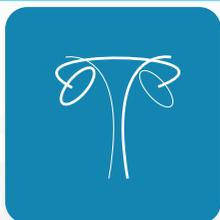


PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO
E CONTROLO DO CANCRO DO COLO
UTERINO E DA MAMA



NORMAS NACIONAIS PARA PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO UTERINO



MISAU
Ministério da Saúde

FICHA TÉCNICA *Técnica*

Título: Normas Nacionais para Prevenção do Cancro do Colo Uterino

Autor:

Maria Manuela Calado Martins Cunha

Coordenação:

Carla Silva Matos, MD, MPH

Especialistas em Saúde Pública

Instituições colaboradoras:

OMS, UNFPA, USAID, Jhpiego

Edição e formatação:

Grafismo e impressão:

Pixel - Comunicação & Imagem

2ª Edição

Tiragem: 1500 Exemplares

Ministério da Saúde

Av Eduardo Mondlane/Salvador Allende

1008 – Maputo

Moçambique

www.misau.gov.mz

Prefácio

PREFÁCIO

O cancro do colo uterino, é em todo o mundo o 2º cancro mais frequente no sexo feminino, e representa cerca de 10% de todos os cancros na mulher adulta, afectando cerca de 1,4 milhão de mulheres.

Estimativas indicam que todos os anos são esperados em todo o mundo cerca de 273.000 mortes devido ao cancro uterino. Um quarto destas, ocorrem em países em vias de desenvolvimento, dos quais Moçambique faz parte.

Dados não publicados do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central do Maputo, indicam que o cancro do colo uterino, neste momento, é a neoplasia maligna mais frequente na mulher adulta representando mais de ¼ de todos os cancros diagnosticados em doentes do sexo feminino no mesmo hospital.

O cancro do colo uterino é uma doença prevenível e a maioria dos factores de risco estão ligados a estilos de vida não saudáveis. O cancro do colo uterino quando instalado é de progressão lenta, excepto em pacientes imunodeprimidas. É portanto muito importante o diagnóstico e tratamento precoces das lesões primárias do colo antes que se tornem malignas, para evitar a morte prematura das mulheres.

A Sessão Especial da Conferência de Ministros da Saúde da União Africana, realizada em Maputo em 2006, recomenda no seu Plano de Acção para a Implementação do Quadro da Política Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos 2007-2010, a provisão dos serviços de rastreio e manejo do cancro do sistema reprodutivo. É no cumprimento desta recomendação que Moçambique criou um *Programa Nacional para a Prevenção e Tratamento do Cancro do Colo do Útero e da Mama*.

Estas Normas visam assegurar que os profissionais de saúde, em particular os de nível primário e secundário disponham de instrumentos práticos que permitam um melhor diagnóstico e tratamento do cancro do colo do útero, em benefício da mulher e da comunidade como um todo.

O Ministro da Saúde

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

APRESENTAÇÃO

Estas Normas Nacionais de Prevenção do Cancro do Colo Uterino são uma ferramenta prática para todos os profissionais de saúde e foram concebidas para serem usadas por formadores e provedores de Cuidados de Saúde. Constituem uma adaptação das “Directrizes para a Prevenção do Carcinoma do Colo Uterino” Jhpiego 2005[®], para a realidade de Moçambique estando em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Estas Normas são para a prevenção do cancro do colo uterino, com ênfase na utilização da técnica da inspecção visual do colo do útero com uso do ácido acético (VIA) e tratamento das lesões precursoras através da crioterapia, de modo a possibilitar a detecção e tratamento precoce da doença.

O rastreio do cancro do colo uterino é uma intervenção nova em Moçambique. Por isso requer um aumento da consciencialização para este problema a nível das comunidades. Deste modo, a informação e a educação são requisitos importantes neste programa.

ÍNDICE Índice

FICHA TÉCNICA

PREFÁCIO

APRESENTAÇÃO

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS

1. INTRODUÇÃO	1
2. O COLO DO ÚTERO	2
3. FACTORES DE RISCO NO APARECIMENTO DO CANCRO DO COLO UTERINO	3
4. COMO PREVENIR O CANCRO DO COLO UTERINO ?	4
4.1. -Prevenção primária:	4
4.2. Prevenção secundária:	5
4.2.1. O rastreio	5
5. QUAIS AS LESÕES QUE PODEMOS ENCONTRAR NO COLO UTERINO?	5
5.1. HIV/SIDA, infecção por HPV e Cancro do Colo Uterino	6
6. QUAIS OS SINAIS E SINTOMAS DAS LESÕES DO COLO UTERINO?	7
7. COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO DAS LESÕES DO COLO UTERINO?	7
7.1. Teste de Papanicolau (Pap teste)	7
7.1.1. Como fazer a colheita da amostra	8
7.2. Teste de Inspeção Visual com uso do ácido acético a 5% (VIA)	8
7.2.1 Modo de aplicação:	9
7.3. Colposcopia	9
7.4. Teste de HPV-DNA	10
8. TRATAMENTO	11
8.1. Complicações do tratamento ou efeitos secundários da crioterapia?	12
8.1.a) Infecção pélvica	12
8.1.b) Estenose do colo uterino	12
9. A QUEM E QUANDO SE DEVE FAZER O RASTREIO DO CANCRO DO COLO UTERINO	13
9.1. Critérios para aplicação do VIA	13
9.2. EM QUE SITUAÇÕES SE DEVE FAZER A CRIOTERAPIA?	14
9.3. Técnica de Crioterapia	14
9.4. Efeitos colaterais esperados da crioterapia	15
9.5. Sinais de perigo	16
9.6. Seguimento das pacientes que foram submetidas a crioterapia	16
9.7. Qual a conduta a ter, caso o tratamento a fazer não seja a crioterapia?	16
10. ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO E ABORDAGEM DE MULHERES PARA O RASTREIO PRECOCE DO CANCRO DO COLO	17

11. COMO ORGANIZAR UM SERVIÇO DE CRIOTERAPIA?	17
11.1. O gabinete de consultas	17
11.2. Registos	18
11.4. Cartão individual	18
11.5. Controlo de qualidade para VIA	19
ANEXOS	20
Anexo I. FLUXOGRAMA para prevenção do Cancro do Colo Uterino	21
Anexo II - LIVRO DE REGISTO DO RASTREIO	22
Anexo III- FICHA DE REGISTO para rastreio do cancro do colo uterino	23
Anexo IV- Tabela 1-6. Provisão de serviços de prevenção do cancro do colo uterino (por nível de unidade de saúde e pessoal).....	24
Anexo V - Algoritmo de referência	25
Agradecimentos:	

LISTA DE ABREVIATURAS *de abrev*

CIN	Neoplasia intra epitelial cervical
CIN I	Neoplasia intra epitelial cervical de baixo grau
CIN II/III	Neoplasia intra epitelial cervical de alto grau
DUM	Data da Última Menstruação
FR	Factores de risco
FV	Filhos Vivos
HPV	Papiloma vírus humano
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infecção de transmissão sexual
JEC	Junção escamo-colunar
LEEP	Procedimento de Excisão por Electrocirurgia (Loop electrosurgical excision procedure)
MAP	Medroxiprogesterona injectável
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAPTESTE	Teste de Papanicolau
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SAP	Serviço da Anatomia Patológica
US	Unidade Sanitária
VIA	Inspcção Visual com Ácido Acético (Visual inspection with acetic acid)
ZT	Zona de Transformação (transição)



1. INTRODUÇÃO

O cancro do colo uterino, em todo o mundo é o 2º cancro mais frequente no sexo feminino, e representa cerca de 10% de todos os cancros na mulher adulta afectando cerca de 1,4 milhão de mulheres em todo o mundo (Ferlay et al. 2001).

As regiões geográficas de mais alto risco, são os países em vias de desenvolvimento, dos quais, Moçambique faz parte.

Estimativas indicam que todos os anos são esperadas em todo o mundo cerca de 273000 mortes por cancro do colo uterino, e um quarto destas, ocorrem em países em vias de desenvolvimento.

Em África os níveis de mortalidade são anormalmente altos, porque, em geral, quando a mulher recorre aos serviços de saúde, já é demasiado tarde.

Em Moçambique, dados não publicados do Serviço da Anatomia Patológica (SAP) do Hospital Central de Maputo, indicando que o cancro do colo uterino, neste momento, é a neoplasia maligna mais frequente na mulher, representando mais de um quarto de todos os cancros diagnosticados em pacientes do sexo feminino no mesmo hospital.

O Registo do Cancro, na cidade da Beira em 2005 e 2006, mostrou que o cancro do colo uterino encontra-se em 2º lugar entre todos os cancros, sendo o 1º entre as mulheres, e que aproximadamente 80%, são diagnosticados numa fase inoperável da doença.

O cancro do colo uterino, é uma doença prevenível e é de progressão muito lenta, excepto em pacientes imunodeprimidas. É portanto, muito importante sabermos diagnosticar as lesões do colo antes de se tornarem malignas, de modo a evitar a morte prematura das mulheres.

Dada a importância do cancro do colo uterino na mortalidade das mulheres, impõe-se a criação de “Um Programa de Rastreio e Tratamento das Lesões do Colo Uterino” a nível nacional.



2. O COLO DO ÚTERO

O colo do útero é a porção mais distal do útero. Encontra-se no fundo da vagina. É cilíndrico, medindo aproximadamente 3cm de comprimento e 2cm de largura. Possui uma consistência semelhante à cartilagem do nariz.

Ele é constituído por um orifício endocervical, ou interno e por um orifício exocervical, ou externo. Ambos estão unidos pelo canal cervical ou canal endocervical. É através deste canal que o útero se comunica com a vagina.

A parte interna do colo está coberta por um epitélio colunar (cilíndrico). Este epitélio possui uma só camada de células cilíndricas que segregam muco. A parte externa do colo está coberta por um epitélio estratificado (escamoso), igual ao epitélio que cobre a vagina. O epitélio cilíndrico tem uma coloração vermelha devido à visualização dos vasos sanguíneos por baixo da fina camada de células e o epitélio escamoso é menos avermelhado (cor de rosa) porque possui várias camadas de células. À união destes dois epitélios, cilíndrico e escamoso, dá-se o nome de junção escamo-colunar (JEC).

Ao longo da vida da mulher, parte do epitélio colunar pode avançar para a parte externa do colo. Este fenómeno que está geralmente associado às variações da acção hormonal que ocorre na adolescência, gravidez, etc., é chamado de ectropio ou ectopia e não é uma condição patológica.

Esse epitélio cilíndrico exteriorizado sofre um processo de transformação fisiológica através do qual as células glandulares vão sendo gradualmente substituídas por células escamosas. Este processo é chamado de metaplasia escamosa e essa área da mucosa substituída, que se situa entre a nova JEC e a JEC original (antes de ocorrer a ectopia) é chamada de zona de transformação (ZT). Esta é uma zona importantíssima, porque as mudanças anormais do colo uterino, tais como a neoplasia intraepitelial cervical (CIN) e o cancro, desenvolvem-se quase sempre nesta área do colo uterino.

Esta zona do colo uterino vai-se modificando ao longo da vida da mulher. As suas alterações estão relacionadas com o ciclo hormonal. Assim a JEC e a ZT podem estar bem visíveis na mulher em idade fértil ou invisível na mulher menopausica, quando ocorre um processo inverso onde o epitélio escamoso invade o canal cervical, o que se denomina de entropia.

3. FACTORES DE RISCO NO APARECIMENTO DO CANCRO DO COLO UTERINO

Os factores de risco (FR) que podem dar origem a lesões no colo uterino são:

- Infecção por HPV (Papiloma Virus Humano).
- HIV/SIDA e outras formas de imunodepressão
- Outras infecções de transmissão sexual de repetição, (clamidia, tricomoníase, herpes simplex)
- Início precoce das relações sexuais
- Múltiplos parceiros sexuais
- Multiparidade
- Mãe ou irmã com carcinoma do colo uterino
- Mulheres fumadoras
- Prolongado uso de anticonceptivos orais (A OMS recomenda que isto não deve constituir um argumento para limitar o uso dos anticonceptivos hormonais, apesar do pequeno aumento do risco de cancro do colo uterino associado)

A grande maioria dos FR está ligada a estilos de vida não saudáveis (p.e. fumar, ter múltiplos parceiros, etc.), e portanto podem ser modificados. Isto é quanto menor for o número de parceiros sexuais menor será o risco de infecção pelo HPV, ou se utilizar o preservativo para se proteger durante as relações sexuais, ela estará também a diminuir a exposição ao risco de vir a ter um cancro do colo uterino.

Embora todos os factores sejam importantes, é de realçar a infecção pelo HPV.

O HPV é um vírus transmitido principalmente pelo contacto sexual, que afecta a área genital, tanto das mulheres como dos homens. Este vírus apresenta cerca de 100 subtipos, sendo uns² mais virulentos do que outros. Alguns causam apenas verrugas em diversas partes do corpo (vulgo cravos), outros infectam a região genital e peri - anal, e dependendo da sua virulência, podem causar lesões que, se não forem tratadas transformam-se em cancro.

Dos cerca de 100 subtipos de HPV que infectam os órgãos genitais, 15 a 20 são os causadores do cancro do colo uterino.

Os mais frequentes são os subtipos 16, 18, 31 e 45, sendo o 16 um dos mais virulentos, causando o cancro em metade das mulheres em todo o mundo (Bosch et al. 1995).

É importante referir que, uma vez que a mulher esteja infectada pelo HPV, ela estará





infectada por toda a vida. O sistema imunitário da mulher pode actuar e “adormecer” o vírus por muito tempo. Não se sabe é quando é que o vírus “acorda” e se torna novamente activo.

4. COMO PREVENIR O CANCRO DO COLO UTERINO?

4.1 Prevenção primária

A prevenção primária compreende uma série de medidas que se tomam com vista a impedir ou atrasar o aparecimento da doença. A informação e educação sobre os factores de risco e sobre a doença a nível da comunidade, é sem dúvida o melhor método para fazer essa prevenção.

Prevenindo a infecção pelo HPV previne-se o cancro do colo uterino. Embora os preservativos reduzam significativamente o risco de infecção pelo HIV a nível do colo, não há evidências que reduzam o risco de infecção pelo HPV a nível dos genitais externos, porque os mesmos, são colocados muito tardiamente. Os preservativos podem providenciar alguma protecção contra as doenças associadas com o HPV, incluindo o cancro do colo do útero.

Outra medida de prevenção primária é a vacina anti-HPV que já está disponível em vários países da Europa e nos Estados Unidos da América. Esta vacina tem uma eficácia de 80% a 100%, mas só protege as mulheres para alguns tipos de HPV. A vacina deverá ser administrada de preferência à todos os indivíduos do sexo feminino, antes do início das relações sexuais. Alguns países administram também aos rapazes antes do início da vida sexual.

Infelizmente, a vacina não abrange todos os sub-tipos de HPV que originam o cancro do colo uterino e são muito caras, portanto ainda inacessíveis aos países mais desfavorecidos economicamente.

Teremos por isso, que apostar na promoção de estilos de vida saudáveis como o uso de preservativos, encorajar os adolescentes a adiarem o início da sua actividade sexual e a não fumarem, etc..

4.2. Prevenção secundária:

Prevenção secundária, é a prevenção efectuada a nível da comunidade, de modo a detectar precocemente e a tratar a doença.

Isto significa, fazer o rastreio a todas as mulheres em risco de modo a detectar o mais cedo possível as lesões e tratá-las, para que não evoluam para o cancro do colo uterino.

4.2.1 O rastreio

Para que o rastreio tenha algum impacto em saúde pública, deve-se abranger o maior número possível de mulheres em risco. O ideal, seria obter uma cobertura igual ou superior a 80% dessas mulheres. Deste modo, todas as lesões pré-malignas detectadas, deverão ser tratadas, evitando o aparecimento do carcinoma. No momento em que a cobertura for alta, não será mais necessário fazer o rastreio anualmente, dessas mulheres para se ter um impacto sobre a incidência da doença. Por exemplo, se todas as mulheres entre os 35-64 anos que tiveram o exame negativo, fossem rastreadas dentro de 5 anos, e as que fossem positivas fossem tratadas, a incidência estimada do colo do útero, poderia ser reduzida em 84%. O que significa que com essa cobertura se consegue diminuir drasticamente o número de mulheres expostas ao risco de desenvolver o cancro do colo uterino.

5. QUAIS AS LESÕES QUE PODEMOS ENCONTRAR NO COLO UTERINO

- Lesões ou displasias de baixo grau (CIN I)
- Lesões ou displasias de alto grau (CIN II ou CIN III)

Estas lesões, aparecem na zona de transição dos epitélios, JEC ou ZT conforme já foi referido. Se esta zona de transição foi anteriormente agredida por infecções, estão criadas as condições para o aparecimento das lesões.

As lesões ou displasias de alto grau (CIN II/III), são as que vão dar origem ao carcinoma “in situ” ou ao cancro invasor.

Quando uma mulher é infectada pelo vírus de HPV, a infecção pode manter-se oculta, ou evoluir para uma lesão de baixo grau (CIN I). Algumas lesões de baixo



grau, podem manter-se inalteráveis e até podem regredir dentro de 2 ou 3 anos, sem qualquer tratamento. Apenas 10% das mulheres desenvolvem lesões de alto grau e 8% desenvolverão um carcinoma “in situ”, que é um pré-carcinoma das camadas superficiais das células cervicais. Cerca de 1,8% irão desenvolver um cancro invasivo, caso não sejam tratadas.

As lesões do colo uterino progridem muito lentamente. Uma lesão de alto grau (CIN II ou CIN III), pode demorar em média 13 anos para se transformar num cancro do colo invasivo. Mas, se a paciente é portadora do vírus do SIDA e ela está imunodeprimida, não tem capacidade para fazer “adormecer” ou “travar” o vírus HPV, então o cancro pode aparecer muito rapidamente.

5.1. HIV/SIDA, infecção por HPV e Cancro do Colo Uterino.

Mundialmente é conhecida a propagação do HIV/SIDA. O continente Africano é um dos mais “sacrificados” pela infecção e doença. O contacto heterossexual é a via principal de transmissão e 48% dos adultos infectados são mulheres.

A associação do HIV ao HPV, uma das doenças mais comuns das ITS, é devida à baixa imunidade que essas mulheres apresentam, e é de esperar que as mesmas rapidamente venham a desenvolver o cancro do colo uterino, caso as lesões pré-malignas não sejam detectadas e tratadas atempadamente.



Cancro do Colo Uterino

Estudos já efectuados, referem que das mulheres infectadas com o vírus HIV, associado ao HPV, uma em cada cinco, desenvolvem lesão do colo uterino dentro de 3 anos. Portanto, o HIV acelera a progressão das lesões pré-malignas. Por este motivo, mundialmente, há uma grande preocupação por parte dos Governos, em criar programas de rastreio do cancro do colo uterino.

6. QUAIS OS SINAIS E SINTOMAS DAS LESÕES DO COLO UTERINO?

No início da infecção, não há sintomas. Quando associadas ao HPV na vulva e vagina, as mulheres poderão apresentar queixas de prurido vulvar (sem ou com a presença de verrugas), dor ou ardor durante as relações sexuais.

Nos casos mais avançados, poderão as pacientes, referir sangramento vaginal pós-coito, sangramento entre as menstruações e finalmente em casos irremediáveis, corrimento vaginal sanguinolento semelhante a água de carne de cheiro fétido, emagrecimento progressivo, tenesmo rectal, disúria com ou sem hematúria e dor lombossagrada.

7. COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO DAS LESÕES DO COLO UTERINO?

Existem vários métodos que podem ser usados para o diagnóstico precoce das lesões do colo uterino, entre eles estão a citologia (Pap teste), a técnica de inspecção visual do colo uterino com uso do ácido acético (VIA) ou com uso do iodo/lugol (VILI), a colposcopia e o teste de HPV-DNA.

Nos procedimentos para despiste do cancro do colo uterino, bem como em outros procedimentos clínicos, é fundamental garantir o uso das medidas de biossegurança para prevenção de infecção, como a lavagem das mãos, o uso de luvas, a descontaminação e o processamento adequados dos instrumentos, e o descarte correcto dos materiais contaminados. As medidas de precaução universal para a prevenção da infecção devem ser usadas no atendimento de todas as mulheres e não apenas nas que aparentam estar doentes ou que tenham o seu estado de infecção conhecido.

7.1. Teste de Papanicolau (Pap teste)

Este teste é utilizado para ver as alterações das células do colo através do microscópio. Todas as células normais possuem uma determinada característica. Quando as características dessas células mudam, elas passam a ser células com problemas e tornam-se patológicas.





7.1.1 Como fazer a colheita da amostra

Explica-se o procedimento e coloca-se a mulher em posição ginecológica numa marquesa apropriada (ginecológica). Após a lavagem das mãos, colocam-se as luvas e introduz-se o espéculo na vagina. Com a espátula de madeira, faz-se uma rotação de 360° sobre o colo do útero e estende-se o produto sobre metade da lâmina. Introduce-se o escovilhão endocervical no orifício cervical e roda-se também 360°. Coloca-se o produto na outra metade da lâmina. Posteriormente, à distância de 20 cm, fixa-se com a laca (laca vulgar de cabelo) ou imerge-se a lâmina num recipiente contendo álcool a 95% durante 5 minutos e deixa-se secar.

Depois de seca, a lâmina deve ser colocada num pequeno envelope de papel caqui e identificado (nome, idade) e envia-se o mais rápido possível ao Serviço de Anatomia Patológica (SAP), onde a mesma, irá ser preparada por pessoal especializado e observada ao microscópio.

Este método exige recursos financeiros, materiais e humanos, que nem sempre estão disponíveis num país tão extenso e com recursos limitados como o nosso.

Em Moçambique, até ao momento só é possível fazer a leitura das lâminas na Beira (SAP-Hospital Central Beira), Nampula (SAP-Hospital Central de Nampula) e Maputo (SAP-Hospital Central do Maputo).

7.2. Teste de Inspeção Visual com uso do ácido acético a 5% (VIA)

É um teste em que se observa o colo uterino após aplicação do ácido acético a 5%.

Este método é tão eficaz quanto o Pap teste para se detectar as lesões do colo. O ácido acético a 5% é o vulgar vinagre branco à venda em qualquer localidade do país.

A visualização a olho nu, do colo uterino, depois de se aplicar o ácido acético a 5%, dá-nos uma boa segurança, como alternativa ao rastreio através do Pap teste.

É portanto um teste barato, de técnica fácil e eficaz, utilizado em muitos países com recursos limitados e é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

7.2.1 Modo de aplicação:

Após ter-se explicado à mulher o procedimento a ser realizado, deve colocá-la em posição ginecológica e introduza o espéculo na vagina. Quando tiver o colo bem visível, molhe o algodão montado numa pinça de restos (argolas) no ácido acético a 5% e coloque-o no colo uterino. Após a aplicação do ácido acético no colo, ao fim de 1-2 minutos, se há lesão das células, o colo uterino que normalmente é de cor rosada apresentar-se-á com áreas esbranquiçadas (aceto-brancas), mais ou menos densas, por vezes elevadas, dependendo do grau da lesão. A presença de áreas aceto-brancas significa TESTE POSITIVO. Deste modo, está feito o diagnóstico.

Resumindo:

A VIA deve ser usada em áreas de recursos limitados porque:

- É fácil de realizar, não é invasiva e é de baixo custo,
- Pode ser realizada por provedores de saúde de todos os níveis de prestação de cuidados,
- Permite identificar com eficácia a maioria das lesões pré-malignas,
- Dá resultados imediatos que podem ser usados para se tomar uma decisão em relação ao tratamento,
- Materiais e equipamento necessários, podem ser adquiridos a nível local.

7.3 Colposcopia

A Colposcopia é um exame, em que se utiliza o colposcópio, que é um equipamento especial, com lentes de aumento, para se visualizar as células do colo do útero. Permite conduzir uma biópsia dirigida a determinada área em situações de dúvida no diagnóstico.

É um exame efectuado por médicos treinados. Se for realizada biópsia, esta terá que ser enviada a um laboratório de anatomia patológica para ser interpretada. Actualmente está disponível em todos os Hospitais Centrais e noutros, onde existe um ginecologista.

A colposcopia é indicada como método de confirmação diagnóstica e não como método para despiste.

Fig.1 Colposcopia



7.4 Teste de HPV-DNA

Estudos têm mostrado que o teste de HPV-DNA é a o método de despiste mais efectivo para a prevenção secundária do carcinoma de colo uterino. Entretanto, este teste constitui actualmente uma solução de alta tecnologia e de alto custo. Esforços têm sido empreendidos para tornar os testes de HPV-DNA mais fáceis de usar e menos dispendiosos o que poderá favorecer o seu uso no rastreio do cancro do colo uterino no mundo.

O teste de HPV-DNA consiste no uso de técnicas moleculares para testar o tipo e o grau de risco do HPV a partir de amostra de materiais celulares obtidos do colo uterino ou da vagina da mulher. Apesar de reunir critérios de um bom teste de rastreio, este método não possibilita a obtenção de resultado e tratamento imediato.



8 . T R A T A M E N T O

O tratamento das lesões do colo uterino varia de acordo com a gravidade das do profissional de saúde; das características, custo e disponibilidade do mesmas. A escolha do tratamento depende: da capacidade e experiência método e da localização e extensão da lesão.

Para o tratamento das lesões do colo pode-se utilizar:

1. Crioterapia
2. Eletrocauterização
3. LEEP (excisão da área da lesão com alça/loop)
4. Conização com bisturi
5. Histerectomia

Este método, destrói as células anormais usando um líquido frio (gás carbónico comprimido ou óxido nitroso) é bastante eficaz no tratamento das lesões de alto grau (CIN II/III), possui uma baixa taxa de complicações, não necessita de electricidade, é de fácil utilização. Pode ser efectuado por qualquer provedor de saúde não médico.

Durante o procedimento a paciente poderá ter uma dor tipo cólica, normalmente ligeira, e depois um corrimento aquoso às vezes acompanhado de manchas sanguinolentas durante o processo de cicatrização, que vai de 4 a 6 semanas. Deverá recomendar-se abstinência sexual durante esse período. Caso não seja possível, o uso do preservativo é mandatório.

A Eletrocauterização tem a função de destruir os tecidos por calor quente enquanto que o LEEP permite a remoção da área afectada. O LEEP é o tratamento de escolha para as lesões maiores que não podem ser tratadas com a crioterapia. Os dois métodos têm eficácia comparável.

O LEEP requer equipamento de maior custo, electricidade, clínico geral treinado ou médico ginecologista e anestesia local. São utilizados em unidades sanitárias de referência para as lesões maiores que não podem ser tratadas pela crioterapia. A conização com lâmina (bisturi) pode ser usada para tratamento destas lesões quando o LEEP não estiver disponível.

A histerectomia, que consiste na retirada do útero, não está indicada para tratamento de lesões persuasoras do cancro e deve ser reservada para tratamento de lesões invasivas.



Mulheres infectadas com HIV: Apesar de mulheres HIV positivo terem maior risco de persistência, progressão e recorrência de lesões, essas mulheres devem ser tratadas da mesma forma, observando-se os mesmos critérios, que as mulheres HIV negativo.

8.1 Complicações ou efeitos secundários da crioterapia

Cerca de 1% das mulheres tratadas poderão vir a ter as seguintes complicações:

8.1.a) Infecção pélvica

- Febre há mais de 2 dias acompanhada de dor intensa na parte baixa do abdómen.
- Sangramento vaginal intenso com ou sem coágulos há mais de 2 dias.

8.1.b) Estenose do colo uterino

Deve-se ao aparecimento de sinéquias (fibrose) que surgem no orifício do colo obstruindo a saída da menstruação, resultante da cicatrização. A amenorreia e a dor são queixas que deverão ser valorizadas após a crioterapia.



É importante que antes de se iniciar a crioterapia a paciente seja informada sobre o procedimento e sobre os sintomas provenientes das possíveis complicações.

A crioterapia, como qualquer dos outros métodos possui vantagens e desvantagens.

Tabela 1: Vantagens e desvantagens do tratamento com Crioterapia

Vantagens	Desvantagens
Efectiva em lesões pequenas e moderadas Taxa de cura 85-95%	Taxa de sucesso variável em lesões grandes e graves (Taxa de cura 75%-85%)
	Destrutivo, não é possível obter material para biópsia
Pode ser efectuado por pessoal paramédico	Difícil de determinar tecido destruído
Não necessita de anestesia	Corrimento aquoso durante 4-6 semanas após do tratamento
Não necessita de electricidade	Requer acesso e reposição de um líquido frio (CO ₂ ou N ₂ O)

9. A QUEM E QUANDO SE DEVE FAZER O RASTREIO DO CANCRO DO COLO UTERINO?

Com base nas evidências acima descritas e dado que em Moçambique apesar de dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) indicarem que as raparigas tem em média a sua primeira relação sexual aos 15 anos de idade, vários estudos realizados no país mostram que em algumas regiões a primeira relação sexual é iniciada por volta dos 9 anos de idade.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que os países que estão a iniciar este programa, escolham como grupo alvo, todas as mulheres com idade entre os 30 - 64 anos de idade. Isto porque não existe evidência que haja benefícios no rastreio de mulheres mais jovens. O MISAU recomenda que em Moçambique o teste do ácido acético, deva ser feito a todas as mulheres sexualmente activas do grupo etário recomendado, isto é dos 30 aos 55 anos, uma vez que o programa é novo, embora não existam evidências no país que sustentem na totalidade as recomendações. No entanto, espera-se que ao final do primeiro ano de implantação do programa o mesmo possa produzir evidência necessária para tomada de decisão adequada à realidade do nosso país. Chama-se aqui atenção para a não discriminação de mulheres seropositivas que constituem um elevado número no país, e têm maior probabilidade de desenvolver o carcinoma do colo em curto espaço de tempo, por isso, elas deverão ser tratadas do mesmo modo que as seronegativas.

Por outro lado, poderão ser submetidas ao rastreio mulheres fora do grupo alvo que apresentem sintomas e sinais de cancro do colo útero, ficando ao critério do clínico assistente. Porém, o registo destas, será feito no livro de registo normal de consulta.

9.1. Critérios para aplicação do VIA

- O teste poderá ser feito ao longo de todo o ciclo menstrual, excepto durante a menstruação.
- Apesar do corrimento vaginal não ser contraindicação para o exame, aconselha-se a tratar primeiro a infecção antes da aplicação do ácido acético, de acordo com as normas estabelecidas.



9.2. Em que situações se deve fazer a crioterapia?

Sempre que, após a aplicação do ácido acético no colo do útero, surjam lesões aceto-brancas, como já foi referido. A crioterapia deve ser oferecida a todas as mulheres que apresentem teste de VIA positivo.

Existem porém, alguns critérios a serem respeitados.

- A lesão aceto-branca tem que ocupar menos de 75% do colo;
- A lesão não pode estender-se para as paredes da vagina;
- A lesão não pode entrar para dentro do canal cervical;
- Não pode haver suspeita de cancro (suspeitar de cancro se lesão ocupa mais que 75% da área do colo, se invade as paredes da vagina, se é sangrativa, se há história de leucorreia sanguinolenta com cheiro fétido ou hemorragias pós-coito).

As mulheres que não se incluem nestes critérios, terão que ser referidas a outro nível imediatamente superior, para receberem o tratamento adequado à sua situação (ver fluxograma, anexo 1).

9.3. Técnica de Crioterapia

Utiliza-se um aparelho simples, de fácil manuseamento.

Depois de serem identificadas as áreas aceto-brancas, dentro dos critérios estabelecidos, utiliza-se a técnica de “dupla-congelação” que consiste em:

Aplicar sobre o colo o resfriador, durante 3 minutos continuamente. Aguardar “obrigatoriamente” 5 minutos, para que a lesão descongele e depois repete-se novamente este procedimento por outros 3 a 5 minutos.

Nota: antes de aplicar qualquer procedimento a paciente deve ser informada do tipo de tratamento, e riscos que poderão dele ocorrer. Deverá ser explicado à paciente as vantagens e desvantagens de fazer ou não tratamento e o profissional deverá ter o consentimento da mesma.

9.4. Efeitos colaterais esperados da crioterapia.

Efeito Colateral	Gestão
Cólica	<ul style="list-style-type: none">● Aconselhar a utente, antes do procedimento, para esperar que haja algum grau de cólica durante e depois do procedimento e que a cólica geralmente para logo depois do procedimento● Reduzir a cólica pressionando levemente o colo com a sonda de crioterapia. <p>Se a cólica for intensa, dê um analgésico oral (acetaminofen ou ibuprofen).</p>
Corrimento vaginal (profuso, aquoso)	<ul style="list-style-type: none">● Aconselhe a utente que o corrimento vai durar 2–4 semanas. Dê à utente roupa interior e penso higiénico feminino.● Aconselhe a utente a prevenir que o corrimento mude de cor, de rosa para esbranquiçado ou para amarelo (às vezes misturado com sangue).● Aconselhe a utente a regressar se o corrimento mudar para um cheiro desagradável ou se ficar purulento (se for o caso, avale a infeção e trate com antibióticos).● Aconselhe fortemente à abstinência das relações sexuais durante 4 semanas. <p>Caso não seja possível a abstinência, aconselhe a mulher a usar o preservativo durante 4 semanas para prevenir a infeção pélvica.</p>
Manchas/sangramento Ligeiro	<ul style="list-style-type: none">● Aconselhe a utente a prevenir manchas/pequeno sangramento durante 1 –2 semanas. <p>Aconselhe a utente a regressar à avaliação se houver sangramento pesado.</p>



9.5. Sinais de perigo

A mulher deve regressar a à unidade sanitária onde realizou o procedimento ou a outra mais próxima se tiver qualquer um dos seguintes sinais:

- Febre por mais de 2 dias;
- Dores intensas no baixo - ventre, especialmente se acompanhada de febre;
- Sangramento por mais de 2 dias, mais intenso do que os seus dias de sangramento menstrual intenso;
- Sangramento com coágulos;
- Corrimento abundante e por vezes com cheiro.

9.6. Seguimento das pacientes que foram submetidas a crioterapia .

Depois de um tratamento com crioterapia a paciente deve vir repetir o teste de VIA dentro de 1 ano. Nessa altura, terá que ser reavaliada com atenção e registados os achados anormais (ver o Fluxograma na pág. 25).

9.7. Qual a conduta a ter, caso o tratamento a fazer não seja a crioterapia?

Todas as mulheres excluídas dos critérios de crioterapia (rever indicações para crioterapia), depois de informadas, devem ser encaminhadas para as unidades sanitárias com capacidade de executar outras técnicas, tais como LEEP, conização, histerectomia ou quimio-radioterapia.

As mulheres que já fizeram crioterapia e que no controlo ao fim de um ano apresentem uma lesão positiva que ocupe uma área maior do que 75% do colo, também devem ser referidas para a unidade sanitária mais diferenciada.

10. ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO E ABORDAGEM DE MULHERES PARA O RASTREIO PRECOCE DO CANCRO DO ÚTERO.

O rastreio precoce do cancro do colo é uma intervenção nova no país, por isso exige uma criação de demanda a nível das comunidades. Deste modo a informação e a educação são requisitos importantes para o início deste programa.

Assim, em todos os programas de intervenção comunitária, nas áreas onde hajam serviços implantados para a realização do despiste, deverá ser abordada a problemática do cancro do colo uterino e ser oferecida a possibilidade de rastreio nas unidades sanitárias capacitadas para o efeito.

Numa primeira fase do programa, a abordagem deverá começar pelas unidades sanitárias, com serviços de saúde reprodutiva. É necessário recorrer aos provedores de saúde já existentes que se tornarão aptos depois de uma capacitação nesta área. Deverão ser feitas palestras informativas sobre a problemática do cancro do colo uterino, como surge, quais os factores de risco, como preveni-lo, etc. Falar sobre o rastreio e tratamento e que, a lesão do colo quando detectada a tempo, salva a vida de muitas mulheres.

Dado que se trata de uma patologia ligada ao sexo e sendo este um tabu numa grande parte do nosso país, a abordagem poderá inicialmente encontrar alguma dificuldade, mas com o tempo, insistindo na informação, educação e esclarecendo as dúvidas apresentadas, as mulheres poderão vir a aderir em massa.

11. COMO ORGANIZAR UM SERVIÇO DE CRIOTERAPIA?

11.1 O gabinete de consultas.

Não é necessário ter um gabinete especial. Pode utilizar-se um gabinete qualquer da Unidade Sanitária (U.S), desde que exista privacidade e que todo o material a ser utilizado esteja no sítio certo. Será necessário ter o seguinte material:

- 1 secretária
- 2 cadeiras
- 1 marquesa ginecológica



- 
- 1 fonte de luz
 - 1 banco rotativo
 - espéculos vaginais
 - pinças porta - algodão
 - compressas estéreis
 - algodão
 - ácido acético a 5%
 - cotonetes compridos
 - luvas
 - espátulas de madeira
 - uma bandeja para colocar o material
 - solução de hipoclorito de sódio a 0.5%
 - 1 unidade de crioterapia

11.2. Registos

Como todo o programa de saúde, este, ao fim de algum tempo necessitará de ser avaliado para se determinar o seu impacto a nível da população alvo.

Portanto, são necessários registos confiáveis. O instrumento de registo (anexo II) deverá ter dados tais como: o número de mulheres que fizeram o teste de VIA, quantas tiveram o teste negativo ou positivo etc., durante um determinado período de tempo. Não se esqueça que a tomada de decisão deverá ser feita com base em evidência e o registo de todos os casos são o primeiro passo para a obtenção dessas mesmas evidências. Cada paciente deverá ter um processo individual organizado numa pasta de cartão e devidamente ARQUIVADO em local apropriado.

11.3. Ficha de registo individual

Para cada paciente submetida ao VIA será preenchida uma “FICHA DE REGISTO de Prevenção do Cancro do Colo do Útero” à qual se deverá atribuir um número. Esse número corresponderá à data (ano) e ao número anual, constante no livro de registos de testes de VIA (anexo III).

11.4. Cartão individual

À paciente deverá ser entregue 1 cartão, com o número, para que no próximo controlo, se possa rapidamente encontrar a ficha anterior e anotar os achados.

11.5. Controlo de qualidade para VIA

O controlo de qualidade dos serviços, será feito segundo os padrões internacionais⁵ adaptados em Moçambique e será avaliado por supervisores previamente treinados para o efeito. Os itens a serem avaliados serão:

- *Obtenção de aproveitamento no final do Treino $\geq 85\%$*
- *Cumprimento do Protocolo e dos Padrões de Desempenho para os serviços de VIA e Crioterapia $\geq 80\%$*
- *Observação comparativa entre o desempenho do supervisor e do provedor na inspeção visual do colo uterino com uso do ácido acético 80%*
- *Capacidade do provedor em diagnosticar e recomendar o tratamento correcto através da observação de imagens do colo uterino $\geq 80\%$*



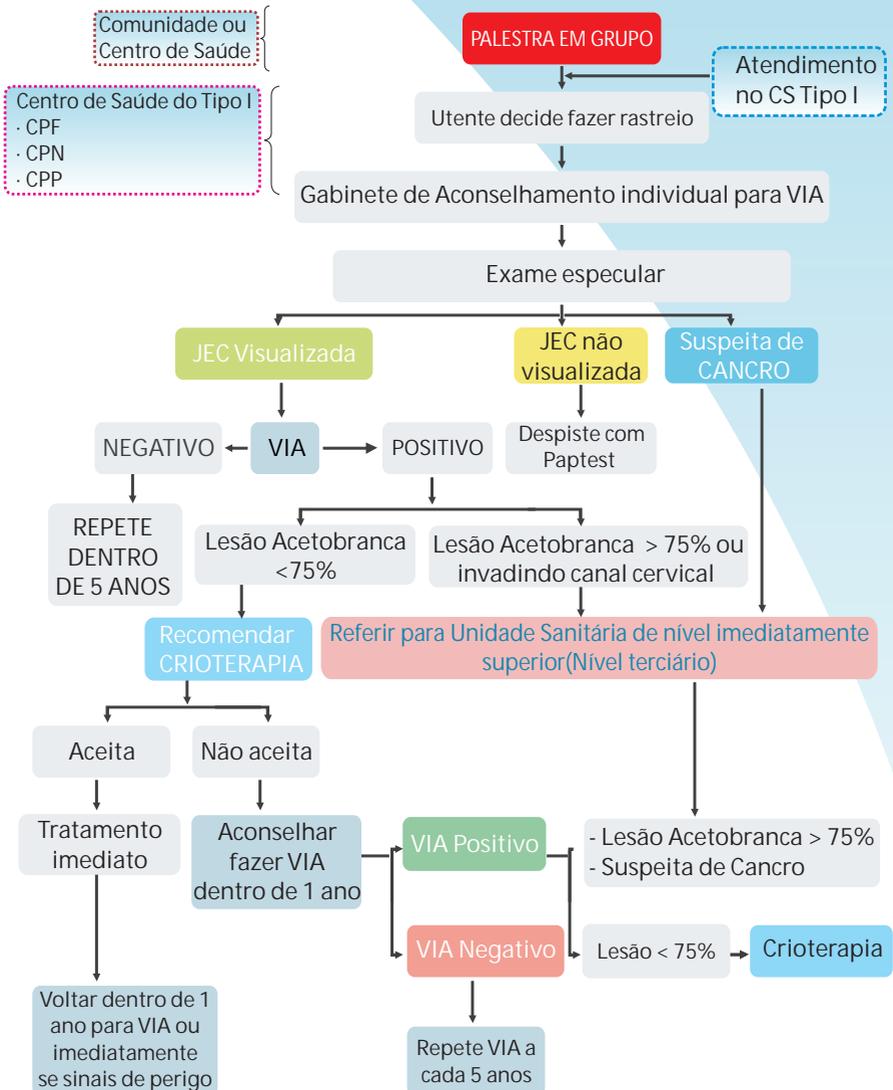
⁵ Harshad Sanghvi et al, Cervical cancer screening using visual inspection with acetic acid: operational experiences from Ghana and Thailand.



ANEXOS

Anexos

Anexo 1. FLUXOGRAMA para prevenção do Cancro do Colo Uterino



Anexo III- FICHA DE REGISTO para rastreio dos cancros do colo uterino e da mama

Data: ___/___/___		Número ___/20	
Nome: _____		Idade _____ anos	Gesta _____ Para _____ Filhos vivos _____
Idade da 1ª relação sexual _____ anos		Planeamento familiar:	
Ciclo menstrual: Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/>		Pílula <input type="checkbox"/>	Primeira consulta <input type="checkbox"/>
		Injectável <input type="checkbox"/>	Seguimento (1 ano) <input type="checkbox"/>
		Preservativo <input type="checkbox"/>	Seguimento (5 anos) <input type="checkbox"/>
		Outros <input type="checkbox"/>	
		Nenhum <input type="checkbox"/>	
DUM ___/___/___		Sangramento vaginal: Normal <input type="checkbox"/>	
Menopausa <input type="checkbox"/>		Anormal <input type="checkbox"/>	
		Pós-coito <input type="checkbox"/>	
ITS: Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, Qual? _____			
Fuma <input type="checkbox"/> HIV: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>			
Mãe/irmã com cancro do colo <input type="checkbox"/> Mãe/irmã/tia com cancro da mama <input type="checkbox"/>			
SINTOMAS VULVO-VAGINAIS: Prurido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			
EXAME DA MAMA			
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Se anormal, especifique _____		Mama – Quadrantes (Q)	
Anote a localização da lesão no respectivo quadrante			
Mama afectada: Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>			
EXAME PELVICO			
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Se anormal especifique _____			
Colo Uterino		Ectrópio <input type="checkbox"/> Atrófico <input type="checkbox"/> Cervicite <input type="checkbox"/>	
		Com sangramento <input type="checkbox"/> Sem sangramento <input type="checkbox"/> Outros: _____	
EXAME ESPECULAR			
JEC totalmente visualizada <input type="checkbox"/> JEC parcialmente visualizada <input type="checkbox"/> JEC não visualizada <input type="checkbox"/>			
Resultado de VIA:		Colo Uterino	
VIA Positivo <input type="checkbox"/>			
VIA Negativo <input type="checkbox"/>			
Suspeita de cancro <input type="checkbox"/>			
Outros (especifique) <input type="checkbox"/> _____			
Se VIA NEGATIVA: Deve voltar a ___/___/___ para REPETIR o teste			
Se VIA POSITIVA :			
Crioterapia: Realizada no mesmo dia que a VIA <input type="checkbox"/>			
Adiada <input type="checkbox"/> Se adiada, porquê? _____ Deve voltar para fazer crioterapia em ___/___/___			
Data da próxima consulta: ___/___/___			
REFERÊNCIA:		Para o Hospital: _____	
Suspeita de cancro do colo <input type="checkbox"/>		Lesão que penetra no canal endo-cervical <input type="checkbox"/>	
		Alterações na mama <input type="checkbox"/>	
Lesão > 75% <input type="checkbox"/>		JEC não visualizada <input type="checkbox"/> (Fazer Pap teste)	
Referida para nível superior por outros problemas (especifique): _____			
O Provedor de Saúde (Nome legível): _____			

Anexo V - Tabela 1-6. Provisão de serviços de prevenção do cancro do colo uterino (por nível de unidade de saúde e pessoal)

Nível	Pessoal Envolvido	Serviços	Requisitos
<p>Comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes comunitários^a • Grupos de mulheres • Trabalhadoras de saúde comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento da importância do cancro do colo uterino • Transferência para as unidades sanitárias onde o rastreio é disponível • Cuidados Paliativos (de Suporte) 	<p>Mobilização comunitária</p> <p>Informação, educação e comunicação: palestras, panfletos, mensagens de rádio, etc.</p> <p>Treino e acesso aos materiais necessários</p>
<p>Nível primário^b (CS – consulta integrada de mulher ou consulta Geral)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras, técnicos ou Médicos 	<p>Actividades acima indicadas, mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento (sexual e risco de cancro) • VIA • Tratamento co Crioterapia ou transparência 	<p>Exame pélvico</p> <p>Prevenção de infecção</p> <p>Equipamento básico, CO₂ e acessórios</p>
<p>1^o Nível de referência (Secundário e terciário), Hospital Geral, Distrital e Provincial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acima, mais: • Enfermeiras - Parteiras • Médicos <p>(Especialistas em Obst/Ginec.)</p>	<p>Actividades Acima indicadas, (VIA, crioterapia), mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeção visual do colo uterino usando o ácido acético ou, Colposcopia, colheita de biópsia. • Cirurgias simples • LEEP ou biópsia em cone • Histerectomia simples 	<p>Especialidade Hospitalar Limitada.</p> <p>Laboratório (conservação e envio da biópsia para SAP)</p> <p>Sistema de LEEP e algas</p> <p>Anestesia geral</p>
<p>1^o Nível Quaternário Hospital Central</p>	<p>Acima, mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialistas em Obst/Ginec • (Oncologistas Obst/Ginec) • (Radioterapeuta) 	<p>As actividades acima indicadas, mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico completo (colposcopia, biópsia, HPV) • Cirurgia radical • Radioterapia 	<p>Especialidade completa do hospital</p> <p>Serviços de radioterapia</p> <p>Quimioterapia</p> <p>Cuidados paliativos</p>

^a Pessoas bem informadas; organizações não governamentais locais e grupos privados
^b Nível onde a VIA e a crioterapia são adequadas

Anexo V. Algoritmo de Referência para Prevenção e Tratamento do Cancro de Colo Uterino

Condição	Conduta	Nível de referência	
1. JEC não visualizada	Citologia (Paptest) Preparar a lâmina na US	Hospital Central (SAP)	
2. Suspeita de cancro	Biópsia e tratamento	Hospital Geral, Provincial e Central (SAP) ³	
3. VIA Positivo com lesão acetobranca > 75%	LEEP ⁴ OU Conização com bisturi	Hospital Geral, Provincial ou Central	
4. Lesões que invadem o canal cervical OU Presença de lesão e JEC parcialmente visualizada	a. Colposcopia <u>Se</u> consegue visualizar totalmente a JEC → LEEP OU Conização com bisturi <u>OU</u> b. Colposcopia + Citologia (se não consegue visualizar totalmente a JEC)	Hospital Central	
5. Complicações de tratamento com crioterapia	a. Febre / Dor / Descarga purulenta b. Hemorragia moderada ou intensa	doxiciclina – 100mg 2xdia; metronidazol – 500mg 3xdia) por 7 dias internar para observação e tratamento → se hemorragia é do colo uterino fazer tamponamento → pesquisar e tratar causa (pode ser outra causa não relacionada a crioterapia) → se a causa for infecção tratar como acima	Hospital Geral, Provincial e Central Monitorar a febre para avaliar evolução do tratamento Hospital Geral, Provincial e Central

³ SAP: Serviço de Anatomia Patológica

⁴ Todo material biológico retirado do corpo humano deve ser enviado ao SAP

Agradecimentos

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais que directa ou indirectamente deram o seu contributo para que este instrumento fosse realidade um bem haja!

Grupo técnico (ordem alfabética):

Dra. Alícia Carbonell

Dra. Ana Maria Dai

Dra. Ana Teresa Rombe

Dr. António Munjovo

Dr. Amir Modan

Dr. Armando Melo

Prof. Doutora Carla Carrilho

Dra. Carla Silva Matos

Dra. Ernestina David

Dra. Flávia Cunha

Dra. Isabel Nhatave

Dra. Ileana Gomes Delgado

Dra. Jorge Amez

Dr. Leonardo Chavane

Dra. Lídia Chongo

Dra. Luís Esteves Cobo

Dra. Maria Deolinda

Dra. Magda Ribeiro

Dr. Mário Samussidine

Dra. Olga A. Sigáúque

Dra. Pilar de La Corte

Dra. Verónica Reis

Dr. Vicente Kayura

Revisão técnica

Prof. Doutora Nafissa Osman

Prof. Doutora Fernanda Machungo

Dra. Luisa Almeida

