de preferência com afastadores laterais;
- eletrodo de retorno;
- eletrodos de vários tamanhos (ver Figura FP5.11.1);
- eletrodo para coagulação/com ponta esférica;
- sistema de evacuação de fumaça;
- pinça;
- anestésico local: lidocaína a 1% ou 2%, com ou sem epinefrina 1:100 000;
- seringas de 5 ml com agulhas 27G;
- frascos com soro fisiológico e ácido acético a 5%;
- solução de Monsel (ver Anexo 13);
- aplicadores grandes com ponta de algodão;
- agulhas e material de sutura;
- recipientes para amostras com formol a 10%.

Figura FP5.11.1: Diferentes tipos e tamanhos de eletrodos



- (a) Eletrodo com ponta esférica
(b) Eletrodo de alça quadrada
(c) Eletrodo de alça semicircular

A Ficha prática 5.2 apresenta o equipamento básico para exame pélvico.

Preparo

1. Explique o procedimento e por que é importante voltar para o manejo complementar conforme solicitado. Confirme se a paciente compreendeu e obtenha o consentimento livre e esclarecido.
2. Prepare a paciente para o exame pélvico (ver Ficha prática 5.2).
3. Fixe o eletrodo de retorno à face interna da coxa.
4. Introduza um espéculo não condutor coberto com isolamento elétrico ou um espéculo coberto com um preservativo de látex.
5. Examine o colo do útero e observe se há alguma anormalidade, como saída de exsudato do orifício cervical, inflamação, hemorragia ou lesões. Registre os achados.
6. Se não houver indicação de infecção, proceda à CAF. Se observar sinais de infecção, suspenda o procedimento e trate a paciente e o parceiro completamente (ver Anexo 12) antes de fazer outra tentativa.



Exame pélvico



Tratamento de infecções

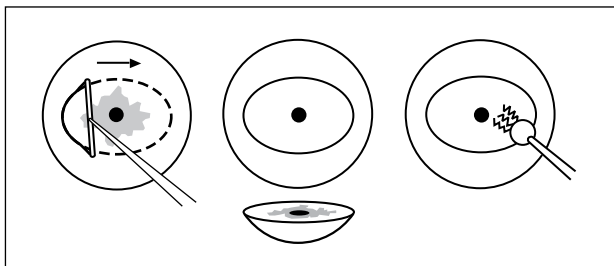
Procedimento

7. Antes de cada etapa, diga a mulher o que você fará e o que ela pode sentir.
8. Limpe o colo do útero com um aplicador com ponta de algodão embebido em solução salina.
9. Aplique ácido acético a 5% e examine com o colposcópico para identificar o local e a extensão da lesão.
10. Injete 3 a 5 ml de anestésico local (lidocaína a 1% ou 2% com epinefrina 1:100 000 para controlar o sangramento), com agulha de calibre 27G, logo abaixo do epitélio cervical nas posições 12h, 3h, 6h e 9h (em pacientes com problemas cardíacos, use lidocaína sem epinefrina).
11. Escolha o eletrodo apropriado para retirar toda a área anormal em uma única passagem: nas lesões pequenas e de baixo grau em nulíparas, use um eletrodo com 1,5 cm de largura por 0,5 cm de profundidade; nas lesões maiores em multiparas, use um eletrodo com 2,0 cm de largura por 0,8 cm de profundidade.
12. Ligue a sucção a vácuo e ative o gerador.
13. Retire a lesão: empurre o eletrodo perpendicularmente no tecido a uma profundidade de 4 a 5 mm e mova-o lateralmente através do colo do útero até chegar ao outro lado, produzindo uma meia esfera de tecido com o canal no centro (ver Figura FP5.11.2). NÃO introduza o eletrodo a profundidade maior que 5 mm nas posições 3h e 9h, pois isso poderia lesar os ramos cervicais da artéria uterina.

Nota: em alguns casos, a paciente pode ter uma reação vasovagal, com desmaio e queda acentuada da pressão arterial. Se isso acontecer, interrompa o tratamento de imediato e levante as pernas da paciente o máximo possível.

FP 5

Figura FP5.11.2: CAF de lesão ectocervical com uma passagem: excisão da lesão com alça diatérmica e coagulação com eletrodo esférico



14. Podem-se fazer outras passagens com a alça para excisar o tecido residual.
15. Reúna todo o tecido excisado com a pinça e coloque em um frasco com formol devidamente identificado para enviar ao laboratório de histopatologia.
16. Faça a curetagem endocervical (CEC) e coloque o tecido em outro frasco com formol (ver Ficha prática 5.9).
17. Coagule qualquer tecido com sangramento na base da cratera com eletrodo esférico e corrente de coagulação.
18. Aplique a solução de Monsel sobre a base de cratera para interromper o sangramento e retire o espéculo.



Depois do procedimento

19. Forneça um absorvente à paciente.
20. Oriente a paciente a se abster do coito durante no mínimo quatro semanas e até que o sangramento cesse totalmente. Esse cuidado evita infecções e hemorragia abundante.
21. Entregue a ela preservativos e ensine a usá-los, caso a abstinência não seja possível.
22. Diga que é possível que sinta dor leve a moderada durante alguns dias e pode tomar ibuprofeno ou paracetamol.
23. Explique que ela pode ter sangramento muito leve e que notará um corrimento tingido de sangue durante um mês ou mais. Ela pode usar absorventes, mas não absorventes internos.
24. Indique à paciente como cuidar de si mesma em casa:
 - Deve descansar e evitar trabalho pesado por vários dias.
 - Não deve introduzir nenhum objeto na vagina.
25. Informe quais são as complicações possíveis e peça que volte imediatamente se tiver:
 - febre com temperatura acima de 38 °C ou calafrios;
 - dor abdominal baixa intensa;

- corrimento fétido ou purulento;
- hemorragia abundante ou com coágulos.

26. Responda às perguntas da paciente.

27. Recomende que ela volte ao centro de saúde em 2 a 6 semanas para avaliar a cicatrização e receber o laudo laboratorial.

28. Combine uma data de seguimento com a paciente.

Visita de seguimento (2 a 6 semanas pós-procedimento)

29. Pergunte como a paciente está se sentindo e se teve algum problema inesperado desde a CAF.

30. Analise o laudo histopatológico com ela e indique os passos subsequentes recomendados.

31. Examine a paciente para avaliar a cicatrização.

32. Peça que volte para novo rastreamento cervical 12 meses após a CAF. Proceda ao seguimento de acordo com a descrição nos fluxogramas dos Anexos 8 e 9.



Anexo 8

Estratégias de rastrear e tratar - HIV-



Anexo 9

Estratégias de rastrear e tratar - HIV+

Manejo das complicações da CAF

Tabela FP5.11.1: Tratamento de possíveis complicações da CAF

Problema	Tratamento
Sangramento durante o procedimento: pode ser difuso ou arterial	Sangramento difuso: use uma combinação de pressão e coagulação com eletrodo esférico. Sangramento arterial: coloque o eletrodo esférico em contato firme com a origem e use corrente de coagulação.
Sangramento depois do procedimento (acontece em menos de 2% dos casos)	Retire o coágulo sanguíneo, limpe com ácido acético a 5%, identifique a área de sangramento, anestesia com lidocaína e epinefrina. Se o sangramento não for abundante, aplique solução de Monsel. Se for abundante, coagule com eletrodo esférico de 5 mm ou eletrodo de macroagulha e corrente de coagulação.
Infecção depois do procedimento: corrimento purulento, dor, febre	Trate com antibióticos segundo os protocolos nacionais. Por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> • cefixima, 400 mg, por via oral em dose única, mais • doxiciclina, 100 mg, por via oral, duas vezes ao dia durante 14 dias, mais • metronidazol, 400 a 500 mg, por via oral, duas vezes ao dia durante 14 dias

Ficha prática 5.12: Opções de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero: conização a frio (CF)

A conização a frio (CF) é a retirada de uma porção cônica do colo do útero, inclusive com porções das partes externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero. A quantidade de tecido removido depende do tamanho da lesão e da probabilidade de encontrar câncer invasivo. O tecido retirado é enviado ao laboratório de anatomia patológica para diagnóstico histopatológico e análise de modo a ter certeza da remoção completa do tecido anormal. Em geral, a conização a frio é feita em um hospital.

Explicação do procedimento

Antes, dê à mulher o máximo possível de informações sobre o procedimento, a anestesia e os possíveis efeitos colaterais e complicações. A descrição adiante ajudará a dirimir qualquer dúvida que ela possa ter sobre o procedimento a que será submetida no hospital.

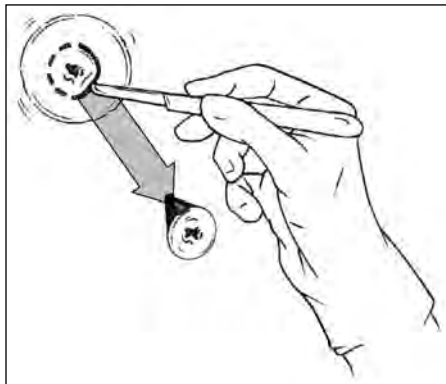
Preparo

1. O pessoal do hospital dá à paciente detalhes sobre o procedimento, o horário de início, a duração, os possíveis efeitos colaterais e as complicações e como cuidar de si mesma em casa.
2. O pessoal do hospital também dá instruções sobre o preparo antes de chegar para a intervenção cirúrgica (ou seja, que roupa deve levar e os medicamentos que deve tomar antes). Ela é instruída a não comer nem beber nada durante oito horas antes da cirurgia e a tomar banho antes de ir para o hospital.
3. Depois de responder às perguntas, solicita-se que paciente assine um termo de consentimento livre e esclarecido, que é exigido pelo hospital.

Operação

4. Administra-se anestesia geral ou raquianestesia para que a paciente não sinta nada durante a operação.
5. O cirurgião introduz um espéculo na vagina para ver o colo do útero.
6. Aplica-se solução iodada para destacar as áreas anormais e examina-se o colo do útero.
7. Injeta-se no colo do útero uma substância para reduzir o risco de hemorragia abundante. Opcionalmente, o cirurgião sutura as pequenas artérias que irrigam a área a ser retirada.
8. Uma porção cônica do colo do útero, que inclui o canal endocervical, é retirada com bisturi especial (ver Figura FP5.12.1). O tecido removido é colocado em recipiente com formol e enviado ao laboratório. Com frequência, coloca-se um ponto de orientação na peça cirúrgica para indicar ao patologista a orientação; a localização do ponto deve ser registrada no formulário de exame histopatológico apropriado (por exemplo, ponto na posição de 12 h).

Figura FP5.12.1: Remoção de uma porção cônica do colo do útero



9. Depois de retirar o cone, a base da cratera (a área do colo do útero depois da excisão) é cauterizada com eletrocautério de ponta esférica.
10. Qualquer sangramento ativo é controlado por compressão com bolas de algodão e aplicação de solução de Monsel (ver Anexo 13) ou com eletrocautério de ponta esférica.
11. Uma compressa de gaze pode ser inserida na vagina para comprimir e controlar o sangramento, mas isso não é realizado se for usada solução de Monsel.



Solução de Monsel

Logo depois da operação

12. A paciente é monitorada pela equipe do hospital na sala de recuperação. Depois de acordar, é transferida para um leito regular, onde permanece até a completa recuperação.
13. Caso se sinta bem, não tenha sangramento importante e more perto do hospital, ela tem alta depois de algumas horas. Se não puder voltar para casa no mesmo dia, recebe alta no dia seguinte, desde que não haja complicações.
14. Antes de sair do hospital, a paciente é informada de que tem uma ferida oculta no colo do útero, que necessita de pelo menos 4 a 6 semanas para cicatrizar.
15. Para evitar infecção e possibilitar a cicatrização adequada do colo do útero, ela é orientada a não introduzir nenhum objeto na vagina durante as próximas seis semanas, o que inclui dedos ou absorventes internos, e a não fazer duchas vaginais e se abster do coito. Se não for possível se abster do coito durante seis semanas, forneça preservativos e ensine a ela (e seu parceiro) a usá-los.

FP 5

16. Ela recebe aconselhamento para cuidar de si mesma e informações sobre sintomas ou complicações que deve observar (ver Tabela FP5.12.1), com instruções para procurar imediatamente o centro de saúde ou o hospital se algum deles ocorrer.
17. Ela recebe a data da primeira consulta de seguimento 2 a 6 semanas após a conização a frio.

Manejo das possíveis complicações da conização a frio

Tabela FP5.12.1: Tratamento das possíveis complicações da conização a frio

Complicação	Sintomas	Tratamento
Infecção	Dor na região inferior do abdome Corrimento vaginal amarelo e fétido	• Tratamento da DPI
Hemorragia	Sangramento vaginal abundante	• Exame com espéculo, retirada de coágulo sanguíneo, identificação de áreas de sangramento • Coagulação/cauterização de áreas de sangramento com eletrodo de ponta esférica • Aplicação de solução de Monsel ou tamponamento com gaze em rolo

Tratamento em casa

Essas instruções são dirigidas ao profissional de saúde encarregado da atenção domiciliar:

18. Antes de sair do hospital após a CF, a paciente é aconselhada a cuidar de si mesma para auxiliar a cicatrização e informada sobre sintomas ou complicações que deve observar (ver itens 15 e 16 na lista anterior). Para ajudá-la, você pode reforçar essa orientação e repetir se necessário.
19. Se a gaze foi mantida na vagina, deve ser retirada em 6 a 12 horas para evitar infecção. Você (ou outro profissional de saúde local que saiba) pode ajudar.
20. Recomenda-se repouso relativo durante alguns dias. A paciente deve evitar o trabalho pesado nas três primeiras semanas. As atividades diárias normais podem ser realizadas, como tarefas domésticas leves, banho, ducha e alimentação.
21. Caso sinta desconforto (não dor intensa), ela pode tomar paracetamol.
22. A paciente deve receber a data da consulta de seguimento 2 a 6 semanas após a operação para conversar sobre o laudo histopatológico do tecido e para ser examinada pelo cirurgião. Incentive-a a comparecer a essa consulta.

Consulta de seguimento (2 a 6 semanas após o procedimento)

23. Pergunte à paciente como ela está se sentindo e se teve algum problema inesperado desde a CF.
24. Analise o laudo histopatológico com a paciente e oriente-a sobre os próximos passos recomendados.
25. Examine a paciente para avaliar a cicatrização.
26. Peça que volte para fazer novo rastreamento cervical 12 meses após a CF. Proceda ao seguimento conforme a descrição nos fluxogramas dos Anexos 8 e 9.



Estratégias de rastrear e tratar – HIV-



Estratégias de rastrear e tratar – HIV+

Fichas práticas correspondentes ao Capítulo 6

Essas fichas práticas têm como objetivo ajudar profissionais de saúde dos níveis primário e secundário na assistência a pacientes com sintomas possivelmente causados por câncer do colo do útero ou pacientes com diagnóstico de câncer do colo do útero. As informações apresentadas permitem que esses profissionais respondam a perguntas sobre os exames e tratamentos que serão realizados no hospital, melhorem o entendimento da paciente ou da família e prestem o apoio necessário antes da internação ou quando a paciente for hospitalizada.

Somente a Ficha prática 6.4 é dirigida a profissionais de saúde do nível terciário, com sugestões para conversar com as pacientes com câncer do colo do útero antes e depois dos exames de estadiamento e quando o tratamento do câncer for interrompido.

Ficha prática 6.1: Quando uma paciente se consulta porque tem sintomas que podem ser causados por câncer do colo do útero

FP6

Nota importante: o câncer do colo do útero só pode ser diagnosticado por exame microscópico do tecido retirado de uma lesão.

Se uma mulher procurar um profissional de saúde do nível primário ou secundário com um ou mais dos sintomas enumerados nesta ficha prática, deve-se pensar no câncer do colo do útero como causa possível. Entretanto, todos esses sintomas podem ter muitas outras causas além do câncer do colo do útero. É muito importante que, caso uma mulher se queixe de um ou mais dos sintomas na lista, você não mencione de imediato o câncer do colo do útero; isso pode assustá-la desnecessariamente. Em vez disso, você deve explicar que é necessário examinar e talvez fazer alguns testes para descobrir qual é a causa dos sintomas e providenciar o tratamento apropriado.

Os sintomas de câncer invasivo do colo do útero inicial incluem:

- corrimento vaginal, às vezes fétido, que não melhora com tratamentos comuns;
- sangramento irregular em mulheres a partir de 35 anos aproximadamente;
- sangramento pós-coito em mulheres de qualquer idade.

Os sintomas de câncer mais avançado incluem todos os anteriores, mais:

- micção muito frequente (polaciúria) e urgência ou micção reduzida;
- saída de urina ou fezes pela vagina;
- dor intensa nas costas e dor abdominal baixa;
- edema acentuado de pernas e pés unilateral ou bilateral.

Um profissional de saúde do nível primário, que pode não ter a capacitação específica ou não dispor de equipamento para fazer um exame pélvico completo, deve encaminhar a paciente a um ginecologista no hospital de nível secundário.

Se você foi capacitado e dispõe do equipamento e material necessários, pode fazer um exame pélvico na mulher que tenha um ou mais dos sintomas citados (ver detalhes completos sobre a realização de exame pélvico na Ficha prática 5.2). Se notar algum tumor ou ulceração na superfície do colo do útero, é necessário fazer uma biópsia e enviar a amostra ao laboratório para exame microscópico com o objetivo de fazer o diagnóstico definitivo.

Durante o exame da paciente, converse com ela, explique o que está fazendo a cada passo e o que está observando.

Caso você possa fazer uma biópsia, é muito importante que primeiro releia a Ficha prática 5.9 com detalhes sobre a realização da biópsia e siga os passos apresentados aqui.



Biópsia e CEC

Se o laboratório não puder entregar o resultado da biópsia em 2 a 3 semanas, é preferível encaminhar a mulher a um ginecologista no estabelecimento mais próximo com um laboratório que seja capaz de fazer isso.

Se a biópsia indicar câncer invasivo do colo do útero, é preciso que a paciente seja informada e encaminhada a um estabelecimento de atenção terciária. Veja na Ficha prática 6.2 as sugestões para ter essa conversa difícil.

Aconselhamento:
diagnóstico de
câncer

Lembrete: a detecção precoce do câncer do colo do útero é a chave para o tratamento curativo. Os profissionais de saúde devem prestar atenção a sintomas sugestivos de câncer do colo do útero em mulheres com mais de 35 anos e cuidar para que sejam imediatamente examinadas.

Ficha prática 6.2: Comunicando a paciente sobre o diagnóstico de câncer do colo do útero e a conversa sobre isso com ela e com seu círculo de apoio

FP6

Ao profissional de saúde: leia e reflita sobre o conteúdo desta ficha prática ANTES do encontro com uma mulher com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero e seu círculo de apoio. As informações apresentadas ajudarão a se preparar para essa tarefa difícil.

Esteja sempre atento aos aspectos culturais da família e da comunidade da paciente durante as conversas sobre câncer do colo do útero e outras doenças potencialmente fatais.

Esteja ciente de que reações de negação, raiva e resignação são comuns depois de um diagnóstico de câncer. É importante que a paciente saiba que você está disponível para continuar a conversa, explorar seus sentimentos e reações e ajudá-la a encontrar paz diante dos resultados e dos tratamentos propostos.

Preparo

- Respeite a cultura, as normas e os costumes da paciente e da comunidade; pode ou não ser aceitável, por exemplo, dar notícias difíceis diretamente à paciente. É, porém, importante que ela entenda o que está acontecendo para que possa participar das decisões sobre a atenção à saúde.
- Para dar informações sobre câncer do colo do útero a uma mulher e sua família, é importante estar longe de outras pessoas, em um espaço mais privado que dê à mulher e aos parentes liberdade para fazer perguntas. Cuide para que haja um espaço desse tipo à disposição.
- Com frequência, o diagnóstico de câncer é inesperado; a apresentação de informações mais exatas sobre a doença possibilita que a paciente e a família comecem a compreender o diagnóstico e a refletir sobre o tratamento. Confirme se você tem todas as informações necessárias.
- Avalie que informações pessoais da paciente seriam importantes e como poderia obtê-las durante a conversa. Por exemplo, ela precisa de ajuda para ter acesso ao estabelecimento de atenção terciária? Ela pode ter problemas como falta de recursos financeiros ou transporte, dificuldade para conseguir uma folga no trabalho ou para encontrar alguém que cuide dos filhos ou de pessoas idosas ou doentes sob sua responsabilidade. Nesse caso, talvez você possa mobilizar a ajuda da família, de amigos ou de auxiliares na comunidade.

FP 6

Conversa com a paciente (e a família, se ela quiser incluí-los)

- Lembre-se sempre de que uma das ferramentas terapêuticas mais poderosas é a capacidade de escutar a paciente e de compreender seu ponto de vista.
- Peça permissão para conversar sobre a situação antes de falar.
- Seja claro e direto ao explicar o diagnóstico; use palavras que sejam compreendidas em linguagem do dia a dia. Não use palavras técnicas que a paciente não compreenda ou que sejam vagas, como “crescimento” ou “neoplasia”.
- Espere um pouco para que os presentes absorvam o impacto do que você disse, depois dê tempo para que façam perguntas.
- Lembre-se de informar que todas as mulheres com câncer do colo do útero podem ser tratadas: muitas são curadas com o tratamento e outras têm a qualidade de vida melhorada com o tratamento.
- As pessoas frequentemente ficam muito abaladas ao receber más notícias inesperadas e podem não ouvir ou entender bem o que foi dito. Às vezes convém mostrar ou fazer desenhos e dar informações simples por escrito para ajudá-las a lembrar o que foi discutido, o que pode levar a outras perguntas. O período de conversa pode se estender por alguns dias de maneira que haja tempo para a absorção das novas informações e ideias e para o surgimento de novas dúvidas.

Outros temas a explorar

- Se a paciente considerar a aceitação do tratamento convencional, procure saber se também pretende recorrer a curandeiros tradicionais.
- É importante não censurar e permitir que a paciente expresse suas crenças; ajude-a a compreender que diferentes sistemas de atenção à saúde podem atuar de maneira conjunta e complementar para assegurar o melhor resultado possível para ela.
- Explore os conhecimentos da paciente sobre câncer, como ela interpreta o diagnóstico de câncer, quais são seus temores e expectativas e o que ela sabe sobre os tratamentos disponíveis.
- Esteja pronto para explicar que o câncer do colo do útero avança e acaba por levar à morte se não for tratado.
- Explore que apoio psicossocial, emocional, econômico e espiritual a paciente e a família podem mobilizar, pois isso pode ser muito importante. Caso a rede de apoio seja insatisfatória, avalie que outro apoio será necessário.

Nota: essas conversas podem se estender por mais de uma sessão.

Ficha prática 6.3: Informação prévia a pacientes com câncer do colo do útero sobre o que pode acontecer no hospital

FP6

Depois de marcar uma consulta para a paciente no hospital, explique o que deve acontecer lá.

Diga à paciente que no hospital ela se consultará com um especialista, que explicará os detalhes dos exames necessários para escolher o melhor tratamento. A maioria dos exames e tratamentos no hospital não necessita de internação, mas se a distância de casa for muito grande para ir e voltar todos os dias, ela e a família devem estar cientes de que talvez seja necessário encontrar um lugar perto do hospital para ficar durante o período de exames ou de tratamento.

No hospital:

- A paciente é submetida a exame físico completo e a vários exames complementares para avaliar a extensão do câncer. Entre eles estão exames de sangue e urina, exames para verificar se houve disseminação do câncer para o reto (proctoscopia) ou o sistema urinário (cistoscopia), além de TC ou RM para verificar se houve disseminação para outras partes do corpo.
- Com os resultados em mãos, os especialistas conversam com a paciente e descrevem as melhores opções de tratamento disponíveis, o que inclui informações sobre a duração de cada tratamento, como ela se sentirá, possíveis efeitos colaterais e custo dos tratamentos, se for o caso.
- Os especialistas perguntam quando ela poderia organizar seus assuntos pessoais e estar preparada para se internar e iniciar os procedimentos ou tratamentos que exigem hospitalização.
- Quando a paciente é internada, os especialistas descrevem novamente o plano de tratamento e explicam sobre o consentimento livre e esclarecido exigido pelo hospital; depois de esclarecer todas as dúvidas, pedirão que ela leia e assine o termo de consentimento.
- É importante que a paciente compreenda que, mesmo depois de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, tem liberdade para mudar de opinião (ou seja, não é obrigada a seguir adiante com nenhum exame, procedimento ou tratamento proposto).

Ficha prática 6.4: Conversa com uma paciente sobre seu câncer e o tratamento: sugestões para profissionais de saúde no nível terciário de atenção (especialistas em câncer)

Reunião com a paciente antes dos exames de estadiamento

- No primeiro encontro, apresente-se e informe à paciente qual é seu papel na atenção a ela.
- Tranquelize-a dizendo que você e a equipe farão tudo que estiver a seu alcance para oferecer o melhor tratamento disponível com o objetivo de curar o câncer ou, no mínimo, reduzir o sofrimento e prolongar e melhorar sua vida depois da alta.
- Incentive a paciente e a família a manterem os profissionais de saúde informados sobre eventuais alterações e efeitos colaterais depois de iniciado o tratamento.
- Fale, em linguagem clara e não técnica, sobre todos os exames planejados para avaliar a extensão ou o estágio do câncer e explique que essas informações são necessárias para escolher o tratamento que deve propiciar o melhor resultado. Diga que vai informá-la antecipadamente de qualquer novo procedimento planejado e que poderá responder a todas as suas perguntas.

Reunião com a paciente para discutir o tratamento depois do estadiamento do câncer

- Explique os resultados do exame, inclusive as informações sobre o grau de disseminação e a gravidade do câncer, e apresente um panorama dos tratamentos disponíveis para o estágio do câncer.
- A essa altura, a paciente e os acompanhantes provavelmente terão muitas dúvidas sobre os tratamentos sugeridos, a provável expectativa de vida e o que aconteceria se ela recusasse o tratamento recomendado. Leve o tempo necessário para responder às perguntas e conversar sobre todas essas questões.
- Ao discutir os melhores tratamentos disponíveis e recomendados para o câncer e o estágio da paciente, não deixe de abordar os seguintes pontos:
 - Quais são os tratamentos sugeridos?
 - Onde e como serão realizados (por exemplo, no hospital em regime de internação ou ambulatorial)?
 - Quanto tempo é necessário para concluir o tratamento?
 - Quais são os efeitos colaterais comuns?
 - Quais são os custos para a paciente?
 - Quais são os possíveis desfechos se ela decidir não se submeter ao tratamento?

- Com relação ao prognóstico da paciente, é importante ser verdadeiro, mas otimista ao descrever os melhores desfechos possíveis. Com base no estágio do câncer, dê informações relativas aos resultados habituais em outras pacientes com câncer semelhante. Informe também que os resultados possíveis variam e não há como ter certeza absoluta da evolução. Caso haja expectativa de que o tratamento cure a doença, diga isso a ela, mas sempre deixe margem para a possibilidade de que isso não ocorra.
- Se o câncer for extenso e provavelmente incurável, informe à paciente e à família que o tratamento, apesar de uma quantidade variável de efeitos colaterais, pode aliviar alguns de seus sintomas e trazer maior conforto. Dê-lhe uma expectativa de vida aproximada em meses ou anos, com base no prognóstico de casos semelhantes, mas explique que é apenas uma suposição fundamentada, não uma certeza.
- Lembre-se de que a ferramenta terapêutica mais útil é a capacidade de escutar. Pare periodicamente para perguntar e responder às perguntas.

Como conversar com uma paciente cujo tratamento do câncer é interrompido porque não teve efeitos benéficos sobre a saúde nem sobre o estado do câncer

- Quando se torna claro que nenhum outro tratamento do câncer trará benefícios para a paciente, o melhor a fazer é aconselhar a paciente e a família de maneira sensível, mas verdadeira. Seria melhor se a conversa ocorresse no contexto de uma relação existente entre profissional de saúde e paciente, e não iniciada por alguém que a mulher nunca viu. O profissional deve se manter o mais tranquilo e solidário possível; essa é uma conversa muito emotiva e entristecedora.
- Esteja sempre consciente de aspectos culturais da comunidade da paciente que podem ser importantes para as conversas sobre morte iminente.
- Providencie um espaço com privacidade auditiva e visual e diga aos presentes que a conversa é confidencial.
- Primeiro o profissional pode perguntar como a paciente está se sentindo, que sintomas tem e que pessoas em casa e na comunidade podem ajudá-la com as necessidades físicas, emocionais e espirituais.
- Analise com a paciente quais foram as medidas adotadas nas últimas semanas para cuidar de sua saúde; depois, com muito cuidado, aborde a questão de que não houve melhora nas últimas X semanas ou meses. Explique que, por esse motivo, os médicos que a assistem decidiram que nenhum outro tratamento do câncer traria benefícios para ela.

FP 6

- É muito importante explicar também que, embora o tratamento do câncer não tenha ajudado a impedir o agravamento da doença e seus sintomas, você ainda está comprometido com seu bem-estar e o tratamento dos sintomas, inclusive a dor. Não se esqueça de abordar o fato de que ela estará com a família e o círculo de apoio próximo.
- Evite dizer “não há mais nada a fazer”, pois os cuidadores PODEM ajudar muito no alívio dos sintomas, no fornecimento de medicamentos, na organização dos cuidados de menor nível de complexidade ou simplesmente por estarem disponíveis. As perguntas acerca do tempo de vida restante devem ser respondidas com honestidade, ou seja, você não sabe, mas talvez sejam poucos dias, semanas ou meses, de acordo com a situação da paciente. Isso indica a ela e à família o que esperar, de modo que possam tomar as providências cabíveis.
- Antes de encerrar a conversa, confirme se a paciente está tranquila de que receberá o seguimento necessário, que ela sabe quem deve procurar, onde e quando, e expresse sua disposição para apoiá-la de qualquer maneira possível.

Ficha prática 6.5: Tratamentos do câncer do colo do útero: histerectomia

FP 6

Ficha prática 6.5: Tratamentos do câncer do colo do útero: histerectomia

A histerectomia é a retirada do útero. Na histerectomia simples, retira-se todo o útero, inclusive o colo. As trompas e os ovários podem ou não ser retirados. Na histerectomia radical, há retirada do útero, dos tecidos adjacentes e da parte superior da vagina. Os procedimentos são praticamente idênticos, como descrito adiante.

Esta ficha prática é incluída para que o profissional de saúde no nível primário ou secundário possa explicar à paciente, antes que vá ao hospital, como é realizado o procedimento e possa ajudar na sua recuperação quando ela voltar para casa.

Explicação dos procedimentos no hospital

Dê à paciente informações básicas sobre o procedimento. A descrição adiante vai ser útil.

Antes da internação da paciente

1. A equipe do hospital dá à paciente instruções sobre o preparo antes de chegar para a cirurgia (ou seja, que roupa levar e os medicamentos que deve tomar antes). Ela é orientada a não comer nem beber nada nas oito horas antes da cirurgia e a tomar banho antes de ir para o hospital.

No hospital: preparo

2. Os detalhes da operação são explicados (ou seja, horário de início, duração, possíveis efeitos colaterais e complicações), bem como a necessidade de que a paciente assine o termo consentimento livre e esclarecido, exigido pelo hospital, depois que suas perguntas forem respondidas. Você deve reiterar que mesmo depois de assinar, ela ainda pode mudar sua opinião até o último minuto.
3. Para ajudar a evitar infecções, as regiões genital e abdominal são limpas com água, sabão e iodo; os pelos pubianos podem ser cortados.
4. A anestesia geral é administrada por via intravenosa ou por inalação.
5. Um tubo de plástico (cateter) é introduzido na bexiga e a urina é coletada em uma bolsa até que a bexiga se recupere da operação.

A operação

6. O cirurgião faz uma incisão na parte inferior do abdome.
7. Na histerectomia simples, o útero é separado das trompas de Falópio e da vagina. Na histerectomia radical, o cirurgião retira o útero, os tecidos adjacentes e o colo com uma pequena porção da parte superior da vagina, além de alguns linfonodos, para verificar se foram acometidos pelo câncer.
8. Todos os tecidos retirados são colocados em solução conservante e enviados ao laboratório, onde são examinados pelo patologista, que verifica se todo o câncer foi removido.

9. Ao fim da operação, pode-se deixar um dreno na pelve; trata-se de um tubo plástico introduzido no abdome para drenar o sangue e o líquido para uma bolsa. Pode ser mantido durante 24 a 48 horas.
10. A maioria dos cirurgiões também introduz um tubo (conhecido como cateter suprapúbico) na bexiga, através da parede abdominal, para drenar urina. Esse cateter é mantido durante 5 a 7 dias para permitir a recuperação da bexiga.
11. O abdome é suturado e limpo e a ferida é coberta com um curativo.

Logo depois da operação

12. Após a operação, a equipe do hospital assiste a paciente em uma sala de recuperação especial. Depois de despertar, ela é transferida a um leito regular para se recuperar.
13. Ao despertar, a paciente pode observar que há um tubo intravenoso conectado a uma bolsa cheia de solução transparente, que goteja em uma das veias do braço.
14. É frequente a ocorrência de náuseas durante algumas horas, que podem ser tratadas. Nos primeiros dias, caso necessário, também se administram medicamentos para aliviar a dor na parte inferior do abdome.

Recuperação no hospital

15. Para evitar complicações, a equipe cuida para que a paciente tussa com regularidade e respire profundamente para manter as vias respiratórias desobstruídas e sem muco, se sente, movimente os músculos e caminhe assim que for capaz.
16. O movimento dos tecidos e órgãos na pelve durante a operação pode tornar “preguiçosos” os nervos ao redor da bexiga e do reto e dificultar a eliminação de urina e fezes. O cateter vesical é mantido no lugar durante 5 a 7 dias até que a paciente urine normalmente. Na maioria dos casos ela consegue urinar e evacuar sozinha, embora talvez com alguma dificuldade e ajuda de medicamentos que serão fornecidos durante a recuperação em casa. Essas funções devem se normalizar totalmente em 3 a 4 meses.

Recuperação em casa

A maioria dos hospitais dá alta à paciente 7 a 10 dias depois da histerectomia, de acordo com a recuperação inicial e com os cuidados disponíveis em casa. A recuperação completa da histerectomia radical leva de 6 a 12 semanas.

1. Antes de sair do hospital, a paciente recebe aconselhamento sobre como pode cuidar de si mesma em casa e como a família pode ajudar, inclusive a que sintomas ou complicações deve ficar atenta. Você, o profissional de saúde do nível primário ou secundário, pode ajudar reforçando essa orientação.
2. As provisões de que ela necessitará em casa podem ser obtidas no hospital ou por meio de prescrição para posterior obtenção, caso necessário, e incluem:
 - paracetamol para aliviar a dor leve (caso necessário);

- laxante (por exemplo, bisacodil);
 - cateteres urinários;
 - atadura de gaze e desinfetante para a ferida.
3. Para ajudar a paciente a se recuperar da operação, os parentes devem assumir a responsabilidade pelas tarefas domésticas normais durante as seis primeiras semanas e incentivá-la a assumir essas atividades pouco a pouco, começando com as que demandam esforço mínimo até recuperar as forças. Ela e a família são alertadas de que não deve fazer tarefas domésticas pesadas, caminhar longas distâncias, carregar objetos pesados nem fazer outras atividades fisicamente extenuantes. Nos primeiros dias em casa, ela pode tomar banho de imersão ou chuveiro, comer e caminhar um pouco. Depois de alguns dias, deve começar a caminhar mais (por exemplo, dois passeios curtos por dia), mas ainda não pode levantar objetos pesados. A família deve incentivar a paciente a descansar quando parecer cansada e cuidar para que se alimente bem.
 4. A paciente tem uma ferida oculta na vagina cuja cicatrização leva pelo menos seis semanas. Para evitar uma infecção e ter boa cicatrização, não deve introduzir nenhum objeto na vagina durante esse período, inclusive o dedo ou absorventes internos, não deve fazer duchas vaginais e deve se abster do coito durante as seis primeiras semanas. O apoio do parceiro é importante.
 5. Confirme se a paciente e a família sabem quais são os sintomas comuns que podem ocorrer nas primeiras semanas após a cirurgia e o que a paciente deve fazer caso ocorram (ver Tabela FP6.5.1).

Tabela FP6.5.1: Sintomas comuns que podem ocorrer após a histerectomia – o que a paciente pode fazer

Sintoma	Causa	O que fazer
Depressão	Dor, fadiga, preocupação	Esperar. Sentir-se triste após uma operação de grande porte é comum. Essa tristeza não deve durar mais de
Desconforto abdominal	Dor por causa da incisão	É normal. A paciente deve ingerir alimentos ricos em fibras, beber bastante líquido, tomar laxantes (bisacodil); o desconforto deve desaparecer em 6 meses.
Micção difícil e lenta; esvaziamento impróprio da bexiga	Lesão do nervo durante a cirurgia, bexiga “preguiçosa”	“Dupla micção”: urine normalmente, levante, caminhe durante alguns minutos e urine novamente. Se isso não der certo, ela mesma pode introduzir um cateter para esvaziar a bexiga. O hospital ensina a fazer isso e fornece o material. O problema deve desaparecer em 3 a 6 meses.
Cansaço	O corpo está em processo de cicatrização e necessita de repouso extra	É normal. Ela deve se deitar e descansar durante o dia com a frequência necessária.

FP 6

6. Confirme se a paciente e a família sabem quais são os sinais e sintomas de complicações que podem ocorrer após a histerectomia e oriente-a a procurar o centro de saúde ou o hospital caso algum deles ocorra (ver Tabela FP6.5.2).

Tabela FP6.5.2: Complicações que podem ocorrer após a histerectomia – como reconhecê-los

Complicação	Sinais e sintomas*
Infecção da ferida abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Dor, eritema e pus na área da incisão abdominal
Infecção na pelve	<ul style="list-style-type: none"> Dor (não só desconforto) na parte inferior do abdome, frequentemente com febre Corrimento vaginal fétido ou sangramento vaginal
Linfocisto, causado por acúmulo de linfa após a retirada de linfonodos	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de volume ou dor na parte inferior do abdome 2 a 3 meses após a cirurgia
Infecção urinária	<ul style="list-style-type: none"> Queimação durante a micção Micção frequente
Coágulo sanguíneo na perna (trombose)	<ul style="list-style-type: none"> Eritema, dor e edema em uma perna

* Se a paciente apresentar algum desses sinais e sintomas, deve consultar o profissional de saúde.

Atenção de seguimento (seis semanas após a cirurgia)

É provável que a paciente prefira ir ao hospital de nível secundário e consultar o ginecologista, porque a distância, o tempo e o custo maiores podem dificultar o retorno ao hospital de nível terciário onde foi operada.

- O ginecologista explica os resultados do exame microscópico do tecido retirado durante a cirurgia e examina a paciente com muita atenção para verificar se a recuperação está ocorrendo normalmente. Qualquer problema detectado é controlado.
- Ela é examinada com um espéculo para confirmar se a ferida na vagina cicatrizou.
- As informações do laboratório e o exame com espéculo permitem que o ginecologista diga à paciente qual é o grau de disseminação do câncer, que outro tratamento pode ser necessário e as chances de recidiva.
- Se o ginecologista considerar que a recuperação não está progredindo normalmente e ele não é capaz de controlar os problemas detectados, pode encaminhar a paciente de volta aos especialistas no hospital de nível terciário. Você, o profissional de saúde no nível primário ou secundário, pode ter que ajudar a paciente a encontrar meios para isso.
- O ginecologista deve informar à paciente que entrará em contato diretamente com os especialistas, se possível, para comunicar seus achados e continuar a acompanhar o caso à distância.

Ficha prática 6.6: Tratamentos do câncer do colo do útero: teleterapia pélvica

FP6

A teleterapia pélvica é um tipo de radioterapia da área pélvica administrada à distância (radiação externa) por um aparelho especial.

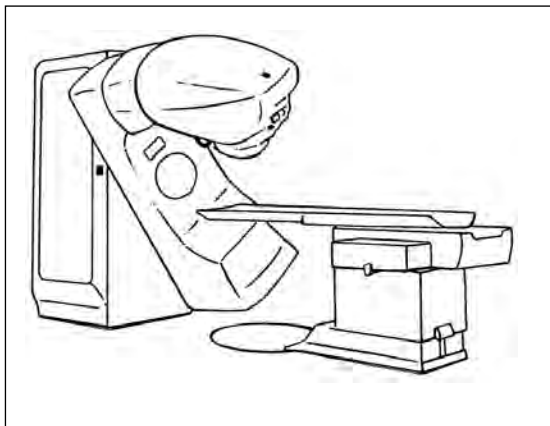
Esta ficha prática é incluída para que o profissional de saúde no nível primário ou secundário possa explicar à paciente, antes que vá ao hospital, como é realizado o procedimento e possa ajudar na sua recuperação quando ela voltar para casa.

Explicação dos procedimentos de teleterapia

1. Apresente-se e converse com a paciente sobre o motivo do tratamento.
2. Explique a teleterapia prescrita, em que consiste o procedimento (ver descrição no restante desta ficha prática).
3. Informe à paciente que exames especiais podem ser realizados antes de iniciar a terapia, mostre a área da parte inferior do abdome onde será concentrada a radiação.
4. Diga-lhe que, durante o tratamento, ela ficará deitada sobre a mesa de um aparelho. Você pode mostrar a Figura FP6.6.1, que apresenta o tipo de equipamento usado na teleterapia.
5. Explique que é usado um computador ou outra técnica de mapeamento para planejar o tratamento e maximizar o efeito sobre o tumor e minimizar os efeitos sobre os tecidos ou órgãos normais (não cancerosos).
6. Informe que o aparelho acima dela emitirá a radiação concentrada na região pélvica onde está o câncer.
7. Dê à mulher informações sobre os possíveis efeitos colaterais (ver Tabela FP6.6.1) e enfatize a importância de que ela informe a alguém se tiver sintomas durante o curso das sessões de terapia, pois esses efeitos colaterais podem ser tratados.
8. Explique que os tratamentos são realizados em sessões diárias de alguns minutos durante 5 a 6 semanas. Tranquelize-a dizendo que ela não sentirá nada durante o tratamento e não há necessidade de anestesia.
9. Diga-lhe que a equipe do hospital dará mais detalhes sobre o tratamento e informe quem será o responsável pelo tratamento no hospital.

FP 6

Figura FP6.6.1: Aparelho de teleterapia



A descrição apresentada aqui ajudará a explicar à paciente os tratamentos e procedimentos de teleterapia prescritos.

Preparo: na véspera do início da terapia

1. A equipe do hospital também dá instruções sobre o preparo antes de chegar para a terapia (ou seja, que roupa deve levar e os medicamentos que deve tomar antes).
2. O profissional explica os detalhes do tratamento, as possíveis complicações e as opções e solicita o consentimento livre e esclarecido.
3. Marca-se uma consulta para planejar as sessões de tratamento.
4. Nessa consulta, ela é orientada a se despir e deitar sobre uma mesa especial. Pode-se fazer um exame pélvico e radiografias. Com as informações obtidas nas radiografias, o abdome e a pelve são marcados com caneta indelével e às vezes também com pequenos pontos ou tatuagens permanentes. Essas marcações ajudam o operador a limitar a radiação ao tecido acometido por câncer e não devem ser apagadas. A paciente recebe o calendário da terapia e a data de retorno para o primeiro tratamento.

Aconselhamento e informações: imediatamente antes da primeira sessão de tratamento

5. A paciente recebe as seguintes informações e aconselhamento relativos a todo o período da terapia:
 - Use roupas folgadas para evitar irritação da pele.
 - Use água morna no banho. Não esfregue a área tratada. Evite sabões fortes. Encoste a toalha delicadamente para secar a pele afetada.
 - Não introduza nenhum objeto na vagina (por exemplo, absorventes internos) e se abstenha do coito durante todo o curso da terapia.
 - Evite a aplicação de cremes industrializados na pele; use um creme aquoso ou vaselina se houver ressecamento da pele.
 - Reduza o trabalho pesado e as atividades realizadas em ambiente quente que causem sudorese.
 - Continue a realizar as tarefas domésticas usuais ou trabalho de escritório leve.
 - É possível sentir algum cansaço perto do fim do tratamento e você deve limitar as suas atividades de acordo.
 - Os tratamentos diários repetitivos são cansativos, mas lembre-se de que a chance de cura diminui se você faltar a alguma sessão ou interromper o programa, atrasando a conclusão da terapia.

Sessões de tratamento

6. No primeiro dia de tratamento, o técnico de radioterapia confirma a identidade da paciente, o plano de terapia e o consentimento livre e esclarecido. O técnico explica o procedimento e mostra o aparelho em uma sala especial.
7. A paciente é colocada sobre a mesa de terapia e orientada a não se mexer. Toda a equipe sai da sala.
8. Ela fica sozinha na sala de tratamento, mas pode ver os técnicos e conversar com eles por meio de um monitor.
9. Durante o tratamento, o aparelho se move várias vezes automaticamente ou o técnico entra na sala para movê-lo.
10. A paciente não sente nada durante a terapia, que dura apenas alguns minutos.

FP 6

11. Todas as sessões são iguais. A frequência é de um tratamento por dia, geralmente cinco dias na semana, mas pode variar. A duração total do tratamento costuma ser de 5 a 6 semanas.
12. A paciente é incentivada a comunicar qualquer problema ao técnico. Caso necessite de uma resposta mais especializada, será encaminhada ao radioterapeuta.
13. O radioterapeuta avalia a paciente uma vez por semana para “controle do tratamento”, pergunta se tem algum sinal ou sintoma e avalia a tolerância ao tratamento.
14. A paciente é informada sobre os efeitos colaterais comuns que podem surgir durante o período de cinco semanas de terapia e o que fazer caso ocorram (ver Tabela FP6.6.1). Uma vez concluído o tratamento, há resolução espontânea desses efeitos colaterais com o passar do tempo.

Tabela FP6.6.1: Efeitos colaterais que podem ocorrer durante a teleterapia – como reconhecê-los e o que a paciente pode fazer

Efeito colateral	Sinais e sintomas	O que fazer
Reação cutânea à radiação	<ul style="list-style-type: none"> • Rubor que surge após cerca de 3 semanas e aumenta com o tratamento • Possível descamação cutânea seca e depois úmida, sobretudo na prega entre as nádegas 	<p>A paciente só deve lavar a área ocasionalmente e com delicadeza, sem esfregar. Em caso de dor, pode tomar um analgésico leve.</p> <p>Se a reação for intensa (geralmente por causa da lavagem excessiva), o radioterapeuta pode atrasar a conclusão do tratamento (o que compromete a taxa de cura).</p>
Efeitos intestinais (O reto e a parte terminal do cólon, que reabsorvem a água do conteúdo intestinal, estão na região pélvica. A radiação pode prejudicar a reabsorção de água.)	<ul style="list-style-type: none"> • Fezes de consistência amolecida ou diarreia 	<p>O radioterapeuta prescreve medicamentos, se necessário. Não devem ser usados remédios caseiros habituais.</p>
Efeitos vesicais	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da frequência de micções e urgência • Queimação ao urinar • Sangue na urina (raro) 	<p>A paciente deve voltar ao hospital para exame e tratamento.</p>

Seguimento

15. Marca-se uma data para o retorno da paciente entre seis semanas e três meses após o término da teleterapia. O médico a examina e avalia se houve cicatrização da vagina.
16. A equipe de especialistas em câncer, que inclui o radioterapeuta e o ginecologista, está mais bem qualificada para avaliar eventuais sintomas relacionados com a vagina, o intestino e a bexiga. Eles devem ser informados sobre eventuais sinais ou sintoma incomuns ou graves.

O que você, um profissional de saúde em qualquer nível da atenção, pode fazer pela paciente durante e após a terapia

1. Ajude a paciente a manter uma atitude positiva.
2. Diga à paciente e ao marido (ou companheiro) que não pratiquem coito vaginal nem anal durante o tratamento e as duas semanas subsequentes para que haja tempo para a cicatrização da pele vaginal, mas que outras formas de expressão sexual são permitidas.
3. Se a paciente estiver na pré-menopausa, informe que o tratamento causa menopausa imediata e não haverá possibilidade de gravidez futura.
4. Peça que a paciente compareça às consultas de seguimento periódicas com a equipe de radioterapeuta e ginecologista. Caso surjam sintomas incomuns ou graves, ela deve marcar uma consulta antes da programado.
5. Se ela quiser, a família pode ser uma parte muito importante do apoio. Você pode capacitá-los para ajudar a paciente a se recuperar da terapia e obter um melhor resultado, por exemplo, fazendo suas tarefas domésticas normais até que ela recupere as forças.
6. Incentive a paciente a se deitar durante o dia caso esteja cansada; cuide para que se alimente bem.
7. Informe à mulher e ao círculo de apoio imediato sobre as complicações tardias. Destaque que é possível obter ajuda e aliviá-las com orientação profissional e tratamento (ver Tabela FP6.6.2).

Tabela FP6.6.2: Complicações tardias que podem ocorrer após a teleterapia – como reconhecê-las e o que fazer

Complicação	Sinais e sintomas	O que fazer
Início da menopausa (A radioterapia faz com que uma mulher na pré-menopausa entre na menopausa.)	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de menstruação• Ondas de calor da menopausa• Ressecamento vagina	Informar à paciente que isso pode ocorrer.

FP 6

Ficha prática 6.6: Tratamentos do câncer do colo do útero: teleterapia pélvica

Fibrose vaginal e estreitamento do tubo vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Agravamento dos sintomas vaginais da menopausa; o coito pode se tornar desconfortável ou impossível 	Devem ser prescritos lubrificantes e dilatadores vaginais para evitar aderências. É importante manter a vagina aberta para possibilitar a inspeção do colo do útero. Deve-se incentivar a manutenção da atividade sexual.
Efeitos cutâneos (Seis meses depois de iniciado o tratamento, podem começar a surgir os efeitos na pele exposta à radiação.)	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas de pigmentação, despigmentação ou enrijecimento 	A paciente deve ser informada de que isso pode acontecer.
A bexiga pode se tornar rígida e diminuir de tamanho.	<ul style="list-style-type: none"> • Micção frequente • Infecções urinárias mais frequentes 	A paciente deve ser informada de que isso pode acontecer.
Estreitamento do reto a longo prazo (raro)	<ul style="list-style-type: none"> • Muito incapacitante 	A paciente deve ser informada de que isso pode acontecer.
Surgimento de uma passagem ou fistula entre a vagina e o reto (raro)	<ul style="list-style-type: none"> • Muito incapacitante 	É necessário manejo específico.
Surgimento de uma passagem ou fistula entre a vagina e o reto (raro)	<ul style="list-style-type: none"> • Saída de urina pela vagina 	Pode ser necessário reparo cirúrgico.

Ficha prática 6.7: Tratamentos do câncer do colo do útero – braquiterapia

FP6

Ficha prática 6.7: Tratamentos do câncer do colo do útero – braquiterapia

A braquiterapia é um tipo de radioterapia administrada por uma fonte de radiação implantada perto do tumor, ou seja, dentro do útero e na cúpula vaginal.

Esta ficha prática é incluída para que o profissional de saúde no nível primário ou secundário possa explicar à paciente, antes que vá ao hospital, como é realizado o procedimento e possa ajudar na sua recuperação quando ela voltar para casa.

Explicação dos procedimentos de braquiterapia

Dê à paciente todas as informações que puder sobre o procedimento, a anestesia e os possíveis efeitos colaterais e complicações da terapia. As informações a serem dadas e o aconselhamento são semelhantes aos da teleterapia pélvica (ver Ficha prática 6.6). Informe à paciente sobre a anestesia ou sedação que será administrada para que se sinta mais confortável. A descrição apresentada aqui ajuda a esclarecer qualquer dúvida que ela possa ter sobre a braquiterapia.



Teleterapia pélvica

Existem dois possíveis procedimentos de braquiterapia: baixa taxa de dose e alta taxa de dose.

Braquiterapia de baixa taxa de dose (LDR)

Preparo

1. A equipe do hospital dá instruções sobre o preparo antes de chegar para a terapia (ou seja, que roupa deve levar e os medicamentos que deve tomar antes).
2. O profissional explica os detalhes do tratamento, as possíveis complicações, solicita o consentimento livre e esclarecido e informa a data de internação.

Procedimento

3. No dia do procedimento, a paciente é levada ao centro cirúrgico, onde é administrada anestesia geral; ela não sente nada durante o período em que estiver no centro cirúrgico.
4. Para drenagem da urina, insere-se na bexiga um tubo (cateter), que é conectado a uma bolsa e mantido durante o tratamento.
5. É realizado o exame pélvico.

FP 6

6. Com o auxílio de um espéculo vaginal, o cateter aplicador de braquiterapia que receberá a substância radiativa é colocado no canal cervical e ao redor dele na vagina. Coloca-se gaze estéril ao redor do cateter para mantê-lo no lugar.
 7. A posição desses aplicadores é confirmada por radiografia.
 8. Ao despertar, a paciente é levada a uma sala de isolamento (blindada).
 9. Ela recebe instruções para se manter em decúbito dorsal no leito durante todo o período de tratamento (1 a 2 dias), embora possa ser movida muito levemente para um lado com a ajuda da equipe de enfermagem.
 10. A equipe do hospital sai da sala e, sob controle do computador, as fontes radioativas são carregadas nos aplicadores metálicos anteriormente inseridos perto do tumor.
 11. A paciente não sente nenhuma dor durante o tratamento.
 12. Durante todo o procedimento, a porta da sala continua fechada.
A equipe de enfermagem entra por períodos curtos para avaliar a paciente ou entregar as refeições (todas as refeições são servidas na cama). A paciente precisa usar uma comadre para defecar. Para se distrair, pode ler, escutar rádio ou ver televisão, mas deve permanecer na cama o tempo todo. A visitação é muito limitada.
 13. Concluído o procedimento, a paciente recebe um sedativo leve e os aplicadores com as fontes de radiação são removidos.
 14. Depois de se recuperar da sedação, ela recebe alta do hospital.
- Em alguns hospitais, administram-se dois desses tratamentos com intervalo de uma semana.



Dor

Braquiterapia de alta taxa de dose (HDR)

O preparo e o procedimento são semelhantes aos da braquiterapia LDR, com as seguintes diferenças:

1. Realizam-se múltiplas sessões de tratamento; cada tratamento dura vários minutos, mas o procedimento total leva cerca de uma hora por vez.
2. Em geral, o tratamento começa na terceira semana depois do início da teleterapia e é administrado em regime ambulatorial.
3. Pode ser realizado com leve controle da dor (analgesia); o uso de anestesia é raro.

O procedimento

1. Insere-se um cateter na bexiga da paciente para drenar urina.
2. Depois da cateterização, o exame bimanual e com espéculo é repetido, com introdução de afastadores vaginais e espéculo.

3. Um cateter metálico de braquiterapia é introduzido no útero e conectado à unidade de braquiterapia HDR de pós-carga remota que contém a fonte radiativa.
4. A paciente é orientada a não se mexer e a equipe sai da sala. Ela deve manter a mesma posição durante todo o período de administração da radiação, que leve vários minutos.
5. A paciente pode receber alta quando o procedimento acaba.
6. O número de sessões varia de dois a oito, mas geralmente são realizadas quatro sessões, e o intervalo entre elas varia de um dia a uma semana.
7. Após a primeira sessão, a paciente recebe as datas das demais.

Possíveis efeitos colaterais e complicações da braquiterapia ginecológica

Os efeitos colaterais da braquiterapia são iguais aos da teleterapia pélvica (ver Ficha prática 6.6, Tabela FP6.6.1). A braquiterapia contribui muito para os sintomas vaginais de fibrose local, atrofia da mucosa e formação de vasos sanguíneos frágeis na pele vaginal, que predispõem ao sangramento local. Contribui também para as complicações retais e vesicais tardias.

Ficha prática 7.1: Avaliação e tratamento da dor²²

O manejo ideal da dor começa com a avaliação exata e completa para que os profissionais de saúde possam tratar a dor e aliviar o sofrimento desnecessário. Deve ser realizado periodicamente, pois o processo da doença e os fatores que a influenciam pode mudar ao longo do tempo, e a avaliação periódica permite medir a eficácia de diferentes estratégias de tratamento no alívio da dor.

A abordagem abrangente de avaliação da dor deve ser integrada a toda a atenção clínica. A percepção da dor pela paciente é resultado de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. A queixa de dor sempre deve ser levada a sério, e a dor moderada a intensa sempre deve ser tratada.

Resumo das etapas para avaliação e tratamento da dor:

1. Avalie a dor conforme a descrição nesta ficha prática.
2. Anote os resultados no prontuário da paciente e nos seus próprios registros.
3. Se detectar a causa da dor, trate a causa, se possível (por exemplo, dor óssea, espasmo muscular, dor gastrointestinal por constipação, edema ao redor do tumor).
4. Use analgésicos segundo as recomendações do Capítulo 7: Cuidados paliativos.
5. Além disso, você pode usar recursos não médicos apropriados, desde que não sejam prejudiciais. O tratamento não médico não deve substituir o manejo médico.
6. Reavalie a dor com frequência e ajuste o tratamento de acordo se não houver controle total da dor. A princípio, a dor deve ser avaliada várias vezes ao dia. Caso se estabilize, deve ser avaliada diariamente e de acordo com a necessidade (talvez várias vezes por semana).

Avaliação inicial da dor

A avaliação inicial da dor abrange anamnese detalhada sobre a dor, exame físico, diagnóstico das causas e medida da intensidade com auxílio de um instrumento adequado. É necessário obter informações sobre a localização, a duração e as características da dor, bem como sobre o impacto da dor persistente em diversos aspectos da vida da paciente, como sono, estado emocional, relacionamentos, desenvolvimento e função física (1) (ver Quadro FP7.1.1). O profissional de saúde deve tentar investigar a associação entre a dor e qualquer fator desencadeante,

22 Adaptado de: WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf).

perguntando por fatores conhecidos de intensificação e alívio. Deve também perguntar que tratamentos para dor foram usados anteriormente e qual foi sua efetividade.

Um exame físico minucioso é essencial e cada local de dor deve ser avaliado com atenção. Durante o exame, o profissional deve observar atentamente eventuais reações indicativas de dor, como caretas, rigidez abdominal, flexão involuntária e sinais verbais. Deve avaliar qualquer mudança na função física normal causada pela dor.

As informações obtidas na anamnese e no exame físico auxiliam o diagnóstico diferencial das causas de dor e podem orientar a escolha de exames laboratoriais e radiológicos para confirmar uma hipótese diagnóstica.

Quadro FP7.1.1: Perguntas para uso do profissional de saúde durante a avaliação clínica

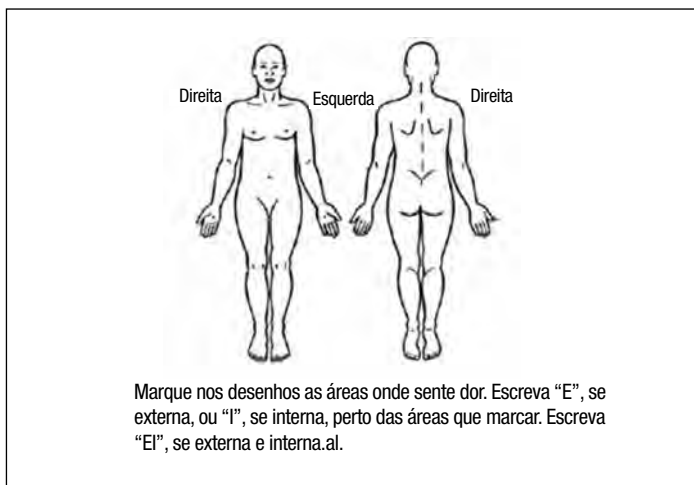
- Onde dói e quais são as características da dor (localização, intensidade, caráter descrito pela paciente, por exemplo, fina, queimação, contínua, fisgada, perfurante, latejante)?
- Que número, em uma escala de 0 a 10, você atribuiria à dor agora? Que números você atribuiria à dor quando chega ao auge e quando chega ao nível mais leve? Em que número a dor é aceitável para você? Use uma escala de 0 a 10, onde 0 = “nenhum” e 10 = “pior possível”.
 - *Se for incapaz de usar números, use uma escala analógica visual com palavras, dedos ou faces.*
- O que alivia ou piora a dor? É melhor ou pior com o movimento ou em diferentes momentos do dia? Como a dor varia com o tempo?
- Há quanto tempo você sente essa dor (duração desde o surgimento)? Como foi o início da dor (súbito/gradual)?
- Há algum problema psicológico ou espiritual além da causa física da dor (relacionada ao câncer)? Você está preocupada, temerosa, deprimida ou entristecida?
- O que você está tomando para melhorar a dor? O que traz mais alívio?
 - *Depois de prescrever os medicamentos, verifique com frequência se a paciente está recebendo as doses corretas dos medicamentos certos nos horários programados.*
- A dor perturba o sono ou estado emocional?
- A dor restringe a capacidade de realizar atividades físicas normais (sentar, ficar de pé, caminhar, correr)? A dor restringe sua capacidade de interagir com outras pessoas?

FP 7

Documentação da dor: uso de instrumentos de medida da dor

Os profissionais de saúde precisam reconhecer, avaliar, medir e monitorar a dor, bem como as estratégias de controle da dor, usando recursos apropriados. Existem vários instrumentos de avaliação da dor (2). Os mais simples e fáceis de usar são os diagramas corporais, as escalas de intensidade da dor e a escala facial de dor. Os diagramas corporais são usados para documentar a localização da dor: os pacientes marcam o local da dor nos diagramas (ver Figura FP7.1.1). Além de medir a intensidade da dor e registrar sua localização, é importante registrar as características, o início e a duração. Há condições em que não só a intensidade da dor varia com o passar do tempo, mas também a localização e as características.

Figura FP7.1.1: Diagrama corporal

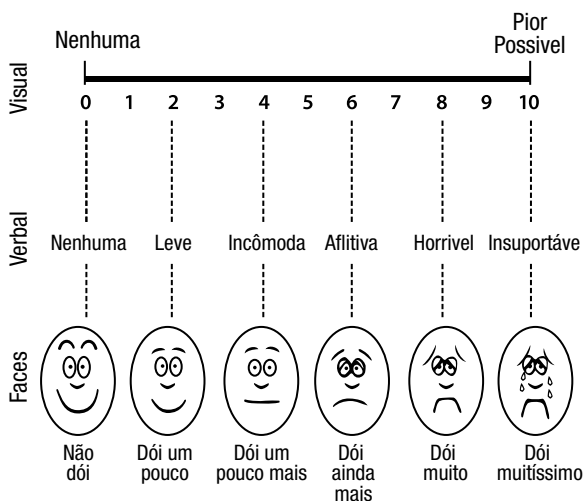


Fonte: Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975;1:277-99 (com permissão da Associação Internacional para o Estudo da Dor).

Os instrumentos mais comuns de medida da dor são as escalas de intensidade, que dependem da capacidade de quantificar a dor e frequentemente são baseadas no conceito de contagem. Os instrumentos práticos com base no conceito de quantificação e contagem são apropriados para todas as culturas. Uma escala numérica de avaliação (ENA) é adequada para a maioria dos pacientes adultos e sua administração pode ser verbal ou usar os dedos, sem necessidade de material impresso (3). Outras opções são uma escala visual analógica com números, palavras ou faces (ver Figura FP7.1.2). A Escala facial de dor de Baker-Wong (incluída na Figura FP7.1.2) ou a Escala facial de dor revisada (ver Figura FP7.1.3) são dois instrumentos com imagens de faces geralmente usados para essa finalidade.

Figura FP7.1.2: Exemplos de escalas de avaliação de dor

De cima para baixo: escala numérica de avaliação, escala de descritores verbais, Escala facial de dor de Wong-Baker



Fonte: Wong-Baker Faces Pain Scale from Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML. Wong's essentials of pediatric nursing, 6th edition. St. Louis (MO): C.V. Mosby; 2001:1301 (com permissão da Associação Internacional para o Estudo da Dor).

Figura FP7.1.3: Escala facial de dor revisada



Fonte: Faces Pain Scale, Revised, ©2001, Associação Internacional para o Estudo da Dor (www.iasp-pain.org/FPSR).

Plano de manejo da dor e medida periódica da dor

Depois da avaliação inicial da dor, pode-se elaborar e implementar um plano detalhado de manejo, inclusive com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, junto com a paciente e o cuidador primário.

FP 7

A medida da dor deve ser periódica durante a implementação do plano de manejo. Assim é possível medir variações da intensidade com o passar do tempo, avaliar a adequação e a efetividade do tratamento escolhido e fazer ajustes, conforme necessário.

A dor inicial da paciente e a resposta às intervenções devem ser avaliadas periodicamente e sempre que houver mudanças da condição clínica, novos relatos de dor ou aumento dos níveis de dor. As terapias de controle da dor devem ser ajustadas de acordo com a avaliação. Nas pacientes com dor persistente estável, ainda se deve fazer avaliação periódica a intervalos menores. As medidas ao longo do tempo devem ser registradas no prontuário clínico ou, pela própria paciente ou seus cuidadores, em um diário. A estimativa da dor deve ser feita por autorrelato sempre que possível (4). O autorrelato também é viável em indivíduos com comprometimento cognitivo leve a moderado e sempre se deve começar com uma tentativa de usá-lo (5).

Quadro FP7.1.2: Orientação passo a passo para administração e interpretação de uma escala de autorrelato da dor

- Se possível, apresente a escala de dor à paciente quando ela não estiver sentindo dor, pois a dor afeta a concentração.
- Explique que a medida é da intensidade da dor, e não da ansiedade nem do temor da dor.
- Deixe-a praticar com a escala avaliando situações hipotéticas indolores e que provoquem níveis baixos e altos de dor.
- Quando possível, obtenha estimativas periódicas da dor e observe o efeito das intervenções para seu alívio bem como de intervenções clínicas que aumentam a dor, como as injeções.
- Leve em conta as pontuações de dor registradas ao planejar o tratamento.
- Evite pedir que a paciente estime a dor que sentiu há muito tempo, pois é improvável que a avaliação seja exata.
- As pontuações de dor não devem substituir a conversa com a paciente e sempre se deve solicitar sua descrição.
- Com frequência, é possível conversar e resolver as discrepâncias entre as pontuações de dor fornecidas pela paciente e o profissional de saúde.

Fonte: adaptado de von Baeyer CL. Children's self-reports of pain intensity: scale selection, limitations and interpretation. *Pain Res Manag.* 2006;11:157-62.

Os profissionais de saúde podem considerar demorado o processo de avaliação da dor persistente. Portanto, é necessário orientá-los sobre sua importância para oferecer tratamento de qualidade. A avaliação é uma parte obrigatória do manejo da

dor, semelhante ao papel da avaliação dos sinais vitais para manejo dos distúrbios das funções de outros sistemas. Os profissionais de saúde devem ser capacitados em técnicas para avaliar e estimar a dor com instrumentos de uso fácil, bem como em habilidades para entrevistar, e devem ter conhecimento para superar eventuais barreiras culturais e de linguagem.

Referências

1. Palermo TM. Assessment of chronic pain in children: current status and emerging topics. *Pain Res Manag.* 2009;14:21-6.
2. Flaherty SA. Pain measurement tools for clinical practice and research. *J Am Assoc Nurse Anesth.* 1996;64(2):133-40.
3. von Baeyer CL, Spagrud LJ, McCormick JC, Choo E, Neville K, Connelly MA. Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS-11) for children's self-reports of pain intensity. *Pain.* 2009;143:223-7. doi:10.1016/j.pain.2009.03.002.
4. To TH, Ong WY, Rawlings D, Greene A, Currow DC. The disparity between patient and nurse symptom rating in a hospice population. *J Palliat Med.* 2012;15(5):542-7. doi:10.1089/jpm.2011.0291.
5. Ni Thuathail A, Welford C. Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nurs Stand.* 2011;26(6):39-46.

Ficha prática 7.2: Como lidar com corrimentos, fístulas e sangramentos vaginais no ambiente domiciliar

O objetivo desta ficha prática é ajudar cuidadores do nível primário, comunitários e domiciliares a proporcionar cuidados e conforto a mulheres com câncer do colo do útero avançado em casa (ou em outro lugar que não seja um estabelecimento de saúde). Contém orientações para aliviar a dor, o sofrimento e a vergonha que essas mulheres sentem em razão do corrimento vaginal às vezes muito fétido, das fístulas e do sangramento. Estes podem ser causados pela própria doença ou por complicações do tratamento hospitalar. A maioria das sugestões nesta ficha prática pode ser implementada para ajudar as pacientes a usarem o material disponível na maioria dos lares.

Essa orientação não visa substituir outros esforços para eliminar a dor e o desconforto da paciente; o manejo da dor é essencial para pacientes com doença grave e é necessário monitoramento frequente, avaliação e tratamento de acordo (ver Capítulo 7 e Ficha prática 7.1). Além do manejo da dor e da orientação específica nesta ficha prática, medidas de suporte, emocionais e outras medidas não médicas também podem ser muito efetivas.

Provisões necessárias para o manejo domiciliar de problemas vaginais:

- provisão constante da água limpa e fervida;
- sabão para lavar as mãos e as roupas;
- toalhas limpas;
- luvas de látex, se possível (não é necessário que sejam estéreis);
- lençóis de plástico ou jornais;
- bolsas para descarte de material contaminado;
- água clorada (1 copo de alvejante para 6 copos de água) para imersão das luvas, limpeza dos móveis e dos plásticos, etc.;
- bacia para banhos de assento;
- garrafa plástica e tubo para duchas;
- muitas toalhas limpas, algodão ou absorventes, se possível (as toalhas devem ser fervidas antes do uso para tamponamento vaginal);
- bicarbonato de sódio;
- vinagre;
- creme de óxido de zinco ou vaselina;
- antibióticos e outros medicamentos prescritos pelo médico (por exemplo, metronidazol, doxiciclina, amoxicilina).

Prevenção de infecções

Para evitar infecções vaginais bacterianas na paciente e não contrair infecções através de lesões na pele das mãos, o cuidador deve lavar as mãos e limpar as unhas com água e sabão ou com solução antisséptica fornecida pelo estabelecimento de saúde. Ainda melhor, se dispuser de luvas descartáveis, deve usá-las nas duas mãos.

Além disso, todas as provisões não reutilizáveis devem ser descartadas segundo as regulamentações da comunidade e todas as provisões reutilizáveis sujas (por exemplo, panos, absorventes, roupa de cama, equipamento de ducha) devem ser colocadas de molho em uma mistura de água limpa e hipoclorito de sódio durante 10 minutos e depois lavadas como de costume.

Manejo do corrimento vaginal

As mulheres com câncer do colo do útero podem ter corrimento vaginal aquoso, sanguinolento e fétido causado pela grave lesão dos tecidos vaginais; é provável que a principal causa do odor seja uma infecção bacteriana. Não é possível a eliminação permanente das bactérias, mas é possível obter alívio temporário dos sintomas com uma ou mais das seguintes medidas:

- A paciente pode tomar um banho de assento com água morna para se limpar com delicadeza.
- Cobrir a cama com um lençol de plástico ou jornais, que podem ser trocados ou limpos frequentemente com água clorada.
- Proteger a pele ao redor da vagina e do ânus secando essas regiões depois do banho e cobrindo com creme de óxido de zinco ou vaselina. Essas medidas podem ser usadas de maneira preventiva, antes que haja irritação.
- Ventilar o cômodo ou queimar incenso ou ervas, se for aceitável.
- Absorver o corrimento com trocas frequentes de toalhas limpas, algodão ou absorventes, colocados na roupa íntima.
- Realizar duchas vaginais periódicas e cuidadosas (lavar a vagina com um tubo conectado a uma garrafa plástica ou seringa limpa) com uma das seguintes soluções preparadas em casa com água fervida e morna:
 - 1 colher de bicarbonato de sódio em 2 copos de água; ou
 - ½ copo de vinagre em 2 copos de água; ou
 - 5 a 10 comprimidos triturados de metronidazol (que podem ser obtidos no centro de atenção primária mais próximo) dissolvidos em 2 copos de água.
- Tampone com delicadeza a vagina duas vezes ao dia com toalhas limpas embebidas com uma das soluções supracitadas. Os tampões não devem ser mantidos no lugar por mais de algumas horas.

- Antibióticos de amplo espectro podem ser prescritos por um profissional de saúde, mas devem ser usados com cuidado porque a efetividade é, na melhor das hipóteses, temporária. Além disso, podem causar uma infecção vaginal por leveduras, com agravamento dos sintomas.
- Os seguintes antibióticos podem ser administrados por via oral durante um período mínimo de sete dias: doxiciclina, 100 mg duas vezes ao dia; ou amoxicilina, 500 mg, três vezes ao dia, mais metronidazol, 400 a 500 mg, duas vezes ao dia.
- Se for prescrito um antibiótico, é importante que a paciente complete o tratamento; caso contrário, o problema pode se agravar.

Manejo das fistulas

A fistula é uma comunicação anormal entre a vagina e a bexiga ou o reto. No caso de pacientes com câncer do colo do útero, é causada por extensão do câncer para esses órgãos ou é uma complicação da radioterapia. Essa condição acarreta debilitação física e psicológica em virtude da passagem de urina ou fezes para a vagina, que causa um corrimento fétido e irritante. A orientação apresentada para o manejo do corrimento vaginal pode ser usada por qualquer mulher que tenha fistula e por todas as mulheres com câncer do colo do útero avançado. O reparo da fistula propriamente dita não é possível, mas a paciente se sente mais confortável e limpa com o uso de todos os métodos citados na seção anterior, exceto pelo fato de que não se devem fazer duchas vaginais nem tamponar a vagina.

Manejo do sangramento vaginal

O sangramento vaginal pode ser alarmante e não é incomum nas mulheres com câncer do colo do útero avançado. Pode ser desencadeado pela introdução de algum objeto na vagina; é preciso ter cuidado ao fazer duchas ou tamponar a vagina e também orientar os parceiros a encontrar outras atividades sexuais prazerosas para substituir o coito. O sangramento vaginal também pode ser espontâneo, sem nenhuma causa óbvia.

- Se o sangramento for leve, recomende o repouso no leito e a manutenção da pele limpa até que cesse.
- Se o sangramento for moderado, muitas vezes basta o repouso no leito. Caso necessário, pode-se tamponar delicadamente a parte inferior da vagina com uma toalha limpa umedecida durante algumas horas.
- Se o sangramento for intenso, transfira a paciente para um hospital ou centro de saúde para uma possível transfusão de sangue.

Ficha prática 7.3: Conversas com uma paciente que está voltando para casa sob cuidados paliativos

FP 7

Como conversar com a paciente que volta para casa

- Ao conversar sobre cuidados paliativos, esteja sempre consciente dos aspectos culturais da comunidade da paciente.
- Pergunte: “Como está se sentindo?”, “Tem algum problema ou sintoma desagradável no momento?” e “De que maneira esses problemas dificultam sua vida?”
- Explique por que ela recebeu alta do hospital. Por exemplo, “Os médicos consideraram que você poderia receber melhor apoio e tratamento em casa, cercada por sua família e amigos íntimos que são as melhores pessoas para oferecer conforto e paz”.
- Agora que a paciente está em casa, pergunte a ela quem está próximo para prestar assistência física e apoio emocional e espiritual.
- Ofereça-se para acompanhá-la durante a abordagem de possíveis ajudantes e o planejamento de ajuda específica.
- Pergunte se ela sente dor e qual é a intensidade, explique que quase sempre é possível controlar a dor em casa e que essa ajuda será prestada sempre que necessário.
- Assegure-a de que os medicamentos usados para alívio da dor não causam dependência.
- Pergunte se ela tem outros sintomas e tranquilize-a dizendo que você consultará profissionais de saúde em todos os níveis para prescrever o tratamento necessário.
- Assegure a ela que agora, como sempre, seu bem-estar está no centro de tudo o que está sendo feito.
- Informe que a cuidadora da comunidade está sempre d

FP 7

Dicas de aconselhamento

- Visite a paciente com a maior frequência possível.
- Sempre escute as queixas da paciente e da família e tente aliviar qualquer sintoma.
- Mantenha comunicação com profissionais de saúde no centro de saúde ou no hospital e busque sua orientação acerca de problemas específicos.
- Aborde os temores explicando as razões para os sintomas e tranquilize a família dizendo que você fará todo o possível para manter o bem-estar da paciente.
- Oriente a paciente e a família sobre o manejo de sintomas.
- Ajude-os a obter as provisões necessárias.
- Mais importante, tente evitar seu próprio esgotamento; para isso, evite o excesso de trabalho, mantenha relações estreitas e busque o apoio daqueles que estão perto de você (sem desprezeitar a confidencialidade da paciente).

Anexo 1. Listas de participantes e colaboradores

Grupo de formulação da diretriz (GFD)

Irene Agurto (*Capítulo 3*)

Consultora da OMS
Santiago, Chile

Marc Arbyn (*Capítulo 5*)

Unidade de Epidemiologia do Câncer
Instituto Científico de Saúde Pública Louis
Pasteur
Bruxelas, Bélgica

Paul D. Blumenthal (*Capítulos 1 e 5*)

Serviços de População
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Escola de Medicina da Universidade de
Stanford
Stanford, CA, EUA

Loretta Brabin (*Capítulo 3*)

School of Cancer and Enabling Sciences
Hospital St. Mary
Manchester, Reino Unido

August Burns (*Capítulo 3*)

Grounds for Health
Waterbury, VT, EUA

Joanna Cain (Presidente) (*Capítulos 5 e 6*)

Federação Internacional de Ginecologia e
Obstetrícia
Londres, Reino Unido

Michael Chirenje (*Capítulos 5 e 6*)

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Escola de Medicina da Universidade do
Zimbábue
Harare, Zimbábue

Swee Chong Quek (*Capítulos 5 e 6*)

Departamento de Oncologia
Ginecológica
Hospital KK de Crianças e Mulheres
Cingapura

Stephen Connor (*Capítulo 7*)

Aliança Mundial de Cuidados Paliativos
Londres, Reino Unido

Lynette Denny (*Capítulos 5 e 6*)

Departamento de Ginecologia e
Obstetrícia
Groote Schuur Hospital
Cidade do Cabo, África do Sul

Maria Fernandez (*Capítulo 3*)

Educação para a saúde e ciências
sociais
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade do Texas
Houston, TX, EUA

Sara Forhan (*Capítulo 5*)

Divisão de Atenção e Tratamento do HIV
Programa Global de AIDS
Centros para Controle e Prevenção de
Doenças
Atlanta, GA, EUA

Eduardo Franco (*Capítulos 1 e 5*)

Divisão de Epidemiologia do Câncer
Universidade McGill
Montreal, Canadá

Julia C. Gage (*Capítulo 5*)
 Divisão de Genética Clínica
 Divisão de Epidemiologia e Genética do
 Câncer
 Instituto Nacional do Câncer
 Rockville, MD, EUA

Francisco Garcia (*Capítulo 5*)
 Sociedade Americana de Câncer
 Tucson, AZ, EUA

Susan Hariri (*Capítulo 4*)
 Divisão de Prevenção de DST
 Centro nacional de prevenção de HIV/
 AIDS, hepatite viral, DST e TB
 Centros para Controle e Prevenção de
 Doenças
 Atlanta, GA, EUA

Eline Huisman (*Capítulo 7*)
 Universidade Utrecht
 Utrecht, Países Baixos

José Jerónimo (*Capítulos 5 e 6*)
 PATH
 Seattle, WA, EUA

Sharon N. Kibwana (*Capítulos 2 e 3*)
 Jhpiego
 Baltimore, MD, EUA

Nancy Kidula (*Capítulo 3*)
 ACCESS Uzima, Jhpiego
 Nairóbi, Quênia

Enriqueito R. Lu (*Capítulos 2, 3 e 5*)
 Jhpiego
 Baltimore, MD, EUA

Ian Magrath (*Capítulo 6*)
 Rede Internacional para o Tratamento e a
 Investigação do Câncer (INCTR)
 Bruxelas, Bélgica

Valerie Mazeau-Moynar (*Capítulo 6*)
 Instituto Nacional do Câncer
 Departamento de Rastreamento do Câncer
 Boulogne-Billancourt, França

Daniela Mosoiu (*Capítulos 3, 6 e 7*)
 Educatie, Strategie si Dezvoltare Nationala
 Hospice Casa Sperantei
 Brasov, Romênia

Raul Murillo (*Capítulos 2 e 4*)
 Subdireção de Investigações e Saúde
 Pública
 Instituto Nacional de Cancerologia de
 Colômbia
 Bogotá, Colômbia

Fidele Ngabo (*Capítulo 4*)
 Departamento de Saúde Materno-infantil
 Ministério da Saúde
 Kigali, Ruanda

Linda O'Neal Eckert (*Capítulos 1 a 7*)
 Universidade de Washington
 Seattle, WA, EUA

Groesbeck Parham (*Capítulo 6*)
 Centro de Pesquisa de Infecções na Zâmbia
 Lusaka, Zâmbia

Silvia de Sanjosé (*Capítulo 1*)
 Instituto Catalão de Oncologia
 L'Hospitalet de Llobregat
 Barcelona, Espanha

Mona Saraiya (*Capítulos 3 e 6*)
Centro Nacional de Prevenção de
Doenças Crônicas e Saúde
Centros para Controle e Prevenção de
Doenças
Atlanta, GA, EUA

Judith L. Smith (*Capítulo 3*)
Equipe de Pesquisa Comportamental e
Aplicada
Divisão de Prevenção e Controle do
Câncer
Centros para Controle e Prevenção de
Doenças
Atlanta, GA, EUA

Tshewang Tamang (*Capítulo 4*)
Programa de Combate a Doenças
Preveníveis por Vacina
Ministério da Saúde
Thimphu, Butão

Vivien Tsu (*Capítulos 2 e 5*)
PATH
Seattle, WA, EUA

Maggie Watson (*Capítulo 7*)
Serviço de Medicina Psicológica
Royal Marsden Hospital
Surrey, Reino Unido

Deborah Watson-Jones (*Capítulo 4*)
Escola de Higiene e Medicina Tropical
de Londres
Londres, Reino Unido

Phil Wiffen (*Capítulo 7*)
Departamento Nuffield de Neurociências
Clínicas
Universidade de Oxford
Oxford, Reino Unido

Scott Wittet (*Capítulo 3*)
Programas de Prevenção do Câncer do
Colo do útero
PATH
Seattle, WA, EUA

Grupo diretor da OMS

Rachel Baggaley
Departamento de HIV/AIDS
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Paul Bloem
Imunização, Vacinas e Produtos Biológicos
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Freddie Bray
Seção de Informações sobre o Câncer
Centro Internacional de Investigações sobre
o Câncer
Lyon, França

Nathalie Broutet
Saúde Reprodutiva e Pesquisa
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Meena Cabral De Mello
Departamento de Saúde Materna e Saúde
do Recém-nascido, da Criança e do
Adolescente
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Venkatraman Chandra-Mouli
Saúde reprodutiva e Pesquisa
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Jean-Marie Dangou

Prevenção e controle de doenças
Escritório Regional para a África da OMS
Brazzaville, República do Congo

Islene Araujo de Carvalho

Envelhecimento e Curso de Vida
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Hugo De Vuyst

Deteção Precoce e Prevenção
Centro Internacional de Investigações
sobre o Câncer
Lyon, França

Ibtihal Fadhil

Divisão de Doenças Não Transmissíveis
e Saúde Mental
Repartição Regional para o
Mediterrâneo Oriental da OMS
Cairo, Egito

Jane Ferguson

Saúde Materna e Saúde do Recém-
nascido, da Criança e do Adolescente
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Mario Festin

Saúde Reprodutiva e Pesquisa
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Tracey Goodman

Imunização, Vacinas e Produtos
Biológicos
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Sandra Gove

Departamento de HIV/AIDS
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Marie-Agnes Heine

Comunicações
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Rolando Herrero

Deteção Precoce e Prevenção
Centro Internacional de Investigações sobre
o Câncer
Lyon, França

Raymond Hutubessy

Imunização, Vacinas e Produtos Biológicos
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Regina Kulier

Conhecimento, Ética e Pesquisa
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Gunta Lazdane

Saúde Sexual e Reprodutiva
Escritório Regional para a Europa da OMS
Copenhague, Dinamarca

Silvana Luciani

Prevenção e Controle de Doenças Crônicas
Escritório Regional para as Américas da
OMS
Organização Pan-Americana da Saúde
Washington, D.C., EUA

Melody Maarouf

Saúde Reprodutiva e Pesquisa
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Amolo Okero

Departamento de HIV/AIDS

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Anayda Gerarda Portela

Saúde Materna e Saúde do Recém-

Nascido, da Criança e do

Adolescente

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Somchai Peerapakorn

Escritório da OMS no País

Nonthaburi, Tailândia

Rengaswamy Sankaranarayanan

Detecção Precoce e Prevenção

Centro Internacional de Investigações
sobre o Câncer

Lyon, França

Willem ScholtenMedicamentos Essenciais e Produtos
para a Saúde

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Timo StahlPrevenção de Doenças Não
Transmissíveis

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Kwok-Cho TangPrevenção de Doenças Não
Transmissíveis

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Igor Toskin

Saúde Reprodutiva e Pesquisa

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Andreas Ullrich

Manejo de Doenças Não Transmissíveis

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Andrea Vicari

Imunização

Escritório Regional para as Américas da
OMSOrganização Pan-Americana da Saúde
San José, Costa Rica**Adriana Velazquez**Medicamentos Essenciais e Produtos para
a Saúde

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Cherian VargheseDoenças Não Transmissíveis e Promoção
da SaúdeEscritório Regional para o Pacífico Ocidental
da OMS

Manila, Filipinas

Marco Vitoria

Departamento de HIV/AIDS

Sede da OMS

Genebra, Suíça

Lawrence von Karsa

Detecção Precoce e Prevenção

Centro Internacional de Investigações sobre
o Câncer

Lyon, França

Susan Wang

Imunização, Vacinas e Produtos
Biológicos
Sede da OMS
Genebra, Suíça

Grupo de métodos**Capítulo 5:****Tahany Awad**

Departamento de Epidemiologia Clínica
e Bioestatística
Universidade McMaster
Hamilton, Canadá

Rohan Kehar

Escola de Medicina Michael G. DeGroot
Universidade McMaster
Hamilton, Canadá

Reem Mustafa

Departamento de Epidemiologia Clínica
e Bioestatística
Universidade McMaster
Hamilton, Canadá

Nancy Santesso

Departamento de Epidemiologia Clínica
e Bioestatística
Universidade McMaster
Hamilton, Canadá

Holger Schunemann

Departamento de Epidemiologia Clínica
e Bioestatística
Universidade McMaster
Hamilton, Canadá

Grupo de revisão externa (GRE)**Elisabeth Andritsch**

Departamento de Medicina Interna
Universidade Médica de Graz
Graz, Áustria

Ahti Anttila

Registro de Câncer da Finlândia
Helsínque, Finlândia

Partha Sarathi Basu

Instituto Nacional de Câncer de Chittaranjan
Calcutá, Índia

John-Paul Bogers

Faculteit Geneeskunde
Campus Groenenborger
Antuérpia, Bélgica

Xavier Bosch

Instituto Catalão de Oncologia
Barcelona, Espanha

Rolando Camacho-Rodriguez

Agência Internacional de Energia Atômica
Viena, Áustria

James Cleary

Centro Colaborador da OMS para Dor,
Política e Cuidados Paliativos
Madison, WI, EUA

Anne Garnier

Instituto Nacional do Câncer (INCa)
Boulogne-Billancourt, França

Martha Jacob

Consultora da OMS
Kochi, Estado de Kerala, Índia

Jessica Kahn

Centro Médico do Hospital Infantil de
Cincinnati
Cincinnati, OH, EUA

Namory Keita

Hospital Docente Donka
Conakry, República da Guiné

Rajshree Jha Kumar
Kailash Darshan
Mumbai, Índia

Anne Levin

Economista da saúde, consultora da
OMS
Bethesda, MD, EUA

Khunying Kobchitt Limpaphayom

Faculdade de Medicina
Universidade Chulalongkorn
Bangkok, Tailândia

Emmanuel Mugisha

PATH
Kampala, Uganda

Daniel Murokora

Iniciativa de Saúde da Mulher de
Uganda
Kampala, Uganda

Meg O'Brien

Sociedade Americana de Câncer
Washington, D.C., EUA

Oneko Olola

Centro Médico Cristão do Kilimanjaro
Moshi, Tanzânia

Nuriye Ortayli

FNUAP
Nova York, NY, EUA

Patrick Petignat

Hôpitaux Universitaires de Genève
Genebra, Suíça

Ilka Rondinelli

Federação Internacional de Planejamento
Familiar
Londres, Reino Unido

Carlos Santos

Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas
Lima, Peru

Achim Schneider

Charité Universitäts Medizin Berlin
Berlim, Alemanha

Nereo Segnan

Hospital Universitário San Giovanni
Turin, Itália

Nguyen-Toan Tran

Consultor da OMS
Genebra, Suíça

Julie Torode

União Internacional Contra o Câncer
Genebra, Suíça

Jérôme Viguier

Instituto Nacional do Câncer (INCa)
Boulogne-Billancourt, França

Steven Weyers

Hospital Universitário de Ghent
Gent, Bélgica

Katherine Worsley

Marie Stopes International
Londres, Reino Unido

Eduardo Zubizarreta

Agência Internacional de Energia Atômica
Viena, Áustria

Autores**August Burns**

Grounds for Health
Waterbury, VT, EUA

Linda O'Neal Eckert

Universidade de Washington
Seattle, WA, EUA

Susan Hariri

Centros para Controle e Prevenção de Doenças
Atlanta, GA, EUA

Martha Jacob

Consultora da OMS
Kochi, Estado de Kerala, Índia

Emma Ottolenghi

Consultora da OMS
Waterbury, VT, EUA

Revisão**Jane Patten**

Green Ink Publishing Services, Ltd.
Reino Unido www.greenink.co.uk

Anexo 2. Metodologia de elaboração da diretriz, funções dos grupos técnico e de trabalho, e gestão e declaração de conflitos de interesses

A OMS convidou um grupo de especialistas para uma reunião em setembro de 2010 com a finalidade de decidir sobre a atualização da publicação Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais (C4GEP), publicada originalmente em 2006. As principais conclusões indicaram a necessidade de reorganizar os capítulos, de acrescentar novos capítulos sobre educação em saúde e vacinas contra o HPV, de atualizar o capítulo sobre rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas para prevenção do câncer do colo do útero e de revisar o capítulo sobre cuidados paliativos. O grupo de especialistas nessa reunião também fez as recomendações à OMS sobre a composição do grupo de formulação da diretriz (GFD). Alguns desses especialistas também se tornaram parte do grupo de revisão externa (GRE). Ao todo, participaram 72 especialistas: 35 no GFD, 29 no GRE, 7 no grupo de métodos e um autor que não foi incluído em nenhum dos grupos. O Anexo 1 apresenta as listas de participantes de cada grupo, com a indicação dos capítulos para os quais contribuíram.



Subdivisões do GFD foram criadas para revisar, reorganizar ou elaborar cada capítulo. Em 2011, esses subgrupos se reuniram duas vezes para discutir cada capítulo.

- **Os Capítulos 1, 2 e 3** não contêm recomendações e foram elaborados com base em uma revisão detalhada da literatura, mas não usaram a metodologia GRADE (Classificação de análise, desenvolvimento e avaliação de recomendações).¹
- **Os Capítulos 4 e 5** são baseados respectivamente nas recomendações relacionadas ao uso das vacinas contra o HPV e ao rastreamento e tratamento para a prevenção do câncer do colo do útero. Todas elas passaram pelo processo formal da OMS para a elaboração de recomendações (os capítulos contêm referências às recomendações da OMS).
- **O Capítulo 6** não contém recomendações, mas apresenta uma análise aprofundada das práticas para o manejo do câncer do colo do útero. Essas informações possibilitam que os profissionais aconselhem as pacientes que necessitam de encaminhamento para tratamento do câncer.
- **O Capítulo 7** contém recomendações sobre cuidados paliativos; este capítulo foi elaborado segundo o processo GRADE.

¹ Mais informações disponíveis em: <http://www.gradeworkinggroup.org> (sobre o grupo de trabalho GRADE) e http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en (sobre o Comitê de revisão da diretriz da OMS)

Em abril de 2012, todo o GFD, o grupo de métodos e o GRE reuniram-se em uma sessão conjunta durante vários dias e analisaram os sete capítulos do C4GEP. Os principais objetivos dessa análise eram assegurar que todos os capítulos estivessem de acordo com as recomendações da OMS vigentes e que houvesse continuidade dos capítulos para facilitar a leitura.

Em 2012, 2013 e 2014, a equipe de autores trabalhou em colaboração muito estreita com a equipe coordenadora da OMS para finalizar o documento e iniciar o processo de revisão e diagramação. Entre as sessões de redação, os capítulos foram enviados ao GFD para análise e aprovação. As observações mais importantes do GRE foram obtidas durante a reunião de abril de 2012.

Gestão de conflitos de interesses

Os conflitos de interesses foram administrados do seguinte modo:

1. Exigiu-se que todos os especialistas participantes do processo preenchessem o formulário da OMS de declaração de interesse (DI) antes de iniciar o trabalho para a OMS e comunicassem imediatamente à OMS qualquer mudança nessas informações durante o curso do trabalho. Os formulários de DI preenchidos foram analisados pelo Secretariado da OMS com o objetivo de administrar os interesses revelados no campo da prevenção e do controle do câncer do colo do útero.
2. Na reunião inicial do GRE, em setembro de 2010, e na primeira reunião conjunta do GFD, do grupo de métodos e do GRE em 2012, cada especialista revelou seus interesses declarados aos outros especialistas como parte da rodada de apresentações no começo da reunião para que o grupo estivesse a par de qualquer interesse existente dos membros.
3. Todos os interesses declarados foram analisados pelo Escritório do Assessor Jurídico da OMS. A decisão foi que todos os especialistas poderiam participar do processo, mas os interesses deveriam ser divulgados na diretriz.
4. Todos os interesses pertinentes declarados (19 de 72 especialistas) são resumidos adiante.

Declarações de interesse

Dos 72 especialistas que participaram deste trabalho, 19 (15 do GFD e 4 do GRE) declararam um interesse relacionado com o câncer do colo do útero. Nenhum desses interesses declarados foi importante o bastante para excluir o especialista das discussões. Todos os interesses pertinentes são divulgados e resumidos a seguir.

Grupo de formulação da diretriz:

Marc Arbyn (Capítulo 5) foi convidado pela Organização Europeia de Pesquisas em Infecções e Neoplasias Genitais (EUROGIN) para falar em seu congresso de 2011 em

Lisboa. A EUROGIN pagou sua viagem e hospedagem. A EUROGIN é uma organização que promove e desenvolve, na região europeia, a pesquisa, a capacitação, o rastreamento, a prevenção e as informações relativas a infecções genitais, lesões pré-cancerosas e cânceres em mulheres. Os congressos da EUROGIN são financiados por várias indústrias farmacêuticas com interesse no câncer do colo do útero.

Paul Blumenthal (Capítulo 5) foi o pesquisador principal de um estudo de pesquisa operacional realizado pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Escola de Medicina da Universidade de Stanford para avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de introduzir um novo teste rápido para HPV (careHPV) produzido por Qiagen para regiões de baixa e média renda. Qiagen emprestou o equipamento e forneceu os testes para essa pesquisa.

Loretta Brabin (Capítulo 3), da Universidade de Manchester, Reino Unido, foi a pesquisadora principal de um estudo de dois anos sobre a aceitabilidade e viabilidade de vacinar contra o HPV as adolescentes matriculadas na escola. A universidade recebeu de GlaxoSmithKline (GSK) £ 320 493 para financiar esse estudo. Brabin recebeu £ 2000 em fundos para viagens e participação em congressos. Ela fez parte do grupo de formulação da diretriz (GFD) e participou exclusivamente da revisão do Capítulo 3: Mobilização da comunidade, educação e aconselhamento. Este capítulo não inclui recomendações, mas analisa e destaca o trabalho realizado com relação às mensagens sobre a infecção pelo HPV, as vacinas contra o HPV e o câncer do colo do útero, entre outras coisas.

Swee Chong Queck (Capítulos 5 e 6) participou durante os quatro últimos anos de reuniões de conselhos consultivos e fóruns de palestrantes organizados por GSK e Qiagen. Essas reuniões e fóruns estavam relacionados com estratégias de prevenção do câncer do colo do útero, estudos de eficácia da vacina contra o HPV e importância clínica da vacinação contra o HPV para a prevenção do câncer do colo do útero e de outras doenças relacionadas com o HPV. A renda total recebida por Queck para essas atividades nos quatro últimos anos foi de S\$ 9 000 (dólares de Cingapura).

Lynette Denny (Capítulos 5 e 6) falou sobre a vacinação contra o HPV em vários fóruns de palestrantes organizados pelas empresas GSK e Merck. Os honorários por essas atividades alcançaram cerca de US\$ 4 000 por empresa por ano e foram pagos a seu empregador, a Universidade da Cidade do Cabo. O Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade da Cidade do Cabo, chefiado por Denny, realizou ainda dois estudos da vacina contra o HPV para GSK e Merck. Para esses estudos, a Universidade da Cidade do Cabo recebeu US\$ 1,6 milhão de GSK, mas nenhum financiamento de Merck, pois esse pagamento foi feito ao Departamento de Saúde de KwaZulu Natal. Todo o trabalho realizado no projeto por Denny foi gratuito. Denny fez uma palestra sobre custo-efetividade do teste de HPV em Hong Kong, em 2012, e Qiagen pagou o registro, a viagem e a hospedagem. Atualmente Denny está

realizando um estudo para Roche sobre a capacidade do Sistema cobas® 4800 de detecção de câncer; o custo é de US\$ 25 000. Tudo os fundos recebidos por Denny, seja como pesquisadora principal, seja como palestrante são depositados nas contas de pesquisa da Universidade da Cidade do Cabo.

Eduardo Franco (Capítulos 1 e 5) participou das reuniões do conselho consultivo e de fóruns sobre estratégias de prevenção do câncer do colo do útero organizados por Merck, Roche e Gen-Probe (sobre vacinas contra o HPV ou testes de HPV). Ele recebeu por essas atividades um honorário médio de US\$ 4 000 por empresa nos quatro últimos anos.

Julia Gage (Capítulo 5) realizou, como parte de seu trabalho para o Instituto Nacional do Câncer (NIC) dos Estados Unidos dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH), um projeto de pesquisa operacional na Nigéria para avaliar a efetividade do teste de rastreamento careHPV, produzido por Qiagen, que doou e enviou os reagentes, o equipamento e as provisões. O NIC pagou todos os outros elementos do estudo.

Francisco Garcia (Capítulo 5) foi o pesquisador principal nos estudos de novos fármacos para tratamento do câncer do colo do útero quando trabalhava na Universidade do Arizona. Esses estudos foram realizados pela Universidade do Arizona sob contratos de pesquisa com Roche (US\$ 150 000), Innovio (US\$ 70 000), Photocure (US\$ 120 000) e Roche/Ventana (US\$ 100 000). Garcia não recebeu nenhuma renda pessoal para realizar esses estudos.

José Jerónimo (Capítulos 5 e 6) é empregado de PATH, organização internacional sem fins lucrativos que participa da criação e distribuição de ferramentas de grande impacto e baixo custo em prol da saúde global. PATH celebrou convênios colaborativos de pesquisa e desenvolvimento para criação de um teste rápido de HPV com Qiagen (careHPV) e um teste rápido de rastreamento de câncer do colo do útero com Arbor Vita (identificação das oncoproteínas E6 e E7). PATH recebeu amostras e equipamento das duas empresas para realizar estudos em diferentes países para a validação desses testes. Atualmente Jerónimo participa de um projeto para a introdução em grande escala do teste de HPV nos programas populacionais de prevenção do câncer do colo do útero de diversos países; ele colabora para o desenvolvimento, a avaliação e a introdução de novas opções de tratamento da lesão precursora do câncer do colo do útero.

Enriquito Lu (Capítulos 2 e 5) foi o pesquisador principal de um estudo de vacinação contra o HPV realizado por seu empregador, a organização internacional sem fins lucrativos Jhpiego, em convênio com a Merck. A finalidade do estudo era avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de uma estratégia para prestar serviços integrais de prevenção do câncer do colo do útero na Tailândia e nas Filipinas por meio da

A2

Anexo 2. Metodologia de elaboração da diretriz, funções dos grupos técnico e de trabalho, e gestão e declaração de conflitos de interesses

integração de programas de vacinação contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos a programas de rastreamento e tratamento para as mães. Para isso, Jhpiego recebeu da empresa Merck US\$ 850 000 e vacinas contra o HPV para até 4.000 meninas em cada local do projeto no país. Lu não recebeu nenhum rendimento pessoal por seu trabalho neste estudo.

Raul Murillo (Capítulos 2 e 4) foi atuou como consultor da GSK para analisar a custo-efetividade da vacina contra o HPV. Recebeu honorários no valor total de US\$ 5.000 por essa consultoria (que terminou em 2010).

Silvia de Sanjosé (Capítulo 1) recebeu das empresas Sanofi, Merck e Qiagen algumas subvenções de viagens para comparecer a congressos nacionais e internacionais e apresentar os resultados de estudos coordenados por sua instituição. As quantias variaram de aproximadamente US\$ 1.000 a US\$ 3.000 por viagem, dependendo do local do congresso. Nenhum dos patrocinadores participou das apresentações dos resultados. Alguns estudos de pesquisa dos quais Sanjosé participa foram parcialmente apoiados por GSK, Sanofi Pasteur, Merck Sharp e Dohme Corp. (SPMSD), Qiagen, Roche e Merck & Co., Inc., representando mais de US\$ 100 000 anuais durante os quatro últimos anos. Nenhum dos patrocinadores participou da coleta de dados, da análise nem da interpretação dos resultados.

Vivien Tsu (Capítulos 2 e 5) é empregada de PATH, uma organização internacional sem fins lucrativos que participa da criação e distribuição de ferramentas de grande impacto e baixo custo em prol da saúde global. Como tal, Tsu participou de: (1) projetos de demonstração em grande escala sobre a prevenção, o rastreamento e o tratamento do câncer do colo do útero nos países em desenvolvimento para os quais PATH recebeu doação de vacinas, de GSK e Merck, e de testes careHPV, de Qiagen; e (2) um estudo sobre um esquema alternativo de doses no Vietnã, para o qual PATH recebeu vacinas doadas por Merck. PATH recebeu frascos de vacina dos fabricantes para o projeto em grande escala, equivalente a US\$ 13,9 milhões de Merck e US\$ 9,1 milhões de GSK. É preciso assinalar que as doações mencionadas foram suspensas em 2009 e 2010, respectivamente.

Deborah Watson-Jones (Capítulo 4), da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, foi a pesquisadora principal de um estudo de fase IIIB sobre a segurança e a imunogenicidade da vacina bivalente em meninas e mulheres HIV-negativas saudáveis com idade de 10 a 25 anos. Para esse estudo, sua instituição recebeu da empresa GSK fundos de £ 898 104. Ela também realizou o estudo-piloto da vacina contra o HPV na região de Mwanza, que recebeu 15 750 frascos da vacina quadrivalente por meio do Programa de Acesso a Gardasil. Watson-Jones participou da revisão do Capítulo 4: Vacinação contra o HPV, para garantir a exatidão da

linguagem. Não foram incluídas novas recomendações neste capítulo, que se ajusta estritamente às recomendações da OMS sobre o uso de vacinas contra o HPV publicadas em 2009 e às recomendações revisadas do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE) sobre o uso de vacinas contra o HPV publicadas em abril de 2014.

Scott Wittet (Capítulo 3) é empregado de PATH, uma organização internacional sem fins lucrativos que participa da criação e distribuição de ferramentas de grande impacto e baixo custo em prol da saúde global. Como tal, Wittet participou de: (1) projetos de demonstração em grande escala sobre a prevenção, o rastreamento e o tratamento do câncer do colo do útero nos países em desenvolvimento para os quais PATH recebeu doação de vacinas, de GSK e Merck, e de testes careHPV, de Qiagen; e (2) um estudo sobre um esquema alternativo de doses no Vietnã, para o qual PATH recebeu vacinas doadas por Merck. PATH recebeu frascos de vacina dos fabricantes para o projeto em grande escala, equivalente a US\$ 13,9 milhões de Merck e US\$ 9,1 milhões de GSK. Wittet é um especialista em comunicação e fez parte do GFD. Ele participou da elaboração e revisão do Capítulo 3: Mobilização da comunidade, educação e aconselhamento. É preciso assinalar que as doações mencionadas foram suspensas em 2009 e 2010, respectivamente.

Grupo de revisão externa:

John-Paul Bogers (Capítulos 5 e 6) é empregado da Universidade de Antuérpia e atua como consultor de SonicHealthcare Benelux para trabalhos de patologia clínica e validação de novas tecnologias no campo do tratamento da neoplasia intraepitelial cervical (NIC). SonicHealthcare Benelux é um laboratório comercial que, entre outras coisas, faz rastreamento de câncer do colo do útero (citologia e HPV). Bogers também fez trabalhos para outras três empresas com interesse no rastreamento do câncer do colo do útero: (1) validação analítica de um teste de HPV para Innogenetics (valor do contrato: € 60 000); (2) validação analítica de um aparelho Becton-Dickinson Pathway (valor do contrato: € 10 000); e (3) revisão de literatura no campo do tratamento da NIC para Hologic (valor do contrato: € 5.000).

François Xavier Bosch (Capítulo 1), do Instituto Catalão de Oncologia, na Espanha, recebeu uma quantia significativa de fundos e doação de vacinas para sua instituição e estudos de fases II e III, das empresas GSK, Merck Sharp & Dohme Corp. (MSD), Qiagen e SPMSD, como doações irrestritas para educação e pesquisa. Recebeu também fundos para viagens e participação em reuniões de conselhos consultivos para essas empresas. Estas são subvenções e atividades em curso. Cabe ressaltar que Bosch não participou da elaboração de nenhuma das recomendações. Ele participou, como especialista na epidemiologia do câncer do colo do útero e da infecção por HPV, da revisão do Capítulo 1: Contextualização.

A2

Anexo 2. Metodologia de elaboração da diretriz, funções dos grupos técnico e de trabalho, e gestão e declaração de conflitos de interesses

Jessica Kahn (Capítulo 3) do Hospital Infantil de Cincinnati, nos Estados Unidos, atuou como copresidente de dois estudos clínicos da vacina contra o HPV em homens e mulheres com HIV, patrocinados pelo NIH dos Estados Unidos, para os quais a empresa Merck forneceu vacinas e testes de imunogenicidade. Kahn também atuou como presidente de um comitê de análise de subvenção da Sociedade de Saúde e Medicina do Adolescente para projetos de demonstração destinados a melhorar a vacinação de adolescentes. A Sociedade recebeu fundos sem restrição da empresa Merck para financiar o programa de subvenção. Kahn recebeu um salário da Sociedade para implantar o programa de subvenção. Como especialista em saúde do adolescente, Kahn participou exclusivamente da revisão do Capítulo 3: Mobilização da comunidade, educação e aconselhamento. Sua principal contribuição para a revisão foi relativa a informações sobre maneiras de alcançar os adolescentes e se comunicar com eles.

Achim Schneider (Capítulo 6), do Charité Centrum, em Berlim, foi membro do comitê consultivo e conferencista para GSK, Sanofi Pasteur e Karl Storz, atividades pelas quais recebeu respectivamente € 15 000, € 5 000 e uma quantia anual de € 40 000. Schneider não recebe apoio de GSK nem de Sanofi Pasteur desde 2013 e não recebe apoio de Karl Storz desde outubro de 2013.

Anexo 3. Prevenção e controle de infecções

A3

Anexo 3. Prevenção e controle de infecções

As precauções padronizadas (de rotina ou básicas) de prevenção e controle de infecções (PCI) são medidas simples e devem ser aplicadas para evitar a disseminação de infecções e proteger as pacientes, a própria pessoa e os outros profissionais de saúde (1).

A justificativa para implementar precauções padronizadas de PCI na atenção a todas as pacientes em todos os momentos é:

- Uma paciente pode não apresentar sinais ou sintomas de infecção no momento da consulta ou do tratamento, mas pode ter uma doença infecciosa em período de incubação e transmitir essa doença.
- Uma paciente pode ser portadora assintomática de um vírus transmitido pelo sangue (ou seja, HIV, hepatite B, C e D) ou de outro vírus ou pode estar colonizada por microrganismos multirresistentes.

Imunização: como parte da aplicação de precauções padronizadas de PCI, os profissionais de saúde devem ser imunizados contra doenças preveníveis por vacina, tanto para sua própria proteção quanto para a proteção de pacientes e outros profissionais de saúde.

Educação e capacitação: os profissionais de saúde e outros membros pertinentes da equipe devem receber educação adequada e capacitação prática em PCI. O programa de educação para PCI deve ser parte de um programa de introdução para todos os novos membros da equipe. Toda a equipe também deve passar por reciclagem periódica para se manter atualizada sobre novas áreas do conhecimento e práticas profissionais; isso é ainda mais importante se forem introduzidos novos equipamentos ou procedimentos.

Higiene das mãos: a higiene das mãos é essencial para evitar infecção cruzada; portanto, é preciso que haja produtos adequados para higienização [por exemplo, preparações alcólicas para fricção antisséptica das mãos (PAFAM)], que deve ser realizada conforme indicado nas diretrizes da OMS para higienização das mãos na atenção à saúde (2):

1. Antes de tocar no paciente
2. Antes de um procedimento limpo ou asséptico
3. Depois do risco de exposição a líquido corporal
4. Depois de tocar no paciente
5. Depois de tocar o entorno do paciente

Além disso, as mãos devem ser descontaminadas imediatamente antes e depois de usar luvas, pois as luvas não substituem a higiene das mãos.

A PAFAM é mais efetiva na descontaminação das mãos que a lavagem com água e sabão. Entretanto, só pode ser aplicada em mãos fisicamente limpas. Se as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou líquidos corporais, devem ser bem lavadas com água e sabão e secas com toalha de papel limpa ou toalha de tecido limpa e de uso único. A duração recomendada da higienização das mãos é de 40 a 60 segundos para lavagem com água e sabão e de 20 a 40 segundos se for usada uma PAFAM.

Equipamento de proteção individual (EPI): é responsabilidade dos empregadores garantir a disponibilidade de EPIs apropriados (ou seja, luvas, aventais, capotes, máscaras, óculos de proteção, etc.).

As luvas estéreis e não estéreis geralmente são de látex. Quando os profissionais de saúde ou as pacientes têm histórico de alergia ao látex, é preciso usar luvas sem látex para evitar reações anafiláticas.

Luvas estéreis são usadas para evitar a transferência de microrganismos dos profissionais de saúde para as pacientes durante procedimentos que demandam assepsia. Além disso, também protegem o profissional de saúde contra agentes patogênicos presentes no sangue ou nos líquidos corporais a que são expostos durante procedimentos cirúrgicos e invasivos. Devem ser usadas em todos os procedimentos cirúrgicos e assépticos.

Luvas não estéreis são usadas para que os profissionais de saúde não adquiram microrganismos nem contraiam infecções de pacientes ou ambientes contaminados. Devem ser usadas sempre que houver possibilidade de contato com sangue ou líquidos corporais, secreções e excreções ou possibilidade de contato com microrganismos infecciosos e perigosos, por contato direto e indireto com pacientes e objetos/equipamento no ambiente.

Se as luvas forem danificadas ou perfuradas durante um procedimento, é essencial retirá-las de imediato, lavar bem as mãos e colocar novas luvas. Lembre-se de que o uso de luvas não substitui a higiene das mãos.

De acordo com o tipo de procedimento e a avaliação do risco, devem-se usar os tipos apropriados de luvas ao realizar exames ou procedimentos clínicos, como crioterapia, biópsia cervical, curetagem endocervical e cirurgia de alta frequência (CAF).

Outros EPIs (ou seja, aventais, capotes, máscaras, óculos de proteção) devem ser usados de maneira apropriada segundo a avaliação de riscos do procedimento.

Manuseio e disposição de resíduos contaminados: os resíduos contaminados constituem um risco e, portanto, é essencial que todos os resíduos clínicos, inclusive objetos perfurocortantes, sejam descartados corretamente, de acordo com as diretrizes e regulamentações locais.

É essencial:

- Descartar como resíduos clínicos todos os itens descartáveis sujos de sangue ou líquidos corporais, em saco plástico hermeticamente fechado ou em coletores aprovados, de acordo com as diretrizes locais.
- Manusear com cuidado todos os objetos perfurocortantes e descartar todos os objetos perfurocortantes, agulhas e seringas contaminados em coletores rígidos à prova de vazamentos e perfurações; a disposição deve ser feita de acordo com as diretrizes locais.

Depois do tratamento de cada paciente, a área deve ser completamente limpa e outros objetos e equipamentos devem ser completamente limpos e descontaminados de acordo com os protocolos. Ao final da sessão, o cômodo deve estar totalmente limpo e também é necessário desinfetar as superfícies tocadas com as mãos.

Processamento de instrumentos reutilizáveis: todos os instrumentos que entraram em contato com a vagina ou o colo do útero (por exemplo, espéculos vaginais, pinças de biópsia, criossondas, equipamento de criocirurgia) devem ser totalmente limpos antes da descontaminação por esterilização ou desinfecção de alto nível, de acordo com as instruções do fabricante.

O procedimento de descontaminação de cada elemento e do equipamento escapa à finalidade deste documento; os leitores devem consultar o Manual de esterilização para centros de saúde da OPAS, que está sendo atualizado (3).

Referências

1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. *Am J Infect Control*. 2007;35(10 Suppl 2):S65–S164. doi:10.1016/j.ajic.2007.10.007.
2. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf, acesso em 16 de julho de 2014).
3. Acosta-Gnass SI, de Andrade Stempluk V. Sterilization manual for health centers. Washington (D.C.): Organização Pan-Americana da Saúde; 2009 (http://www.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Sterilization_Manual_Health_Centers_2009.pdf, acesso em 26 de maio de 2014).²

2 Está sendo atualizado com um novo título: *Decontamination and reprocessing manual for healthcare facilities*.

Anexo 4. Sistemas de classificação do câncer e das lesões precursoras do câncer

Existem muitos sistemas em uso em diferentes partes do mundo para classificar e nomear condições pré-cancerosas do colo do útero, com base no exame citológico e histológico (ver tabela adiante). Os sistemas de classificação mais úteis incluem informações adquiridas durante as últimas décadas sobre a evolução natural da doença.

O sistema de classificação da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) foi criado em 1968 para abranger as diferentes evoluções naturais observadas com diferentes graus de displasia (NICI ou displasia leve, NICII ou displasia moderada e NICIII ou displasia grave). A classificação de NIC ainda é usada em muitos países para laudos citológicos, embora a rigor só deva ser usada para laudos histológicos (ou seja, resultados de exame microscópico de amostras teciduais).

O Sistema Bethesda foi criado na década de 1990, no Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos. Nesse sistema, que só deve ser usado para laudos citológicos (ou seja, resultados do exame microscópico de um esfregaço), a NICII e a NICIII são combinadas em um grupo, denominado lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL), pois citologicamente é difícil, se não impossível, distinguir NICII de NICIII. Entretanto, a NICI é denominada lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL). No Sistema Bethesda de 2001, as células atípicas são divididas em ASCUS (células escamosas atípicas de significado indeterminado) e ASC-H (células escamosas atípicas: não é possível excluir lesão intraepitelial escamosa de alto grau). Essa classificação é recomendada pela OMS para os laudos citológicos (ver Anexo 5).



Sistema Bethesda

Tabela – Lesão precursora do câncer do colo do útero: terminologia para laudo citológico e histológico

Classificação citológica (usada para rastreamento)		Classificação histológica (usada para diagnóstico)	
Papanicolaou	Sistema Bethesda	NIC	Classificações descritivas da OMS
Classe I	Normal	Normal	Normal
Classe II	ASCUS ASC-H	Atipia	Atipia
Classe III	LSIL	NIC I, inclusive condiloma plano	Koilocytosis
Classe III	HSIL	NIC II	Displasia moderada
Classe III	HSIL	NIC III	Displasia grave
Classe IV	HSIL	NIC III	Carcinoma in situ
Classe V	Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo

ASC-H: células escamosas atípicas: não é possível excluir lesão (intra)epitelial escamosa de alto grau; ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; NIC: neoplasia intraepitelial cervical; HSIL: lesão escamosa intraepitelial de alto grau; LSIL: lesão escamosa intraepitelial de baixo grau.

A Classificação internacional de doenças (CID) é a norma internacional para codificação de causas de doença e morte. Em sua 10ª revisão atual é usada em cerca de 110 países.

O esquema de codificação da CID para displasias e neoplasias cervicais segue o esquema da OMS como mostra a coluna direita da tabela. As referências à NIC e à HSIL/LSIL estão incluídas na CID.³ Para o registro do câncer e para descrever as alterações teciduais com mais detalhes (histopatologia), criou-se uma adaptação da CID: a CID para oncologia (CID-O). Esta contém códigos detalhados relativos à localização da neoplasia e outro conjunto de códigos relativos à histopatologia.⁴

A classificação CID-O dos tipos de tecidos neoplásicos, baseada na histopatologia ou na morfologia do tumor, é orientada pelo trabalho do Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (CIIC), publicado periodicamente na série *Classification of Tumours* (Classificação de tumores) da OMS/CIIC.⁵ Para os tumores e displasias do colo do útero, a quarta edição da *WHO classification of tumours of female reproductive organs* (Classificação da OMS de tumores dos órgãos reprodutivos femininos) foi publicada no final de março de 2014.⁶

A conduta clínica para tratamento e o prognóstico dependem da histopatologia e do grau de disseminação, ou estágio, do câncer. A **classificação TNM de tumores malignos da União Internacional para Controle do Câncer (UICC)** é um sistema com base na descrição da disseminação e do tamanho do câncer. Documenta tamanho do tumor (T), linfonodos afetados (N) e metástases distantes (M). Os estádios TNM são baseados na descrição clínica ou na classificação patológica (pTNM).⁷ O sistema de classificação TNM é compatível com a classificação clínica da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO)⁸ (ver Capítulo 6, Seção 6.3).

3 Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd>; em português: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

4 Disponível em: <http://codes.pubcan.org/>; em português: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42344/5/9241545348_por.pdf

5 Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/list/bb/index.php>

6 Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington S, Young RH, editors. *WHO classification of tumors of female reproductive organs*, volume 6 (4th edition). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014

7 Disponível em: <http://www.uicc.org/resources/tnm>

8 Disponível em: <http://www.figo.org/publications/annual>

Anexo 5. O sistema Bethesda⁹ de 2001

Adequação da amostra

- Satisfatória para avaliação (descrever presença ou ausência de componentes endocervicais e da zona de transformação).
- Insatisfatória para avaliação (especificar a razão).
- Amostra rejeitada ou não processada (especificar a razão).
- Amostra processada e examinada, mas insatisfatória para avaliação de anormalidade epitelial (especificar a razão).

Classificação geral (opcional)

1. Negativa para lesão intraepitelial ou neoplasia maligna.
2. Anormalidade de células epiteliais.
3. Outra

Interpretação e resultado

1. Negativo para lesão intraepitelial ou neoplasia maligna.

Microrganismos:

- *Trichomonas vaginalis*;
- fungos morfológicamente compatíveis com espécies de *Candida*;
- modificação da flora sugestiva de vaginose bacteriana;
- bactérias morfológicamente compatíveis com espécies de *Actinomyces*;
- alterações celulares compatíveis com o herpes-vírus simples.

Outros achados não neoplásicos (descrição opcional, lista não exaustiva):

- alterações celulares reativas associadas à inflamação (inclui o reparo típico);
- radiação;
- dispositivo intrauterino contraceptivo;
- estado das células glandulares pós-histerectomia;
- atrofia.

9 Essa classificação pode ser usada no laudo dos esfregaços de Papanicolaou. Fonte: Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al.; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002;287(16):2114-9.

A5

Anexo 5. O sistema Bethesda de 2001

2. Anormalidades das células epiteliais.

Células escamosas:

- célula escamosa atípica (ASC);
- de significado indeterminado (ASCUS);
- não é possível excluir lesão de grau alto (ASC-H);
- lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL);
- lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);
- carcinoma de células escamosas.

Células glandulares:

- células glandulares atípicas (AGC) (especificar endocervicais, endometriais ou não especificadas);
- células glandulares atípicas, a favor de neoplasia (especificar endocervicais ou não especificadas);
- adenocarcinoma endocervical in situ (AIS);
- adenocarcinoma.

3. Outras (lista não exaustiva).

- Células endometriais em mulheres de 40 anos ou mais.

Anexo 6. Modelos de formulários para vacinação contra o HPV

Modelo de formulário 6.1: Cartão pessoal de vacinação contra o HPV para meninas

O cartão de vacinação deve ser guardado pela menina, pois outras vacinações podem ser acrescentadas.

O cabeçalho do cartão pode conter os seguintes campos:

- Nome da menina
- Data de nascimento
- Número de identificação único
- Dados para contato
- Local da vacinação: distrito e estabelecimento de saúde ou escola (ou outro local externo)

Vacina (nome comercial)	Data de administração da dose (DD/MM/AAAA)	Data de retorno para a próxima dose (DD/MM/AAAA)	Observações (por exemplo, efeitos colaterais, reações alérgicas ou outras anotações)
HPV1			
HPV2			
HPV3 (se necessário)			
Outras vacinas			

O cartão também pode conter mensagens apropriadas sobre a vacinação contra o HPV (por exemplo, número de doses necessárias) e mensagens apropriadas de educação em saúde adaptadas à faixa etária sobre outras intervenções preventivas em saúde, como:

Prevenção primária:

- Educação em saúde sexual
- Aconselhamento sobre contracepção e serviços relacionados, inclusive preservativos
- Prevenção do tabagismo e apoio para o abandono
- Atividade física
- Nutrição

Prevenção secundária:

- Rastreamento do câncer do colo do útero em etapas posteriores da vida.

Modelo de formulário 6.2: Formulários de monitoramento da cobertura vacinal contra o HPV para profissionais que trabalham no serviço de vacinação.¹⁰

1. Livro de registro do profissional do serviço de vacinação contra o HPV

Instruções:

- Use um livro de registro por local de prestação de serviço (Tabela 1).
- Registre cada menina anotando nome, endereço, data de nascimento, data da administração de HPV1 ou HPV2 ¹¹ e idade de administração de cada dose (anotar a idade informada pela menina ou pela mãe). ¹²
- Quando uma menina volta para administração de HPV2, deve-se usar o cartão pessoal de vacinação para localizar seu registro no livro e comprovar a necessidade de HPV2.

Tabela 1: Livro de registro do profissional do serviço de vacinação contra o HPV

Distrito: _____							
Município/povoado: _____							
Local de prestação do serviço: _____							
Nome	Endereço	Data de nascimento (DD/MM/AAAA)	HPV1		HPV2		Observações
			Data de administração (DD/MM/AAAA)	Idade da menina (anos)	Data de administração (DD/MM/AAAA)	Idade da menina (anos)	

2. Planilha de controle para registrar o número de doses de vacina contra o HPV administradas em um único dia de vacinação

Instruções: anote o número de doses de vacina contra o HPV administradas, por número de dose (ou seja, HPV1, HPV2 e HPV3) e por idade:

¹⁰ Fonte: WHO HPV vaccination coverage monitoring guide and tool (Disponível em: (<http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>))

¹¹ HPV1 e HPV2: os números indicam a primeira e a segunda doses administradas na série de vacinação contra o HPV.

¹² O livro de registro deve incluir a data de nascimento e a idade ao administrar cada dose. Se a data de nascimento e a idade da menina forem desconhecidas, o profissional deve fazer uma estimativa da idade; caso contrário, esses dados serão perdidos ao calcular a cobertura da vacinação.

- Preencha uma planilha de controle por dia de vacinação.
- Ao registrar cada menina, corte um zero na planilha de controle no lugar correspondente ao número da dose de vacina contra o HPV administrada e a idade.
- Ao final de cada dia de vacinação, calcule os subtotais de doses administradas, por número de dose e por idade:
 - Conte e registre o número de zeros cortados em cada número de dose de vacina por categoria de idade.
 - Quando o subtotal for 0, não deixe em branco, registre claramente com 0, ou seja, um zero cortado.

A6

Anexo 6. Modelos de formulários para vacinação contra o HPV

Tabela 2: Planilha de controle para registrar o número de doses de vacina contra o HPV administradas em um único dia de vacinação

Data de vacinação (DD/MM/AAAA): _/_/____		Distrito: _____ Município/povoado: _____ Local de prestação do serviço: _____			
Idade (anos)	Número de doses de HPV1 administradas		Número de doses de HPV2 administradas		<i>COLUNA DE CONTROLE OPCIONAL (somar as linhas)</i>
9	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	9aHPV1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	9aHPV2=	=
10	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	10aHPV1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	10aHPV2=	=
11	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	11aHPV1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	11aHPV2=	=
12	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	12aHPV1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	12aHPV2=	=
13	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	13aHPV1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	13aHPV2=	=
14	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	14aHPV1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	14aHPV2=	=
≥ 15	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	15aHPV1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	15aHPV2=	=
Desconhecido	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	DescHPV1=	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000	DescHPV2=	=
<i>LINHA OPCIONAL DE CONTROLE (somar as colunas)</i>	0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000		0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000		<i>Total geral =</i>

Modelo de formulário 6.3: Relatório de cobertura nacional da vacinação contra o HPV para o formulário de notificação conjunta¹³ da OMS-UNICEF

Instruções da tabela: informar o número de vacinações contra o HPV administradas às meninas por idade na ocasião da administração de cada dose recomendada de vacina contra o HPV. Caso a idade seja desconhecida, mas possa ser estimada, informe a idade estimada. Por exemplo, se a vacinação for oferecida exclusivamente a meninas na 6ª classe/ano/série escolar, quando a maioria das meninas tem 11 anos de idade, as vacinações por dose podem ser informadas como vacinações para meninas de 11 anos.

Doses de vacina contra o HPV administradas:

Mulheres			
Vacina administrada (idade em anos)	1ª dose	2ª dose	3ª dose
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15+			
idade desconhecida			

¹³ Mais informações e recursos estão disponíveis na página da OMS, Immunization surveillance, assessment and monitoring (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/).

Modelo de formulário 6.4: Notificação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV)

Este formulário deve ser preenchido pelo profissional de saúde e entregue ao gestor do programa de vacinação ou à autoridade sanitária local apropriada (ou outro procedimento, de acordo com o sistema de notificação vigente no país).

Detalhes demográficos

Sobrenome:			Primeiro nome:		Número de identificação:		
Endereço:				Data de nascimento: (DD/MM/AA) ____/____/____ ou idade: ____ anos ____ meses			
Região:		Distrito:		Sexo: ____ Masculino ____ Feminino			
Estabelecimento de saúde (ou centro de vacinação):				Notificador (profissional de saúde):			
Vacina administrada *	Via	Local de injeção	Número de lote da vacina	Número de lote do diluente	Fabricante**	Data de validade da vacina	Data de validade do diluente

* Se for uma vacinação de rotina, informe o nome e o número da dose, por exemplo, sarampo-1, DTP-2, VOP-2.

** Incluir informações sobre o diluente quando for o caso.

Descrição de EAPVs

Data da vacinação	Data de início do EAPV	Intervalo até o início	Data da notificação
Marque os campos e descreva os eventos:			
<input type="checkbox"/> Reação local grave: > 3 dias ____ além da articulação mais próxima ____ hospitalizado ____ <input type="checkbox"/> Abscesso: estéril ____ bacteriano ____ <input type="checkbox"/> Sepses <input type="checkbox"/> Síndrome do choque tóxico		<input type="checkbox"/> Reação anafilática <input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Crise convulsivas, inclusive febris <input type="checkbox"/> Encefalopatia <input type="checkbox"/> Trombocitopenia	
<input type="checkbox"/> Outro EAPV (descrever). Use folha adicional se necessário.			
Outcome:			
<input type="checkbox"/> Recuperação completa <input type="checkbox"/> Recuperação parcial <input type="checkbox"/> Desconhecido			
<input type="checkbox"/> Hospitalização:		Data da admissão (DD/MM/AA) ____/____/____ Data da alta (DD/MM/AA) ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Morte:		Data da morte (DD/MM/AA) ____/____/____	
Past medical history (including history of similar reaction or other allergies) and any other relevant information (e.g. other cases). Use additional sheet if needed.			

Preenchimento pelo escritório da província ou do distrito

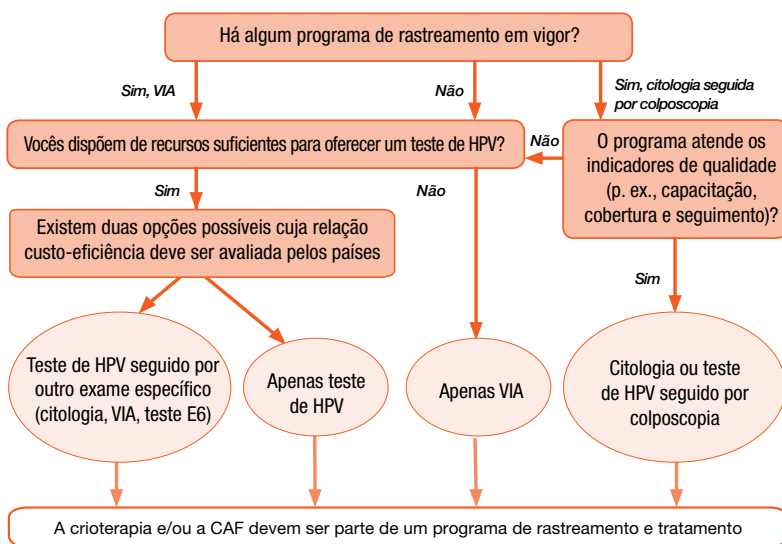
Date de recebimento da notificação: (DD/MM/AA) ____/____/____	Verificado por:
É necessário investigar? ____ Sim ____ Não	Em caso afirmativo, data de início da investigação: (DD/MM/AA) ____/____/____
Investigador:	Identificação da investigação do EAPV:
Avaliação de causalidade:	Certeza:

A6

Anexo 6. Modelos de formulários para vacinação contra o HPV

Anexo 7. Fluxograma de tomada de decisão sobre estratégias de rastreamento e tratamento

Este fluxograma ou algoritmo de decisão apresenta uma árvore de decisões para consulta rápida ao escolher uma estratégia de rastreamento e tratamento no âmbito do programa. Os gestores e responsáveis pelas decisões do programa podem começar na parte superior e responder às perguntas para determinar que opção de rastreamento e tratamento é a melhor no contexto onde será implementada. O fluxograma destaca escolhas relacionadas com recursos, que podem incluir custos, pessoal e capacitação. Entretanto, os gestores do programa também terão que considerar outros fatores, como o número de mulheres perdidas ao seguimento com uma estratégia que inclua mais de um exame de rastreamento. Consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013)¹⁴ a orientação mais específica sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia. Os detalhes sobre a sequência de cada estratégia de “rastrear e tratar” (por exemplo, teste de HPV seguido de IVA) são apresentados nos fluxogramas do Anexo 8 (para mulheres HIV-negativas ou com sorologia para HIV desconhecida) e do Anexo 9 (para mulheres HIV-positivas ou com sorologia para HIV desconhecida em áreas com alta endemicidade de infecção por HIV).



Nota: cada balão rosa corresponde a uma estratégia no Anexo 8 (para mulheres HIV-negativas ou com sorologia para HIV desconhecida) ou no Anexo 9 (para mulheres HIV-positivas ou com sorologia para HIV desconhecida em áreas com alta endemicidade de infecção por HIV).

¹⁴ Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Anexo 8. Fluxogramas para estratégias de “rastrear e tratar” (sorologia para HIV negativa ou desconhecida)

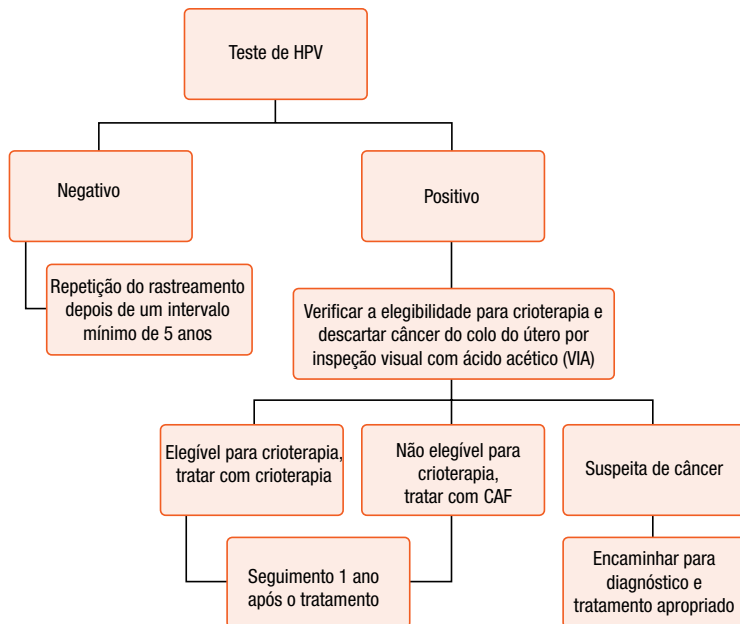
Os fluxogramas a seguir descrevem as etapas de cada uma das estratégias de “rastrear e tratar” disponíveis, mas não indicam qual é a estratégia preferida. Consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013)¹⁵ a orientação sobre estratégias recomendadas; veja também o fluxograma de decisão no Anexo 7. Para ler as informações detalhadas sobre os fatores específicos que o painel da diretriz levou em conta ao fazer as recomendações, consulte as tabelas de evidências para recomendações relativas a cada recomendação apresentada nesse guia (Material Suplementar, seções A e B).



Fluxograma de decisão

Rastreamento com teste de HPV e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)

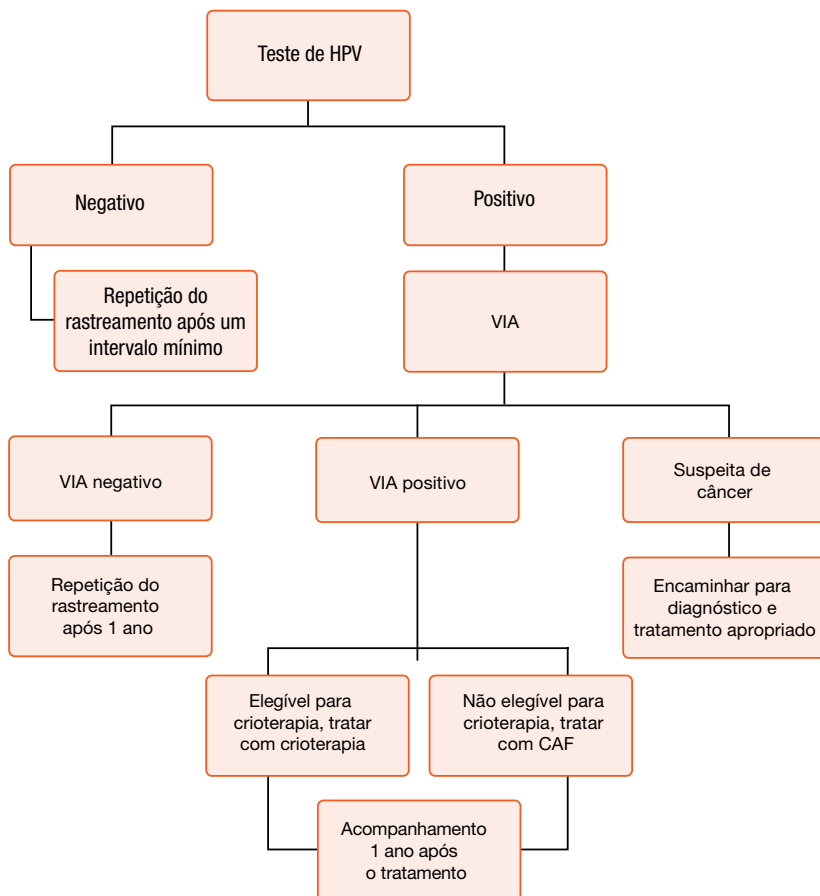
Quando um teste de HPV é positivo, a paciente é tratada. Nessa estratégia, usa-se a inspeção visual com ácido acético (VIA) para verificar a elegibilidade para crioterapia.



¹⁵ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Rastreamento com teste de HPV seguido por VIA e tratamento com crioterapia ou CAF quando não elegível para crioterapia

Quando um teste de HPV é positivo, o VIA é realizado como segundo exame de rastreamento para determinar se o tratamento deve ser oferecido ou não. O tratamento só é oferecido se TANTO o teste de HPV QUANTO o VIA forem positivos.



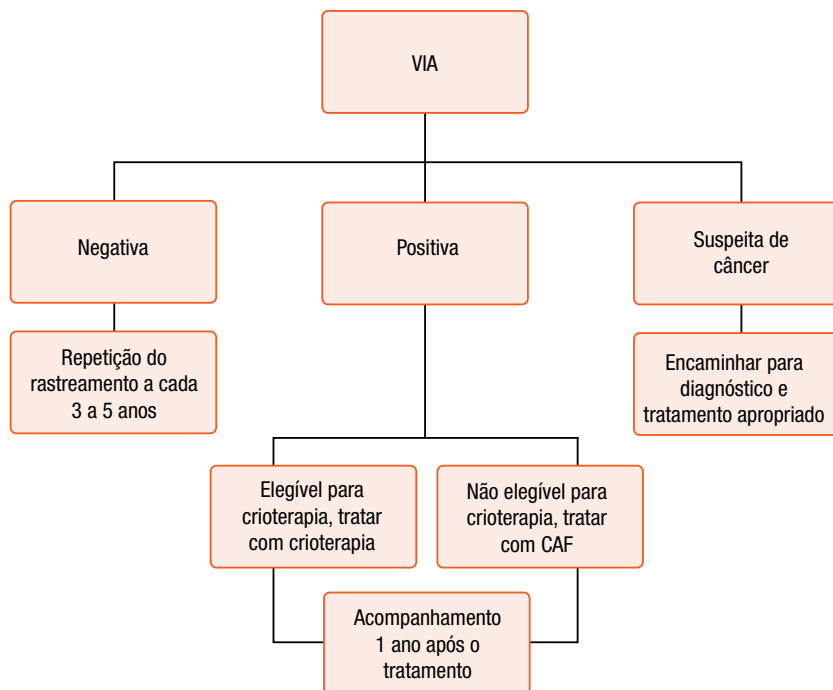
Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.¹⁶

¹⁶ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

A8

Anexo 8. Fluxogramas para estratégias de “rastrear e tratar” (sorologia para HIV negativa ou desconhecida)

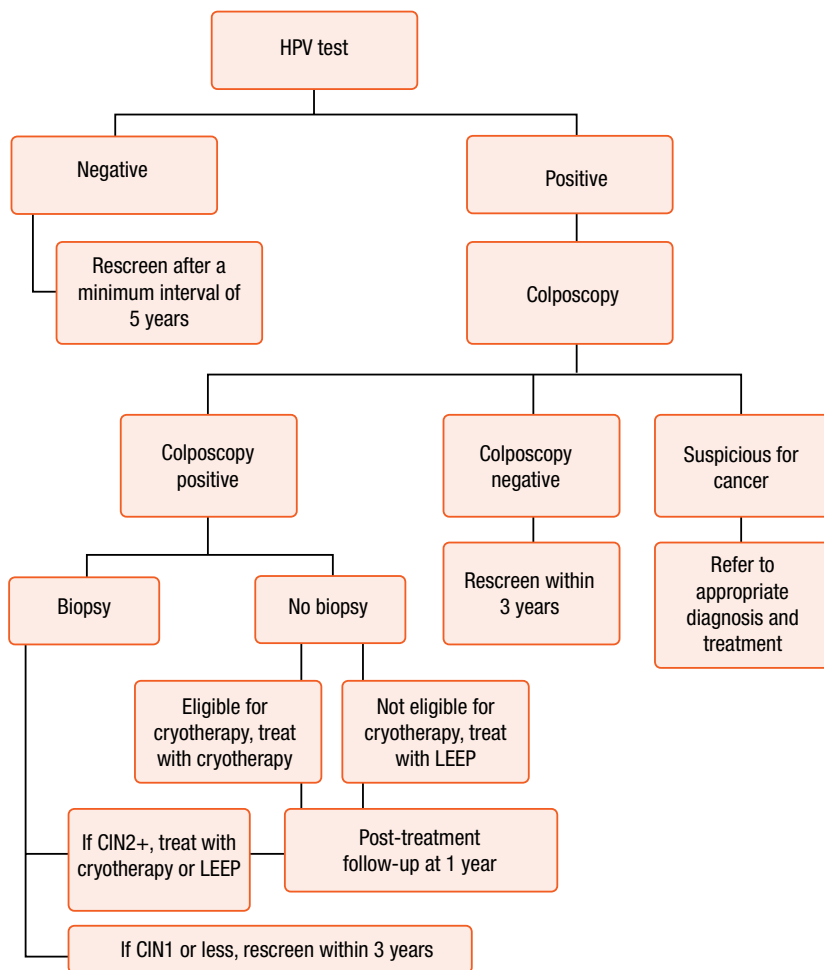
Rastreamento com VIA e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)



Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.¹⁷

¹⁷ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Rastreamento com teste de HPV seguido por colposcopia (com ou sem biópsia)¹⁸ e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)

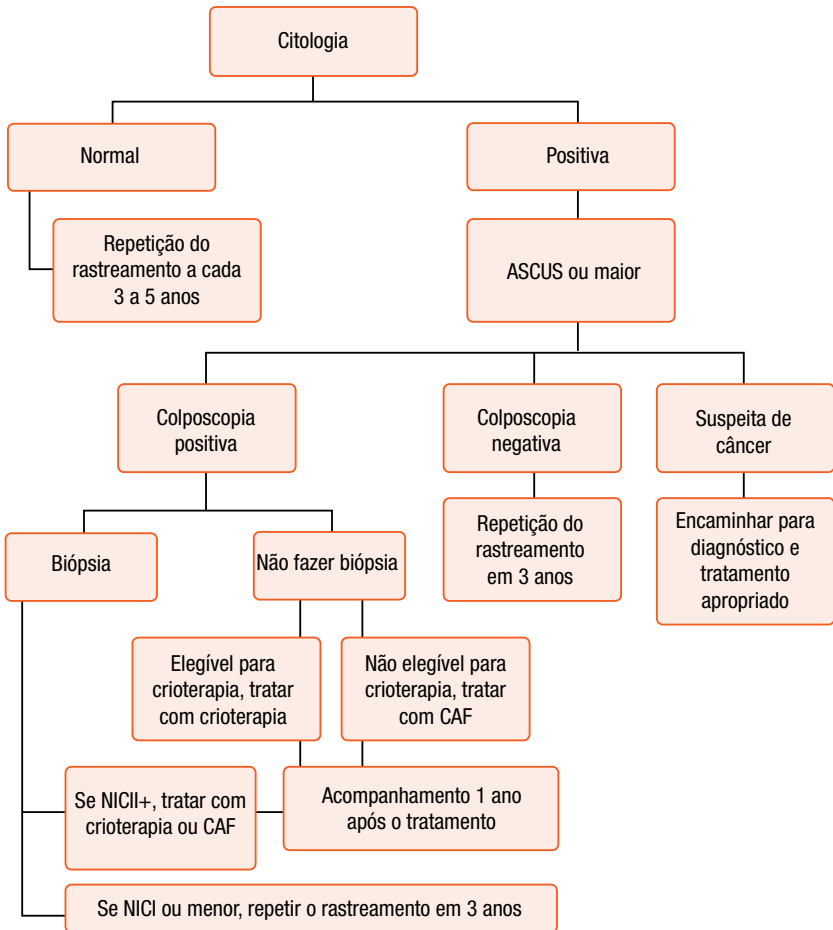


Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.¹⁹

¹⁸ As mulheres com impressão colposcópica positiva podem ser submetidas a biópsia para confirmação histológica ou a tratamento imediato.

¹⁹ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Rastreamento com citologia seguida por colposcopia (com ou sem biópsia)²⁰ e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)



Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.²¹

²⁰ As mulheres com impressão colposcópica positiva podem ser submetidas a biópsia para confirmação histológica ou a tratamento imediato.

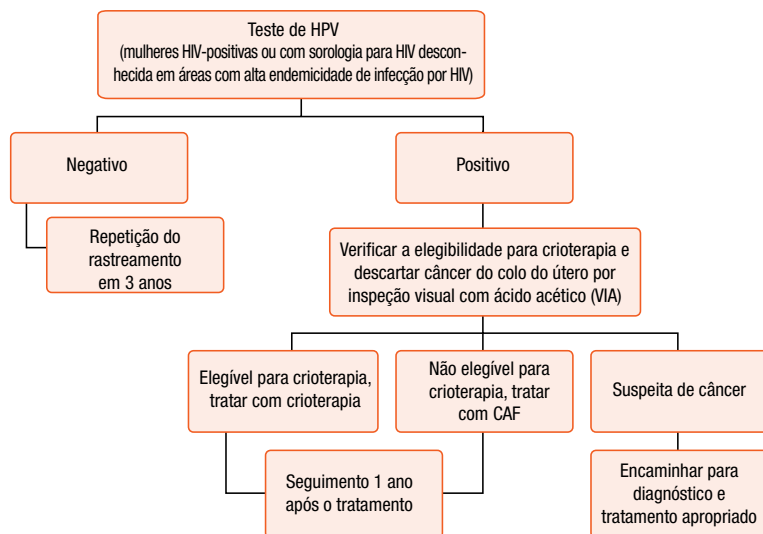
²¹ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Anexo 9. Fluxogramas para as estratégias de “rastrear e tratar” (sorologia para HIV positiva ou sorologia desconhecida em áreas com alta endemicidade de infecção por HIV)

Os fluxogramas a seguir descrevem as etapas de cada uma das estratégias de “rastrear e tratar” disponíveis, mas não indicam qual é a estratégia preferida. Consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013)²² a orientação sobre estratégias recomendadas; veja também o fluxograma de decisão no Anexo 7. Para ler as informações detalhadas sobre os fatores específicos que o painel da diretriz levou em conta ao fazer as recomendações, consulte as tabelas de evidências para recomendações relativas a cada recomendação apresentada nesse guia (Material Suplementar, seções A e B).

Rastreamento com teste de HPV e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)

Quando um teste de HPV é positivo, a paciente é tratada. Nessa estratégia, usa-se a inspeção visual com ácido acético (VIA) para verificar a **elegibilidade** para crioterapia.

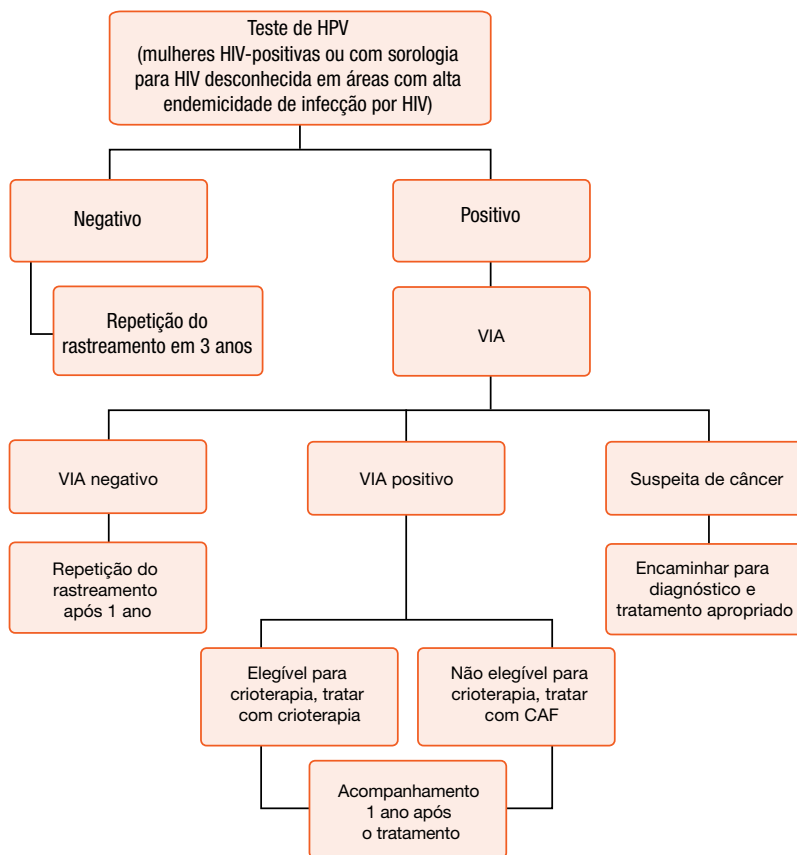


Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.

²² As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Rastreamento com teste de HPV seguido por VIA e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)

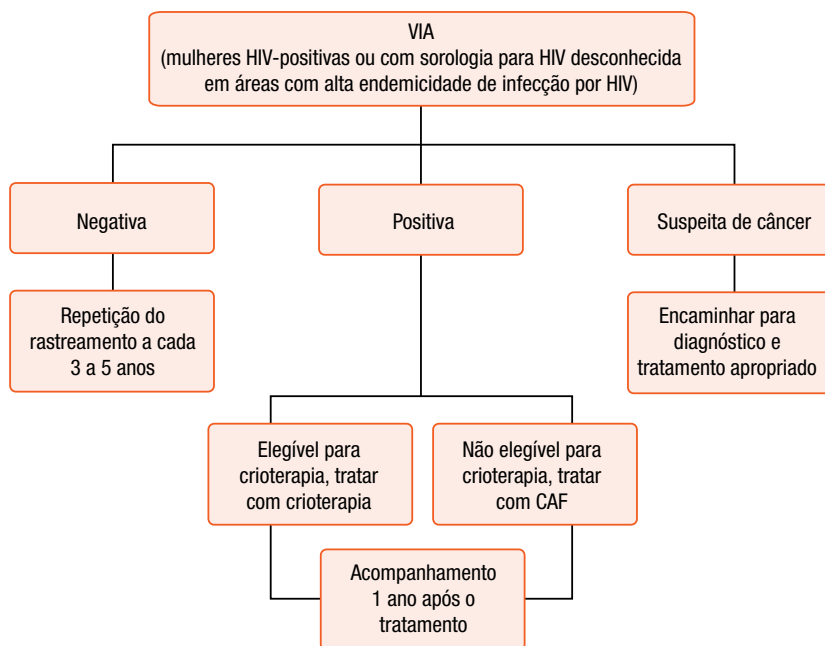
Quando um teste de HPV é positivo, o VIA é realizado como segundo exame de rastreamento para determinar se o tratamento deve ser oferecido ou não. O tratamento só é oferecido se TANTO o teste de HPV QUANTO o VIA forem positivos.



Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.²³

²³ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Rastreamento com VIA e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)



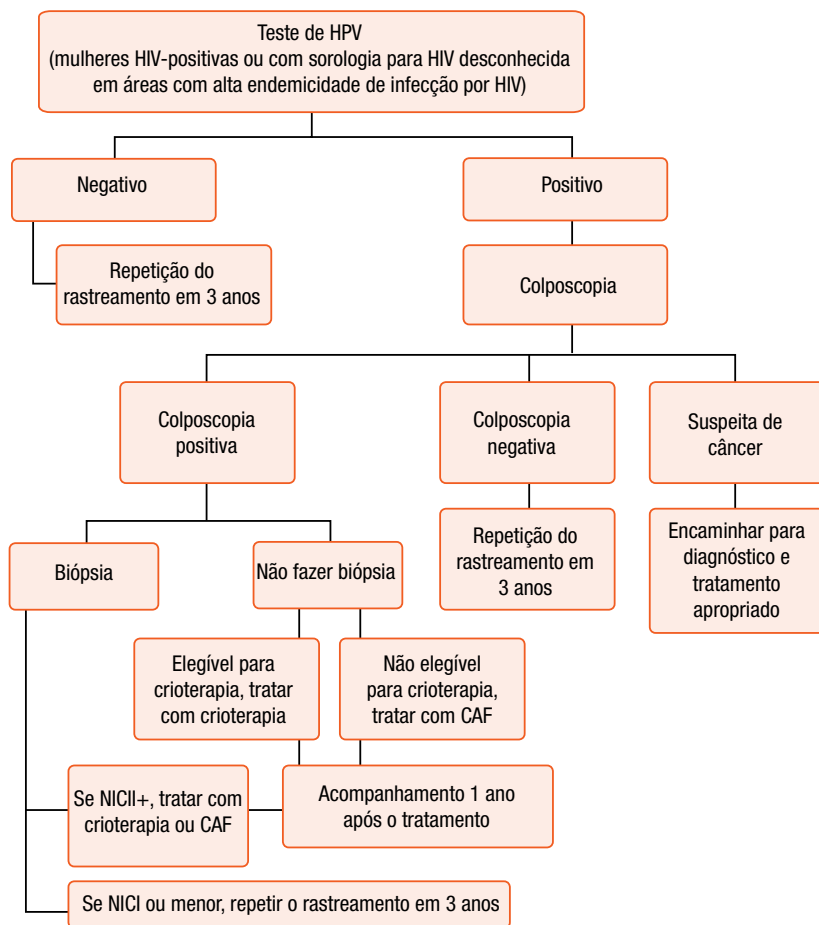
Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.²⁴

²⁴ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

A9

Anexo 9. Fluxogramas para as estratégias de “rastrear e tratar” (sorologia para HIV positiva ou sorologia desconhecida em áreas com alta endemicidade de infecção por HIV)

Rastreamento com teste de HPV seguido por colposcopia (com ou sem biópsia)²⁵ e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)

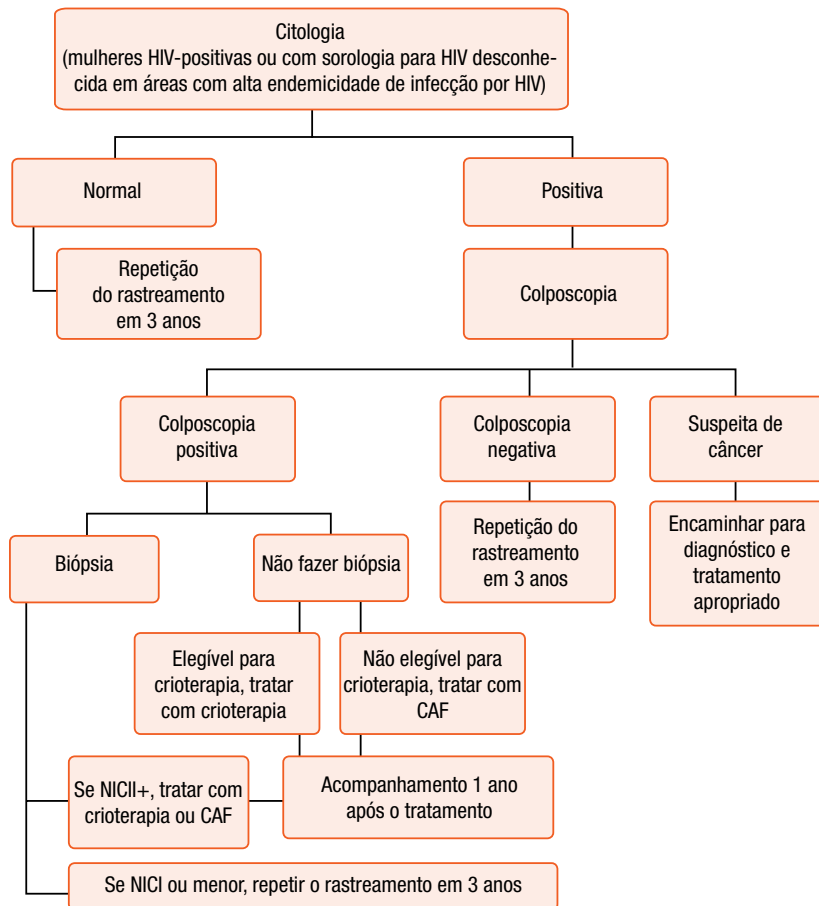


Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.²⁶

²⁵ As mulheres com impressão colposcópica positiva podem ser submetidas a biópsia para confirmação histológica ou a tratamento imediato.

²⁶ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Rastreamento com citologia seguida por colposcopia (com ou sem biópsia)²⁷ e tratamento com crioterapia ou CAF (quando não elegível para crioterapia)



Nota: consulte nas recomendações de “rastrear e tratar” apresentadas no Capítulo 3 das diretrizes da OMS para rastreamento e tratamento de lesões precursoras para a prevenção do câncer do colo do útero [WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention] (2013) a orientação sobre as estratégias recomendadas e informações sobre os fatores específicos a considerar ao escolher uma estratégia.²⁸

²⁷ As mulheres com impressão colposcópica positiva podem ser submetidas a biópsia para confirmação histológica ou a tratamento imediato.

²⁸ As diretrizes e o material suplementar estão disponíveis em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Anexo 10. Tratamento do câncer do colo do útero segundo o estágio FIGO

Considerações gerais para o tratamento do câncer do colo do útero por estágio:

Por estágio FIGO	Características das pacientes	Opções a considerar	Comentários ou possíveis complicações
Nota: o estadiamento FIGO é baseado no exame clínico.	As lesões visíveis exigem biópsia para confirmar o diagnóstico. Podem ser considerados exames de sangue, inclusive hemograma completo, provas de função renal e hepática e sorologia para HIV ou sífilis.	Para o estadiamento pode-se usar palpação, inspeção, colposcopia, curetagem endocervical, histeroscopia, cistoscopia, proctoscopia, urografia excretora e radiografia pulmonar e óssea.	Podem ser usados TC, RM ou PET.
IA1/IA2: o câncer está rigorosamente limitado ao colo do útero. A1: profundidade ≤ 3 mm; largura < 7 mm A2: profundidade > 3 mm, mas ≤ 5 mm; largura < 7 mm	Não se observa lesão macroscópica: A1: deseja manter a fertilidade A1: a fertilidade não é importante A2: deseja manter a fertilidade A2: a fertilidade não é importante	Biópsia cônica cervical para verificar a profundidade e a largura A1: cone com margens negativas e seguimento rigoroso Histerectomia depois da maternidade A1: histerectomia A2: cone grande com margens negativas ou traquelectomia radical com avaliação de linfonodos A2: histerectomia radical modificada e dissecação de linfonodos	As biópsias cônicas e a traquelectomia radical podem aumentar o risco de prematuridade se a fertilidade for desejada. Quando a maternidade estiver completa, considera-se a histerectomia ou histerectomia radical modificada como tratamento final.
IB: o câncer está clinicamente limitado ao colo do útero, ou lesão pré-clínica maior que A2. IB1: ≤ 4 cm IB2: > 4 cm	No caso de tumores < 2 cm com invasão cervical $< 50\%$, pode-se considerar a cirurgia menos radical (histerectomia radical modificada), após consulta a especialistas.	Radioterapia com quimioterapia Histerectomia radical e dissecação de linfonodos pélvicos	A taxa de fístula ureteral é pequena e semelhante entre as duas modalidades de terapia. A radiação causa insuficiência ovariana em mulheres na pré-menopausa.

continua na página seguinte

A10

Anexo 10. Tratamento do câncer do colo do útero segundo o estágio FIGO

Por estágio FIGO	Características das pacientes	Opções a considerar	Comentários ou possíveis complicações
<p>II: o câncer se estende além do útero, mas não até a parede pélvica nem até o terço inferior da vagina.</p> <p>IIA: dois terços superiores da vagina, sem acometimento do paramétrio</p> <p>IIB: acometimento do paramétrio</p>	Os cânceres IIA com extensão limitada para a parte superior da vagina podem ser candidatos a histerectomia radical e dissecação de linfonodos pélvicos, após consulta a especialistas.	A radioterapia com quimioterapia concomitante é a modalidade primária de tratamento.	Efeitos colaterais a curto e a longo prazo da radiação na bexiga e no intestino.
<p>III: o câncer se estende até a parede lateral ou o terço inferior da vagina.</p> <p>IIIA: terço inferior da vagina</p> <p>IIIB: parede lateral</p>	Todas as pacientes com hidronefrose ou inatividade renal estão no estágio III a menos que se saiba que a causa é outra.	A radioterapia com quimioterapia é a modalidade primária de tratamento.	
<p>IV: o câncer se estende além da pelve ou acomete a mucosa da bexiga ou do reto.</p> <p>IVA: disseminação para órgãos pélvicos adjacentes</p> <p>IVB: disseminação à distância</p>	Essas pacientes demandam tratamento altamente individualizado de acordo com a disseminação exata da doença.	Pode-se considerar a radioterapia e/ou a quimioterapia, de acordo com o padrão individual da doença.	As pacientes com IVB (doença amplamente metastática) podem ser beneficiadas por cuidados paliativos concomitantes ou exclusivos.
Recidiva após tratamento cirúrgico primário	Determinada após consulta a especialistas	Se localizada, pode-se usar radioterapia ou quimiorradioterapia.	
Recidiva após radioterapia primária	Determinada após consulta a especialistas	Se localizada, pode-se usar cirurgia/exenteração.	

Fontes: Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles and practice of gynecologic oncology, 6th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer do colo do útero. Int J Gynaecol Obstet. 2012;119 (Suppl 2):S100–9. doi:10.1016/S0020-7292(12)60023-X.

Anexo 11. Modelos de documentos²⁹

A11

Anexo 11. Modelos de documentos

Modelo de formulário 11.1: Modelo de carta para paciente com resultado anormal para o exame de rastreamento, e que não procurou o resultado ou o tratamento no tempo esperado

Data: _____

Prezada _____ [nome da paciente]

Estamos escrevendo para lembrar que esperamos você no _____ [centro de saúde/hospital] para conversar sobre os resultados do exame de rastreamento [OU para fazer o tratamento depois do resultado positivo do exame de rastreamento] realizado em _____ [data do exame de rastreamento]. Esperávamos que viesse na semana passada e, como você não veio, estamos enviando este lembrete.

Seu exame de rastreamento mostrou algumas alterações anormais no colo (entrada do útero) e é necessária outra consulta para _____ [diagnóstico/tratamento]. *(Se a anormalidade encontrada no exame de Papanicolaou não for câncer invasivo, pode-se acrescentar: As alterações não são indicativas de câncer, mas, se não forem tratadas, podem se converter em câncer no futuro.)*

Solicitamos que venha o quanto antes dentro das próximas duas semanas para que possamos dar-lhe todas as informações, esclarecer suas dúvidas e planejar com você as próximas consultas.

Em caso de dúvida, entre em contato em _____.

Atenciosamente,

_____ [profissional]

²⁹ Fonte: Adaptado de Cervical Health Implementation Project (CHIP), University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth. Implementing cervical screening in South Africa, volume I: a guide for programme managers. África do Sul: CHIP, National Department of Health; 2004 (https://www.westerncape.gov.za/text/2006/1/chp_manual_vol_1.pdf).

Modelo de formulário 11.2: Modelo de cartão que pode ser usado como parte de um sistema para localizar pacientes que necessitam de um novo exame de rastreamento

A11

Anexo 11. Modelos de documentos

Rastreamento cervical

Cartão de acompanhamento: para lembrar a paciente do exame de rastreamento

Nome: _____

Número de registro da paciente: _____

Data de nascimento: _____

Endereço residencial: _____

Endereço do trabalho: _____

Telefone: _____

Data do primeiro exame de rastreamento: _____

Resultado do exame de rastreamento: _____

Data em que a cliente deve retornar: _____

Seguimento:

Data da repetição do exame de rastreamento: _____

Medidas tomadas se ela não voltou: Lembrete enviado (data): _____

Outra medida: _____

Observações:

Modelo de formulário 11.3: Modelo de cartão que pode ser usado como parte de um sistema para localizar pacientes encaminhadas para avaliação diagnóstica complementar

Rastreamento cervical

Cartão de acompanhamento: referência da paciente

Nome: _____

Número de registro da paciente: _____

Data de nascimento: _____

Endereço residencial: _____

Endereço do trabalho: _____

Telefone: _____

Data do exame de rastreamento realizado: _____

Resultado do exame de rastreamento: _____

Consulta de referência em: _____ [nome do local de referência]

Data da consulta de referência: _____

Registro de acompanhamento:

Data em que a paciente informou sobre a consulta de referência: _____

Resultado da referência: _____

Modelo de formulário 11.4: Modelo de carta para informar à clínica de origem o resultado da avaliação diagnóstica de uma paciente

Para: _____ [nome da clínica de origem]

Nome da paciente: _____

Número de registro da paciente: _____

De: _____ [nome da clínica de referência]

A paciente foi avaliada em nosso estabelecimento em (data): _____

Os exames diagnósticos _____ foram realizados em (data): _____

Diagnóstico final: _____

Manejo: _____

Seguimento recomendado: _____

Obrigado pela referência. Entre em contato conosco caso necessite de mais informações.

Atenciosamente,

Nome	Assinatura	Data
_____	_____	_____

Anexo 12. Tratamento das infecções do colo do útero e doença inflamatória pélvica (DPI)³⁰

Tratamento de infecções cervicais

No caso de uma infecção cervical, a mulher e o parceiro devem ser tratados e aconselhados a usar preservativo.

Tratamento de gonorreia sem complicações e de clamídia		
Cobertura	Primeira opção Escolha 1 de cada quadro abaixo (= 2 medicamentos)	Situação especial: gravidez, amamentação ou idade abaixo de 16 anos Escolha 1 de cada quadro abaixo (= 2 medicamentos)
Gonorreia*	ceftriaxona* 250 mg por injeção intramuscular em dose única cefixima 400 mg por via oral em dose única	cefixima 400 mg por via oral em dose única ceftriaxona 250 mg por injeção intramuscular em dose única
Chlamydia	azitromicina 1 g por via oral em dose única doxiciclina^a 100 mg por via oral duas vezes ao dia durante 7 dias	eritromicina^b 500 por via oral 4 vezes ao dia durante 7 dias azitromicina 1 g por via oral em dose única amoxicilina 500 mg por via oral 3 vezes ao dia durante 7 dias

* As informações na tabela refletem as recomendações da OMS para o tratamento de infecções cervicais em 2011. Essas recomendações estão sendo atualizadas por causa do alto nível de resistência da *Neisseria gonorrhoeae* às quinolonas e do recente surgimento de diminuição da sensibilidade à cefixima e à ceftriaxona (cefalosporinas de espectro estendido). Os países devem ser orientados a considerar os padrões de resistência da *N. gonorrhoeae* aos antimicrobianos e a seguir as diretrizes nacionais.

- a. A doxiciclina, a tetraciclina, o ciprofloxacino, o norfloxacino e o ofloxacino devem ser evitados na gravidez e na lactação.
- b. O estolato de eritromicina é contraindicado na gravidez por causa da hepatotoxicidade relacionada com o medicamento; deve-se usar apenas eritromicina base ou etilsuccinato de eritromicina.

³⁰ *Fonte:* Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. Nova Délhi: Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para o Sudeste Asiático; 2011 (<http://www.searo.who.int/entify/hiv/documents/9789290224105/en/>).

Tratamento ambulatorial da DIP

No caso de DPI, o parceiro deve receber tratamento para gonorreia e clamídia, e o casal deve receber aconselhamento sobre o uso de preservativo.

Tratamento em dose única para gonorreia MAIS tratamento em doses múltiplas para clamídia MAIS tratamento em doses múltiplas para infecções anaeróbias	
Cobertura	Escolha 1 de cada quadro (= 3 medicamentos)
Gonorreia*	ceftriaxona^a 250 mg por injeção intramuscular em dose única cefotina^a 2 g por injeção intramuscular em dose única
Chlamydia	doxiciclina^b 100 mg por via oral duas vezes ao dia durante 14 dias eritromicina^c 500 mg por via oral 4 vezes ao dia durante 14 dias
Anaeróbios	metronidazol^d 400 a 500 mg por via oral duas vezes ao dia durante 14 dia

* As informações na tabela refletem as recomendações da OMS para o tratamento de infecções cervicais em 2011. Essas recomendações estão sendo atualizadas por causa de um alto nível de resistência da *Neisseria gonorrhoeae* às quinolonas e ao recente surgimento de uma diminuição da sensibilidade à cefixima e à ceftriaxona (cefalosporinas de espectro estendido). Os países devem ser orientados a considerar os padrões de resistência da *N. gonorrhoeae* aos antimicrobianos e a seguir as diretrizes nacionais.

a. Pode-se considerar o aumento da dose com base no padrão de resistência da *N. gonorrhoeae* no país (verificar as diretrizes nacionais).

b. A doxiciclina é contraindicada para as mulheres grávidas ou lactantes. A DIP é incomum na gravidez.

c. O estolato de eritromicina é contraindicado na gravidez por causa da hepatotoxicidade relacionada com o medicamento; deve-se usar apenas eritromicina base ou etilsuccinato de eritromicina.

d. As pacientes tratadas com metronidazol devem ser aconselhadas a evitar o consumo de álcool.

Nota: a hospitalização de pacientes com DIP aguda deve ser seriamente considerada quando:

- não é possível descartar uma emergência cirúrgica, como apendicite ou gravidez ectópica;
- há suspeita de abscesso pélvico;
- uma doença grave impede o manejo ambulatorial;
- a paciente está grávida;
- a paciente é adolescente;
- a paciente é incapaz de seguir ou tolerar o tratamento ambulatorial;
- a paciente não respondeu ao tratamento ambulatorial.

Anexo 13. Como preparar a solução de Monsel

A13

Anexo 13. Como preparar a solução de Monsel

O que é a solução de Monsel?

A solução de Monsel é um composto espesso, pegajoso e de ação rápida usado para cobrir as regiões de hemorragia no colo do útero e conter o sangramento. Pode ser útil depois da crioterapia, da biópsia com pinça tipo saca-bocado e da cirurgia de alta frequência (CAF). Por ser um produto cáustico com possibilidade de lesão dos tecidos se mantido por muito tempo, não se deve usar tamponamento vaginal após a aplicação.

Ingredientes	Quantidade
1. Sulfato férrico básico	15 g
2. Sulfato ferroso em pó	alguns grãos
3. Água estéril para mistura	10 ml
4. Amido de glicerol (ver preparo na próxima página)	12 g

Preparo:

Tenha cuidado, pois a reação é exotérmica (libera calor).

1. Acrescente alguns grãos do pó de sulfato ferroso a 10 ml de água estéril em um béquer de vidro. Agite.
2. Dissolva o sulfato férrico básico na solução misturando com um bastão de vidro. A solução deve se tornar límpida.
3. Pese o amido de glicerol (ver instruções de preparo adiante) em um almofariz de vidro. Misture bem.
4. Lentamente acrescente a solução de sulfato férrico ao amido de glicerol, misturando sempre para obter uma mistura homogênea.
5. Coloque em um recipiente de vidro âmbar de 25 ml.

Nota: a maioria dos ambulatórios prefere deixar frouxa a tampa do frasco para que a mistura evapore até adquirir consistência pastosa e pegajosa semelhante à de mostarda. Esse processo pode levar 2 a 3 semanas, segundo as condições ambientais. Então, a tampa do frasco pode ser bem fechada para armazenamento. Caso necessário, pode-se acrescentar água estéril à pasta para torná-la mais fluida.

<p>Rótulo: solução de Monsel Armazenar em lugar fresco. Somente para uso externo. Validade: [dia/mês/ano] (um ano após a data de preparo)</p>

Como preparar o amido de glicerol

Ingredientes	Quantidade
1. Amido	30 g
2. Água estéril para mistura	30 ml
3. Glicerina	390 g

Preparo:

1. Em um crisol de porcelana, dissolva o amido em água estéril.
2. Acrescente a glicerina. Agite bem.
3. Aqueça o crisol e seu conteúdo sobre um bico de Bunsen. Misture sempre com uma espátula até que a massa adquira uma consistência espessa e expandida.

Rótulo: Amido de glicerol
Armazenar em lugar fresco.
Somente para uso externo.
Validade: [dia/mês/ano] (um ano após a data de preparo)

Nota: não superaqueça, caso contrário a mistura torna-se amarela.

Anexo 14. Laudo histopatológico do carcinoma do colo do útero

A14

Anexo 14. Laudo histopatológico do carcinoma do colo do útero

Histerectomia radical por carcinoma do colo do útero

1. Processamento da amostra:

- Pinte as superfícies anterior e posterior do colo do útero com marcadores de diferentes cores.
- Meça a cúpula da vagina anterior e posterior antes da dissecação.
- Uma secção horizontal do colo do útero acima da zona de transformação é muito útil para avaliar as margens de excisão. Os blocos devem se estender até a linha de excisão marcada. Lembre-se de registrar os números de cassete dos respectivos lados, etc.
- É necessário fazer cortes parassagitais e coronais da ectocérvice e da cúpula da vagina.
- É necessário enviar os linfonodos ao laboratório.

2. Registre:

- tipo e grau do tumor (diferenciação);
- tamanho do tumor em três dimensões;
- local dominante de ocorrência;
- profundidade de invasão e distância até as linhas de excisão anterior, posterior, esquerda e direita no paramétrio;
- comprimento da cúpula vaginal e se há ou não acometimento do fundo de saco por tumor invasivo ou NIC;
- presença ou ausência de invasão do espaço vascular;
- número de linfonodos examinados de cada lado e número de linfonodos acometidos por metástases.

Modelo de formulário 14.1: Formulário de notificação de histerectomia radical

Resumo:

- Tipo de tumor: _____
- Diferenciação: _____
- Situação dominante: _____

- Tamanho (dimensões máximas): _____ × _____ × _____ mm
- Maior profundidade da invasão: _____ mm Situação: _____
- Distância das linhas de excisão:

Anterior	_____ mm	Posterior	_____ mm
Esquerda	_____ mm	Direita	_____ mm
- Cúpula vaginal: Anterior _____ mm Posterior _____ mm
- Invasão linfática e/ou vascular:

Linfonodos (número positivo para metástases/ número examinado):

Íliaco externo esquerdo	_____	Íliaco externo direito	_____
Íliaco interno esquerdo	_____	Íliaco interno direito	_____
Obturatório esquerdo	_____	Obturatório direito	_____
Outros (especificar) _____			

Glossário

G

Glossário

Nota: as definições apresentadas neste glossário se referem à maneira como as palavras foram usadas neste guia. Nos dicionários as definições podem ser mais gerais e mais amplas.

acetobranca: área do epitélio cervical que se torna branca após a aplicação de ácido acético.

aconselhamento: auxílio ou orientação (geralmente individual) de uma pessoa com conhecimento para facilitar a decisão pessoal; geralmente é privado e confidencial.

adenocarcinoma: câncer com características glandulares; por exemplo, o câncer originado no epitélio colunar do canal cervical.

anexos: tecidos e órgãos situados ao lado do útero; incluem as trompas de Falópio, os ovários e os ligamentos.

atividades de extensão: esforços além dos limites do estabelecimento de saúde para alcançar as populações-alvo com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre questões específicas de saúde e melhorar o acesso aos serviços de saúde.

avaliação: avaliação sistemática e objetiva de pertinência, adequação, progresso, eficiência, efetividade e impacto de uma série de ações com relação aos objetivos e levando em conta os recursos e meios empregados.

biópsia: retirada de pequenas amostras de tecido anormal para exame microscópico com fins diagnósticos.

bivalente: vacina que estimula uma resposta imune contra dois antígenos diferentes; por exemplo, Cervarix é uma vacina bivalente que ajuda proteger o organismo contra a infecção pelos tipos 16 e 18 de HPV, causadores da maioria dos casos de câncer do colo do útero.¹

braquiterapia (radioterapia interna ou por implante): tipo de radioterapia em que o material radiativo lacrado em agulhas, sementes, fios ou cateteres é colocado diretamente dentro de um tumor ou perto dele.²

câncer microinvasivo do colo do útero: câncer limitado estritamente ao colo do útero, sem ultrapassar 5 mm de profundidade e 7 mm de largura; só pode ser diagnosticado por exame microscópico.

carcinoma *in situ* (CIS): estágio pré-invasivo de câncer que acomete toda a espessura da camada de revestimento, ou epitélio, de um órgão (por exemplo, o colo do útero), mas não penetra na membrana basal.

¹ Crédito: adaptado de United States National Cancer Institute (NCI) Dictionary of Cancer Terms (www.cancer.gov/dictionary)

² Crédito: NCI Dictionary of Cancer Terms

- células atípicas:** células observadas em exame de Papanicolaou que sugerem anormalidade, mas não são conclusivas.
- citologia:** avaliação microscópica da estrutura das células; geralmente os resultados anormais são confirmados por biópsia.
- citopatologista/citotécnico/citologista:** pessoas capacitadas a realizar o exame microscópico do esfregaço para verificar se contém ou não células anormais.
- cirurgia de alta frequência (CAF):** retirada de áreas anormais do colo do útero e de toda a zona de transformação com auxílio de uma alça de metal delgada acionada por unidade eletrocirúrgica; a alça corta e coagula ao mesmo tempo e, em seguida, usa-se um eletrodo com ponta esférica para completar a coagulação.
- cobertura:** proporção do público-alvo que procura determinado serviço em um período específico.
- cofator:** fator que contribui para o efeito, ou potencializa o efeito, de um agente causador de alteração; geralmente não tem atividade própria.
- coilocitose:** condição de certas células caracterizadas pela presença de vacúolos ao redor do núcleo celular.
- colposcopia:** exame do colo do útero, da vagina e da vulva com instrumento que emite luz intensa e tem lente de aumento, o que permite examinar padrões específicos na camada epitelial (superfície) e nos vasos sanguíneos adjacentes.
- condilomas (ou verrugas anogenitais):** estruturas semelhante a verrugas causadas por tipos de HPV de baixo risco; também observados na sífilis crônica.
- confiabilidade ou reprodutibilidade:** grau de repetição dos resultados de um tratamento ou exame quando repetido muitas vezes.
- conização a frio (CF):** retirada de uma área cônica do colo do útero, inclusive porções da parte externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo, geralmente realizada em hospital; a quantidade de tecido extraído depende do tamanho da lesão e da probabilidade de encontrar câncer invasivo.
- contagem de CD4:** CD4 (grupamento de diferenciação 4) são glicoproteínas encontradas na superfície de alguns leucócitos (linfócitos T); essa contagem indica o estágio da infecção por HIV ou da AIDS em um paciente.
- crioterapia:** pela aplicação de um disco metálico em temperatura baixíssima (criossonda) sobre o colo do útero e congelamento das áreas anormais (junto com áreas normais) cobertas por ele, a crioterapia elimina áreas pré-cancerosas no colo do útero mediante congelamento (ou seja, é um método ablativo).

- curetagem endocervical (CEC):** algumas células superficiais são raspadas suavemente do canal endocervical com um instrumento delgado especial ou espátula; esse é um procedimento simples que leva poucos minutos.
- custo-efetivo:** qualidade de procedimento ou atividade que produz um efeito benéfico satisfatório sobre uma doença ou condição com relação a seu custo (em dinheiro, equipamento ou tempo).
- displasia:** células que têm aparência anormal ao exame microscópico, mas não são cancerosas.³
- educação em saúde:** troca de informações com a finalidade de conscientizar e promover conhecimento sobre a manutenção da saúde e a prevenção de doenças, inclusive com informações sobre os recursos disponíveis e os benefícios do acesso aos serviços.
- efetividade:** capacidade de um tratamento reduzir uma condição prejudicial em uma população-alvo.
- eficácia:** capacidade de determinado tratamento produzir um efeito desejado.
- eficiência:** efeitos ou resultados alcançados em relação ao esforço dedicado, em termos de dinheiro, recursos e tempo.
- epidemiologia:** estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados com a saúde (inclusive doenças) e aplicação desse estudo ao controle de doenças e outros problemas de saúde.
- epitélio:** revestimento constituído de uma ou mais camadas de células; geralmente protege o órgão que reveste.
- especificidade:** proporção das pessoas que não têm uma condição e são identificadas corretamente por um exame (verdadeiro-negativos).
- estudo-piloto:** projeto experimental que se realiza em uma população limitada; geralmente sua finalidade é fornecer informações sobre desempenho, mas não necessariamente sobre desfechos (que devem ser estudados em uma população maior).
- exofítico:** crescimento para o exterior.
- falso-negativo:** calculado a partir da sensibilidade de um exame; as pessoas com resultados falso-negativos do exame não recebem o tratamento necessário (porque seu estado positivo não foi detectado).
- falso-positivo:** calculado a partir da especificidade de um exame; as pessoas com resultados falso-positivos do exame recebem tratamento desnecessário.

³ Crédito: NCI Dictionary of Cancer Terms

fístula: comunicação anormal entre um órgão oco e outro. No câncer do colo do útero, podem se formar fístulas entre a vagina e o reto, seja em consequência da extensão do câncer, seja como complicação tardia da radioterapia.

histerectomia: cirurgia para retirar o útero e, às vezes, o colo do útero (quando o útero e o colo são retirados, é denominada histerectomia total; quando se retira apenas o útero, é denominada histerectomia parcial).

histerotomia: procedimento cirúrgico para fazer uma abertura no útero.⁴

histologia: estudo da estrutura microscópica dos tecidos; o exame histológico usa cortes finos de tecido corado para identificar a presença ou ausência de doença.

histopatologia: estudo de alterações teciduais causadas por doença; o exame histopatológico usa os mesmos métodos que o exame histológico, mas é realizado em amostras obtidas por biópsia de tecido anormal.

imunocompetente: capaz de produzir uma resposta imune normal.⁵

imunossuprimido (imunocomprometido): que tem um comprometimento do sistema imune, uma menor capacidade de resistir ao ataque por germes e outras substâncias estranhas, como se observa nas pessoas com HIV.

induração: endurecimento de um tecido, sobretudo a pele, causado por edema, inflamação ou infiltração por uma neoplasia.⁶

infiltrativo: que invade internamente.

junção escamocolunar (JEC): a junção entre o epitélio glandular e o epitélio escamoso no colo do útero é a junção escamocolunar; faz parte da zona de transformação⁷ (ver também: zona de transformação).

laparoscopia: procedimento no qual um laparoscópio (instrumento delgado semelhante a um tubo, dotado de uma fonte de luz e uma lente) é inserido através da parede abdominal para examinar o interior do abdome.

laparotomia: incisão cirúrgica no abdome.

lesão de alto grau: termo usado na classificação de Bethesda para qualificar as anormalidades cervicais com alta probabilidade de avanço para câncer se não forem tratadas. Inclui NICII e NICIII.

⁴ Crédito: NCI Dictionary of Cancer Terms

⁵ Crédito: NCI Dictionary of Cancer Terms

⁶ Crédito: definição de Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, citado por The Free Dictionary online (<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/>)

⁷ Crédito: Mukonoweshuro P, Oriowolo A, Smith M. Audit of the histological definition of cervical transformation zone. J Clin Pathol. 2005;58(6):671

lesão intraepitelial escamosa (SIL): lesão pré-cancerosa ou anormalidade das células escamosas do revestimento do colo do útero. A classificação de Bethesda distingue entre SIL de baixo grau (LSIL) e SIL de alto grau (HSIL). Essa classificação deve ser usada somente para laudo de exames citológicos.

membrana basal: camada delgada do tecido sob o epitélio.

menarca: idade na qual uma jovem tem sua primeira menstruação.

metaplasia: transformação de um tipo de tecido em outro, por exemplo, de epitélio escamoso em epitélio colunar.

metástase: aparecimento de um tumor, muito semelhante ao tumor original ou primário, em um órgão distante.

mobilização da comunidade: processo de atrair as comunidades e obter apoio para todos os necessitados de serviços de saúde, com consequente adesão e participação sustentável da comunidade.

monitoramento: vigilância contínua de uma atividade para ajudar em sua supervisão e verificar se prossegue de acordo com o plano; inclui a especificação de métodos para medir a atividade, o uso de recursos e a resposta aos serviços em comparação com os critérios acordados.

neoplasia: processo de formação de novos crescimentos ou tumores, às vezes malignos.

neoplasia intraepitelial cervical (NIC): condição pré-cancerosa que acomete a camada de revestimento (epitélio) do colo do útero. Pode ser diagnosticada com auxílio de um microscópio. É classificada em NICI, NICII ou NICIII, segundo a espessura do epitélio anormal (um terço, dois terços ou toda a espessura).

oncogênico: que tem potencial ou capacidade de causar o crescimento de células ou tumores cancerosos.

opioide: tipo de fármaco usado para aliviar a dor intensa, por exemplo, morfina.

padrão-ouro: exame considerado de maior sensibilidade e especificidade; usado como medida para comparar todos os outros exames semelhantes.

paramétrico: a área entre o útero e a parede pélvica.

patologia: o estudo da doença e de seus efeitos sobre os tecidos corporais.

peritônio: lâmina delgada e contínua de tecido que reveste as paredes e os órgãos abdominais.

persistente: descreve lesões ou doenças que não desaparecem depois de certo tempo.

prevenção primária: ações para evitar a exposição às principais causas de uma doença; no caso do câncer do colo do útero, a prevenção da infecção por HPV.

prevenção secundária: nível de medicina preventiva que se concentra no diagnóstico precoce, no uso de serviços de referência e no início rápido de tratamento para deter o avanço de processos patológicos ou de uma deficiência incapacitante.⁸

prevenção terciária: nível de medicina preventiva que trata da reabilitação e do retorno de uma paciente a um estado de utilidade máxima com risco mínimo de recidiva de um transtorno físico ou mental.⁹

prognóstico: previsão dos desfechos do tratamento com base na experiência de muitos casos da doença em mesmo estágio e tratada da mesma maneira.

quadrivalente: vacina que estimula uma resposta imune contra quatro antígenos diferentes; por exemplo, Gardasil é uma vacina quadrivalente que ajuda proteger o organismo contra a infecção pelos tipos 6, 11, 16 e 18 de HPV.¹⁰

radioterapia: raios invisíveis (radiação de alta energia) são emitidos sobre o câncer e as zonas adjacentes afetadas; os raios penetram no corpo e destroem as células cancerosas para que haja eliminação completa ou parcial do câncer; as células cancerosas destruídas são eliminadas do corpo.

radioterapia externa (radioterapia de feixe externo ou teleterapia): tipo de radioterapia que usa um aparelho para emitir raios de alta energia de fora do corpo até o câncer.¹¹

rastreamento: intervenção de saúde pública dirigida a uma população-alvo assintomática; não é realizada para diagnosticar uma doença, mas para identificar os indivíduos com maior probabilidade de ter a doença propriamente dita ou um precursor da doença.

rastreamento negativo: resultado de um procedimento de rastreamento que não mostra anormalidade.

rastreamento positivo: resultado de um procedimento de rastreamento que mostra anormalidade.

recidiva (de lesões, doenças): reaparecimento de um problema que havia desaparecido anteriormente com tratamento.

regressão: desaparecimento ou diminuição de uma anormalidade.

⁸ Crédito: definição de Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, citada por The Free Dictionary online

⁹ Crédito: definição de Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, citada por The Free Dictionary online

¹⁰ Crédito: adaptado de NCI Dictionary of Cancer Terms

¹¹ Crédito: NCI Dictionary of Cancer Terms

ressonância magnética (RM): procedimento no qual se usam ondas de rádio e um ímã potente conectado a um computador para produzir imagens detalhadas de áreas dentro do corpo (melhores imagens que a TC ou radiografia), que podem mostrar a diferença entre o tecido normal e o tecido doente.¹²

sensibilidade: proporção de pessoas que têm uma condição e são identificadas corretamente por um exame (verdadeiro-positivos).

síncope: desmaio.

taxa de cura: porcentagem de um grupo de pessoas com uma doença ou condição que é curada por um tratamento específico.

taxa de incidência: número de novos casos de doença em uma população definida durante um período específico, por exemplo, se houver 500 novos casos de câncer do colo do útero por ano em um país com 5 milhões de mulheres, a taxa bruta de incidência (não padronizada por idade) de câncer do colo do útero é de 100 por milhão por ano, ou 10 por 100 000 por ano.

taxa de morbidade: proporção de uma população que apresenta determinada doença em um período específico, com frequência expressa como número de casos por 100 000 habitantes por ano.

taxa de mortalidade: proporção de uma população que morre de determinada doença em um período específico, com frequência expressa como número de mortes por 100 000 habitantes por ano.

taxa de prevalência: proporção de pessoas em uma população definida que têm uma condição ou doença em um momento específico.

taxa de sobrevivida: proporção de todas as pessoas com uma condição que ainda estão vivas depois de certo tempo.

traquelectomia: remoção cirúrgica do colo do útero, sem remoção do fundo uterino.

tratamento primário (terapia primária): primeiro tratamento que geralmente se tenta para curar uma doença ou condição.

tratamento secundário (terapia secundária): tratamento que pode ser administrado após outro tratamento (primário).

tratamento sindrômico: conduta para o tratamento de infecções com base no conhecimento das principais causas dos sintomas de apresentação; por exemplo, a infecção cervical pode ser tratada com antibióticos contra gonorreia e clamídiase, sem a realização de outros exames para identificar qual dos dois patógenos está presente.

¹² Crédito: adaptado de NCI Dictionary of Cancer Terms

teleterapia: ver radioterapia externa.

terapia adjuvante: tratamento associado ao tratamento primário para auxiliá-lo (ver também: tratamento primário).

tipos de HPV de alto risco (tipos de HPV oncogênicos): tipos de papilomavírus humano (HPV) causadores de câncer do colo do útero (também denominados de tipos de HPV oncogênicos).

tomografia computadorizada (TC): técnica radiográfica para obter uma imagem tridimensional dos órgãos e tecidos internos, que auxilia o diagnóstico de doenças, o planejamento do tratamento ou a avaliação do resultado do tratamento.¹³

ulcerativo: que desintegra o tecido e causa uma depressão pouco profunda; descreve alguns cânceres.

Urografia excretora (UE): radiografia das vias urinárias (rins, bexiga e ureteres – os tubos condutores da urina que sai dos rins), que se tornam visíveis pela injeção de solução de contraste iodado em uma veia do braço.

valor preditivo negativo (de um exame): probabilidade de não ter a doença quando o resultado do exame é negativo.

valor preditivo positivo (de um exame): probabilidade de ter a doença quando o resultado do exame é positivo.

vegetante: descreve um padrão de crescimento tumoral externo e irregular.

verdadeiro-negativo: calculado a partir da especificidade de um exame; as pessoas com resultados verdadeiro-negativos do exame não necessitam de tratamento e não recebem tratamento.

verdadeiro-positivo: calculado a partir da sensibilidade de um exame; as pessoas com resultados verdadeiro-positivos recebem o tratamento de que necessitam.

zona de transformação: a zona de transformação cervical é dinâmica e se forma durante a puberdade; é a área onde o epitélio glandular é substituído por epitélio escamoso¹⁴ (ver também: junção escamocolunar).

¹³ Crédito: adaptado de NCI Dictionary of Cancer Terms

¹⁴ Crédito: Mukonoweshuro P, et al. (2005)

Para mais informações, por favor, entre em contato:

Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa

Organização Mundial da Saúde

Avenue Appia 20, CH-1211 Genebra 27

Suíça

E-mail: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

