

A CAUTERIZAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA COMO MEIO DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

HIGH FREQUENCY CAUTERIZATION AS A MEANS OF PREVENTING CERVICAL CANCER

Luiz Roberto Santos Pires¹
Luiz Roberto Eisenberg Pires²

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo a implantação da cauterização como meio primário de prevenção do Câncer do Colo do Útero. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa básica, quantitativa, descritiva, retrospectiva e de campo. A amostra do presente estudo foi composta por 18.699 exames de colpocitologia oncótica onde deste foram encontrados 456 exames alterados, de todas as idades, que entre os anos de 2012 e 2019 precisaram de atendimento e/ou procedimento ginecológico no município. A metodologia desenvolvida foi através de uma rotina de trabalho que envolveu: Incentivar os exames ginecológicos e colpocitologia oncótica. Tratamento das cervicites, independentemente da idade da paciente e Colposcopia para os exames alterados. **Resultados:** Neste período foram realizadas 404 cauterizações tanto em tratamento de cervicites, como tratamento das alterações. Dentre os principais achados deste estudo, destaca-se após oito anos de implementação, o número de casos reduziu de 23% para 8,8% do total de casos atendidos no período, sendo estes dados consequência do tratamento precoce ocorrido nos anos anteriores. **Conclusão:** Com os dados apresentados aponta-se que ser feito a prevenção do câncer do colo do útero com um rastreamento organizado de maneira eficaz, com baixo custo em sistema público de saúde desde que sigamos algumas regras básicas de não agredir desnecessariamente as pacientes e com uma conscientização através de educação da necessidade do exame ginecológico quando do início da vida sexual.

Palavras-chave: Câncer; Colo do útero; Cauterização; Medicina preventiva.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to implement cauterization as a primary means of preventing Cervical Cancer. **Methods:** This is a basic, quantitative, descriptive, retrospective and field research. The sample of the present study consisted of 18,699 Pap smear exams, where 456 altered exams were found, of all ages, which between 2012 and 2019 needed gynecological care and/or procedure in the municipality. The methodology developed was through a work routine that involved: Encouraging gynecological exams and Pap smears. Treatment of

¹Médico Ginecologista e Obstetra. Universidade do Contestado. União da Vitória. Paraná. Brasil. E-mail: luizrspires@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8251-8829>.

²Médico Ginecologista e Obstetra. Universidade do Contestado. Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: lrep@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1355-879X>.

cervicitis, regardless of the patient's age and Colposcopy for altered exams. **Results:** During this period, 404 cauterizations were performed both in the treatment of cervicitis and in the treatment of alterations. Among the main findings of this study, it stands out after five years of implementation, the number of cases reduced from 23% to 8.8% of the total cases seen in the period, these data being a consequence of the early treatment that occurred in previous years. **Conclusion:** With the data presented, it is pointed out that the prevention of cervical cancer can be done with an effectively organized screening, with low cost in the public health system, as long as we follow some basic rules of not unnecessarily harming the patients and with an awareness through education of the need for a gynecological examination at the beginning of sexual life.

Key words: Cancer; Cervix; Cauterization; Preventive medicine.

Artigo recebido em: 30/06/2023

Artigo aceito em: 24/08/2023

Artigo publicado em: 24/08/2023

INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado pelo crescimento desordenado de células, em locais não comuns, invadindo órgãos e tecidos, apresentando uma capacidade rápida de divisão celular, sendo muitas vezes de forma agressiva e incontrolável, determinando a formação de tumores com probabilidade de metástase¹.

O Ministério da Saúde² (p. 25), afirma que “o câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países”, ainda se destaca que tanto a incidência quanto a mortalidade vêm aumentando no mundo por diversos outros motivos. Em mesmo relatório, ainda traz a informação que em 2018 foram estimados mais de 18 milhões de novos casos de câncer, 9,6 milhões de mortos, destacando entre as mulheres o câncer do colo do útero com 6,6%³.

Destaca-se que o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente entre os países com baixo e médio Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo que o Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁶ se encontra atualmente com o IDH é 0,759, considerado alto e o Estado do Paraná com IDH de 0,792, acima da média nacional e considerado alto. Porém, nota-se que este indicador não pode ser referência para um bom desenvolvimento em relação a prevenção do câncer ou ainda pode se afirmar ser incipiente a

inovação em procedimentos ou pesquisas que venham a minimizar os problemas com a patologia.

A incidência estimada de casos novos de câncer de colo de útero para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 17.010, correspondendo a um risco estimado de 15,35 casos a cada 100 mil mulheres³. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero ocupa a sexta posição entre os mais frequentes de câncer. Nas mulheres é o terceiro mais incidente. Quanto a distribuição geográfica é o segundo mais incidentes nas regiões nortes (20,40 por 100 mil) e nordeste (17,59 por 100 mil). Na região centro oeste (16,66 por 100 mil), ocupa a terceira posição; na região sul (14,55 por 100 mil), a quarta; e, na região sudeste (12,93 por 100 mil), a quinta posição³. Em relação à taxa de mortalidade, no Brasil em 2020 ocorreram 6.627 óbitos e a taxa de mortalidade bruta por câncer do colo do útero foi de 6,12 mortes a cada 100 mil mulheres⁴.

O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical é causado pela infecção persistente por alguns tipos do papilomavirus humano (HPV), chamados de tipos oncogênicos. A infecção por HPV é causa necessária para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. As infecções que persistem estão relacionadas a doze tipos considerados oncogênicos, especialmente os HPV 16 e 18, e tem maior risco de progressão para lesões precursoras que, se não identificadas, confirmadas e tratadas, podem evoluir para o câncer ao longo de vários anos. Cofatores conhecidos associados à progressão da doença incluem a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras condições imunossupressoras como tabagismo, multiparidade e uso prolongado de contraceptivo orais⁴.

O Instituto deve ser um instrumento de suma importância para a busca da promoção da qualidade de vida, mesmo notórios avanços na medicina em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, ainda existem fragilidades onde este presente estudo busca saná-las ou minimizá-las, como por exemplo citado no Plano Estratégico do INCA¹ (p. 12), o diagnóstico situacional do instituto, apresentando como um dos principais problemas relacionado com a “Práticas inovadoras incipientes”, “Falta de padronização/mapeamento de processos” e “Falta de alinhamento entre processos realizados e realidade orçamentária”. Esses três itens que aqui se destacam, foram os citados entre os vinte e um mais frequentes problemas levantados pelo relatório e aqui foram escolhidos por correlacionar com os objetivos deste estudo.

Pensar em inovação na área da Medicina, em especial promover pesquisas que busquem tratamentos, diagnósticos precoces ou ainda a prevenção, vai ao encontro da promoção do desenvolvimento sustentável, promovendo o desenvolvimento social na busca da melhoria da

qualidade de vida das pessoas, desenvolvimento econômico, onde os investimentos na prevenção ou no diagnóstico e tratamentos precoces são consideravelmente inferiores em relação aos tratamentos, quando a patologia se encontra em estado avançado ou ainda pior, quando pessoas vêm a óbito precocemente devido ao agravamento e sem sucesso no tratamento.

Sendo assim seja por retirar uma pessoa da forma economicamente ativa com prejuízos ao sistema previdenciário temporário ou definitivo, ou pensões para dependentes para que as perdas sociais sejam as menores, supostamente, e em relação ao desenvolvimento ambiental, seja em busca de recursos que sejam menos nocivos ao meio ambiente, seja na instrumentalização, nas drogas administradas ou nos procedimentos adotados nos tratamentos, que por vezes podem gerar perdas irreparáveis ao meio ambiente, gerando altos custos para tentar minimizar esses impactos.

Diante da temática explorada, o presente estudo teve como objetivo a implantação da cauterização de alta frequência como meio primário de prevenção do Câncer do Colo do Útero, implementado no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto União, Santa Catarina, Brasil. Justifica-se a presente intervenção pela análise dos dados obtidos em um estudo retrospectivo entre os anos de 2012 e 2019, onde a experiência adotada pelos autores pode ser utilizada como difusão de estratégias para a prevenção da patologia supracitada.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa básica, quantitativa, descritiva, retrospectiva e de campo. A população participante do estudo foram indivíduos do sexo feminino que utilizaram do SUS para consultas com o médico ginecologista. A amostra do presente estudo foi composta por 18.699 exames de colpocitologia oncótica onde 456 alterados, entre todas as idades, que entre os anos de 2012 e 2019 precisaram de atendimento e/ou procedimento ginecológico no município de Porto União, Santa Catarina, Brasil.

Os procedimentos adotados na pesquisa foram desenvolvidos através de uma rotina de trabalho, executada através dos seguintes passos:

- a) Realizar exames ginecológicos e colpocitologia oncótica analisando os seus resultados.
- b) Tratamento das cervicites (tanto bacterianas ou virais) através de cauterização do colo uterino, independentemente da idade da paciente que apresente uma vida sexual ativa, após colpocitologia oncótica;

- c) Colposcopia para os exames alterados desde ASC-US até NIC 3 e biópsia do colo uterino se necessário.

A hipótese que embasou às ações foi realizar prevenção do câncer do colo uterino com baixo custo sem agredir as pacientes, com segurança para a saúde em um sistema público atingindo um número considerável de mulheres, nada mais que um rastreamento organizado.

Desenvolveu-se em larga escala:

- a) Consulta ginecológica, uma média de 50 (cinquenta) consultas semanais com exame do colo uterino e colpocitologia oncótica com a coordenação de todos os resultados;
- b) Realizar durante a semana pela manhã os procedimentos de colposcopia com biópsia, cauterizações de cervicites virais ou bacterianas pós citologia oncótica no posto de saúde e reavaliação das pacientes com resultados de biópsia;
- c) Colpocitologia oncótica a todas as pacientes com atividade sexual, independentemente da idade separando os resultados nos grupos de faixa etária de 21 a 69 anos de idade;
- d) Associamos uma tríade diagnóstica para aumentar tanto a especificidade e sensibilidade dos métodos utilizados que é colpocitologia oncótica, colposcopia e biópsia do colo uterino. Realizamos colposcopia no sistema público em todos os exames alterados desde ASC-US até NIC 3 da colpocitologia oncótica;
- e) Com resultado de biópsia iniciamos uma reavaliação das pacientes através da busca ativa pelos agentes comunitários e após reavaliar colo uterino cauterizamos as lesões remanescentes caso existam após biópsia do colo uterino;
- f) Pacientes com controle alterado pela colpocitologia oncótica que apresentem recidiva de lesão em exames subsequentes anuais faz-se nova colposcopia e tratamento preferencial de cauterização se necessário.

Aos dados coletados foi aplicado estatística descritiva, testados quanto a normalidade através do teste D'Agostino-Person, tabulados e analisados quanto a frequência, média e desvio padrão. Os dados foram tabulados utilizando o Software SPSS, versão 29.0.

A metodologia proposta foi formulada respeitando as resoluções 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Contestado através da plataforma Brasil (CAAE: 68949923.5.0000.0117).

RESULTADOS

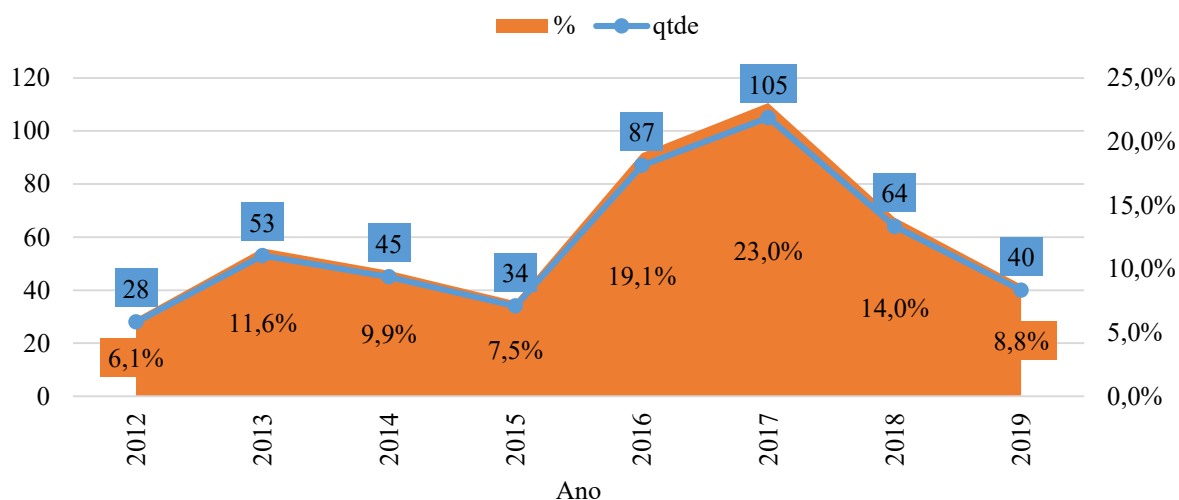
A pesquisa contou com 456 amostras alteradas, entre os anos de 2012 e 2019. A população estudada, como apresentado na tabela 1, possui média de idade com $39,5 \pm 13,9$ anos. O coeficiente de variação se apresentou com um indicador de variabilidade bastante alto, com 35,3%, mostrando que não existe homogeneidade entre as pacientes, onde a mais nova das pacientes foi com 14 anos e a mais velha com 81 anos, dando uma amplitude de 67 anos de diferença, sustentando a necessidade que busca este estudo de sensibilizar para a ampliação do atendimento para além da normativa prevista no INCA, que por sinal foram realizados procedimentos com a metodologia já comentada neste trabalho.

Tabela 1 – Estatística Descritiva sobre as idades

Tamanho Amostra	456	Pessoas
Mínimo	14	Anos
Máximo	81	Anos
Amplitude	67	Anos
Média	39.5	Anos
Desvio Padrão	13.9	Anos
Coeficiente de Variação	35.3	%
Classificação	Alta Variabilidade	
Limite Inferior Padrão	12	Anos
Limite Superior Padrão	67	Anos

O gráfico 1, mostra a evolução do número de casos com diagnóstico alterado após passar pela tríade Citologia, Colposcopia e Histologia, onde percebe-se que a partir do ano de 2017 até 2019, existe um movimento de decréscimo no número de casos.

Gráfico 1 – Evolução do número de casos com alterações na tríade de diagnóstico.



Além da ampliação da faixa etária para dar sequência nos procedimentos de prevenção, pode-se observar na tabela 2 que o número de maior frequência sobre a Citologia se dá pelo ASC-US, com 62,8% dos diagnósticos apresentados durante o procedimento, onde o INCA¹ coloca que quando é diagnosticado ASC-US, o procedimento padrão a ser adotado deve ser o sugerido no quadro 1, porém, entendendo que a prevenção é a forma de intervir de forma menos agressiva, menos custosa financeiramente e com resultados positivos comprovadamente exitosos, a metodologia adotada para a prevenção nesses casos é a de Cauterização (tabela 3), fundamenta-se nessas hipóteses a tese apresentada a seguir, quando se observa a evolução de alguns diagnósticos de ASC-US para outra forma mais agressiva da patologia.

Tabela 2 - Número de resultados sobre o procedimento de Citologia

Citologia	N	%
ASC-US	297	62.8%
NIC-I	60	12.7%
ASC-H	49	10.4%
NIC-III	25	5.3%
NIC-II	19	4.0%
ARG-US	19	4.0%
ARG-H	3	0.6%
ALT. NUCLEAR LIMITROFE	1	0.2%
Total	473*	100.0%

Legenda: *O valor superior ao tamanho da amostra se deve pela presença de mais de uma citologia na mesma paciente.

Tabela 3 - Número de cauterizações

Ano	Quantidade	%
2012	85	21%
2013	59	15%
2014	46	11%
2015	32	8%
2016	25	6%
2017	45	11%
2018	53	13%
2019	59	15%
Total	404	100%

Durante a análise dos dados, foram constatados que dos 297 casos de ASC-US, 101 deles apresentaram NIC-I no resultado da Patologia, o que mostra que se fossem adotadas as sugestões que traz as orientações do INCA nas diretrizes para o rastreamento do câncer do colo de útero mostrado no quadro 1, não necessariamente deveriam ir para procedimento de

intervenção, ou seja, representando 34,0% dos casos de ASC-US que poderiam ser agravados. Quando se considera o avanço de ASC-US para NIC-II ou NIC-III, são observados 10,8% de casos agravados, onde apresentam-se na evolução 32, entre os 297 considerados. Ou seja, se considerar o avanço de ASC-US para NIC-I, NIC-II ou NIC-III, 133 casos foram observados, representando 29,2% da população estudada que seriam ignorados ou realizados outros procedimentos menos eficazes, ainda em comparação com o que é sugerido pelo INCA no quadro 1, para menores de 25 anos, nota-se que se fosse aplicada a conduta inicial, na amostra apresentada teria um total de 21 casos de NIC-I, II ou III, dos 41 casos que apresentaram ASC-US que não seriam diagnosticados e poderiam ter seus quadros agravados.

Quadro 1 – Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica.^{z1}

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Em relação aos casos que foram levados para o diagnóstico da Patologia, percebe-se uma alta frequência nos resultados de NIC-I, NIC-II e NIC-III, onde juntos apresentam 224 (53,4%) casos entre os 420 que realizaram tal procedimento, reforçando o quantitativo quanto se comparado com a Colposcopia, onde apresentaram o total de observações de 371 (83,0%) entre os 458 casos com este diagnóstico, como mostram as tabelas 4 e 5 abaixo.

Tabela 4 - Números de resultados da Patologia

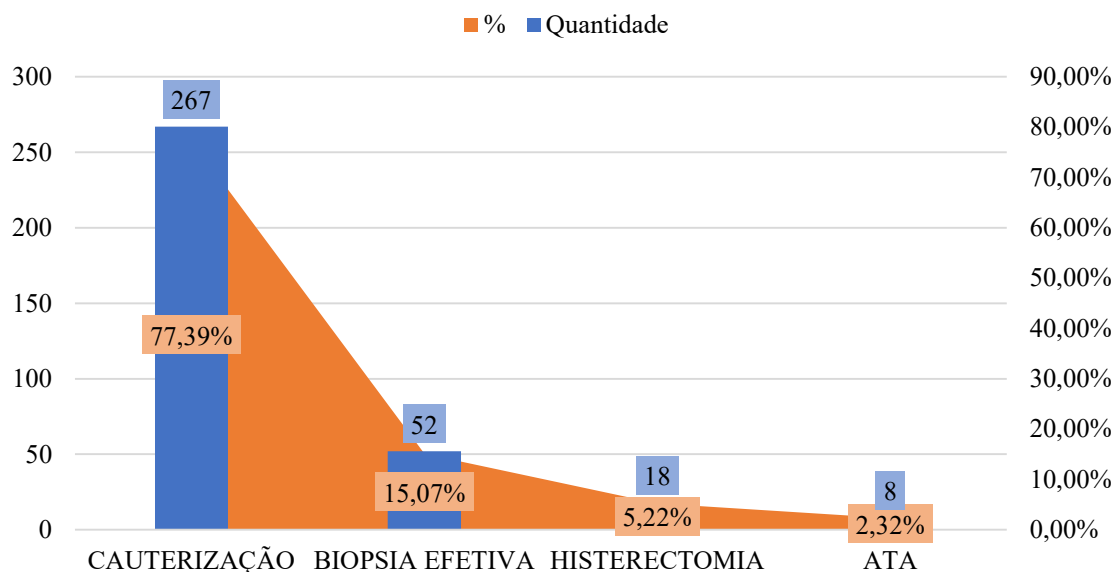
Tipo	Quantidade	%
NIC-I	146	34,8%
CERVICITE	105	25,0%
NIC-II	55	13,1%
COLO NORMAL	52	12,4%
NIC-III	23	5,5%
ENDOCERVICITE	21	5,0%
PÓLIPO	14	3,3%
METAPLASIA IMATURA	4	1,0%
Total	420	100,0%

Tabela 5 - Números de resultados sobre a Colposcopia

Tipo	N	%
NIC-I	197	43.0%
NIC-II	131	28.6%
NORMAL	61	13.3%
NIC-III	43	9.4%
CERVICITE	21	4.6%
PÓLIPO	5	1.1%
Total	458	100.0%

Os procedimentos de intervenção adotados nos casos de prevenção, objetivo principal da apresentação e sensibilização sobre este trabalho, foram no total observados 345 procedimentos de intervenção médica entre os 456 casos analisados, a cauterização foi o tipo mais realizado, 267 (77,39%) entre os 345 procedimentos, onde todos os casos apresentaram melhora significativa ou total, não havendo sequelas ou problemas observados em relação aos procedimentos na sequência após o retorno das pacientes durante todo o período de tempo analisado durante o levantamento desta pesquisa, como pode ser observado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos Procedimentos adotados nas Intervenções para a Prevenção do Câncer do Colo de Uterino



*Nota-se haver um decréscimo de exames alterados, pela retirada, como abandono de tratamento e gestantes.

Com os dados apresentados aponta-se que pode ser feita prevenção do câncer do colo do útero com um rastreamento organizado de maneira eficaz, realizando uma tríade diagnóstica, que é a inserção de colpocitologia, colposcopia e biópsia do colo uterino quando necessário, como observamos na tabela 6.

Tabela 6 - Números de resultados sobre a Colposcopia

Tipo	Quantidade	%
NIC-I	197	43,0%
NIC-II	131	28,6%
NORMAL	61	13,3%
NIC-III	43	9,4%
CERVICITE	21	4,6%
PÓLIPO	5	1,1%
Total	458	100,0%

A Tabela 7, apresenta-se um comparativo dos quantitativos de procedimentos de colposcopia e patologia. A colposcopia é um exame ginecológico que permite avaliar a saúde do colo uterino, da vagina e da vulva. Junto com o exame preventivo, chamado Papanicolau, é importante a ferramenta de rastreio e diagnóstico de doenças ou patologias (qualquer desvio anatômico e/ou fisiológico, em relação à normalidade, que constitua uma doença ou caracterize determinada doença), como, para o caso desta pesquisa, o câncer do colo do útero.

Tabela 7 - Comparativo de procedimentos de patologia e colposcopia

Procedimentos Tipo	Patologia		Colposcopia	
	Quantidade	%	Quantidade	%
NIC-I	146	35,10%	197	49,62%
CERVICITE/ENDOCERVICITE	126	30,29%	21	5,29%
NIC-II	55	13,22%	131	33,00%
COLO NORMAL	52	12,50%	0	0,00%
NIC-III	23	5,53%	43	10,83%
PÓLIPO	14	3,37%	5	1,26%
Total	416	100,00%	397	100,00%

Observa-se que com as cauterizações de cervicite, diminuiu a incidência de alterações citológicas. Cauterizar o colo uterino que apresentam infecções virais ou bacterianas após colpocitologia oncótica para que não se tornem à porta de entrada de futuras infecções, ou repetição de infecções trazendo as lesões de alto grau do colo uterino e o câncer do colo do útero.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo a implantação da cauterização como meio primário de prevenção do Câncer do Colo do Útero, sendo que o tratamento adotado mostrou eficácia para devida finalidade. Até o presente momento os autores desconhecem abordagem igual ou similar a apresentada neste estudo.

A metodologia de trabalho foi desenvolvida pelo autor L.R.S.P, entre os anos de 2012 e 2019, sendo que durante a sua prática em consultório e a vasta leitura e descobertas da medicina, notou que o herpes papiloma vírus era o agente principal causador de câncer do colo uterino, assim como a utilização da técnica da cirurgia de alta frequência, apresentada para o tratamento das lesões do colo uterino. Com a aplicação de tal prática em pacientes jovens que tinham o desejo de procriar, notou-se que as submetidas a cirurgia de alta frequência e que engravidaram, uma porcentagem delas apresentava complicações na gestação tais como: prematuridade, amniorrexes prematura e incompetência istmo cervical. Diante de tais fatos levantou-se a hipótese de que colo tratado não desenvolveria a doença da forma invasora.

Importante observar com a menor agressão possível, utilizamos cauterização do colo uterino, não de ectopias e sim de processos inflamatórios crônicos que modificam o colo uterino com criptas onde ficam alojadas bactérias e vírus ocasionando infecções recorrentes e esperando o momento oportuno de queda da imunidade para desencadear doença.

Com a cauterização ocorre a reepitelização do colo uterino fazendo desaparecer a superfície áspera de tom avermelhado para obter-se um colo com aspecto róseo, liso que não apresenta alteração da junção escamo-colunar (JEC) e ou estenose de canal cervical.

Destaca-se ainda que a cauterização do colo uterino com cervicite independentemente da idade da paciente, com a premissa que o colo tratado não vai apresentar no futuro colpocitologia oncótica alterada, diminuindo conseqüentemente a necessidade de colposcopia e biópsia do colo uterino.

O presente estudo apresenta uma abordagem na atenção primária as alterações na saúde do colo uterino em uma unidade do SUS com baixo custo, o que pode ser apontado como solução aos problemas listados por de Mendonça et al.⁷, que afirmam fatores impactantes no rastreamento, coleta de exame de prevenção, erro de leitura dos resultados, dificuldade de acesso aos serviços especializados e atraso no tratamento.

Em relação ao custo de tratamento do câncer do colo do útero, Silveira et al.⁸ aponta que a taxa média de internação por esse motivo foi de 3,54 a cada 10.000 mulheres no Brasil, com gasto médio por internação de R\$ 1.683,33, o que representa quatro vezes mais que o investidos em profissionais da saúde. Destaca-se ainda que das mulheres que passaram por internação 13.358 evoluíram para óbito em cinco anos, dados que não estão presentes na população estudada neste estudo devido ao tratamento preventivo adotado.

Claro, Lima e Almeida⁹ realizaram um levantamento das metodologias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero em países sul-americanos, dentre eles o Brasil. Os autores apontam que em território brasileiro há problemas recorrentes em relação a coordenação das ações e falhas no seguimento das mulheres com exames alterados. Corroborando com tais dados, Lopes e Ribeiro¹⁰ apontam que dentre os fatores facilitadores para o controle do câncer do colo do útero estão a ampla cobertura do exame Papanicolaou e de biopsias equivalente ao número de preventivos alterados. Entretanto apresentou aspectos limitadores de acesso como periodicidade inadequada do Papanicolau, dificuldades para agendamento de consultas e exames, alto índice de estadiamento avançado e atrasos no diagnóstico e no início de tratamento.

Ao cruzar tais afirmações com os dados coletados e a metodologia apresentada neste estudo, vemos que o controle de alterações e a prevenção realizada através da cauterização pode apresentar uma solução de fácil acesso a ser implementado em todo o território nacional.

Silva et al.¹¹ em seu estudo de levantamento, apontam que houve declínio no acompanhamento e cobertura de exames relacionados a saúde da mulher, como o Papanicolau

e exames citopatológicos, apresentando ainda um atraso no início do tratamento do câncer de colo do útero. Os autores afirmam que a queda na cobertura do rastreamento e o seguimento inadequado de mulheres com resultados alterados indicam a necessidade de aprimorar as estratégias de detecção precoce da doença e estabelecer mecanismos de avaliação e monitoramento constante das ações, como é proposto por este estudo.

CONCLUSÃO

Os procedimentos adotados na presente intervenção se contrapuseram em alguns pontos os adotados pelo INCA, sobretudo nos procedimentos relacionados ao fator idade, onde neste estudo foram realizadas cauterizações em idades variadas, incluindo as abaixo de 25 anos. Ressalta-se que a incidência de alterações nos diagnósticos reduziu significativamente após oito anos de estudo, tempo hábil para implementação dos pressupostos metodológicos.

Destaca-se que com o rastreamento organizado, coordenação dos resultados de exames, seguimento com busca ativa, avaliação adequada e utilizando a cauterização como tratamento prioritário, reduzimos o número de óbito e câncer de colo de útero invasivo para zero nas pacientes que fizeram acompanhamento em nosso serviço com conseqüente diminuição da incidência do câncer de colo de útero.

Assim sendo, evita-se a necessidade de radio e quimioterapia e seus potenciais efeitos mórbidos a curto, médio e longo prazo, e um gasto desnecessário para tratamentos fora do domicílio. Sem ressaltar o abalo psicológico, familiar e financeiro para a mulher, que é portadora de um câncer invasor do colo do útero.

Este trabalho expõe a necessidade de uma formação continuada na classe médica sobre inovações em procedimentos, materiais, normativas para intervenções médicas, havendo uma importância na divulgação dos resultados onde as práticas sejam exitosas, além de suscitar a sensibilização sobre aprofundamento em estudos que vêm promover a evolução na medicina em prol da busca pelo atendimento à população de forma mais eficaz e com melhor aproveitamento de recursos, em épocas onde os recursos são cada vez mais escassos, principalmente os públicos.

REFERÊNCIAS

1. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. O que é câncer? INCA; 2020. <https://www.inca.gov.br/o-que-ecancer>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático sobre o HPV. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
4. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW (ed.) World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020.
5. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE 2020. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento; 2020.
7. Mendonça EC, Alves CP, Izel FTS, Silva I M. Tratamento do câncer do colo do útero no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): revisão sistemática. Research, Society and Development. 2022; 11(16): e314111638421-e314111638421.
8. Silveira L T, Cardoso G D M, Lima DC et al. Avaliação dos custos relacionados às medidas preventivas e ao tratamento do câncer de colo de útero no Brasil. Brazilian Journal of Health Review. 2022; 5(2): p.6550-6569.
9. Claro IB, Lima LDD, Almeida PFD. Cervical cancer guidelines, prevention and screening strategies: experiences from Brazil and Chile. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26: p.4497-4509.
10. Lopes V AS, Ribeiro JM. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24: p.3431-3442.
11. Silva GA, Alcantara LLDM, Tomazelli JG. et al. Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2022; 38: p. e00041722.