

MÊS DE PREVENÇÃO

DO CÂNCER DO COLO

DO ÚTERO

MÊS DE PREVENÇÃO

DO CÂNCER COLORRETAL



# MARÇO

*lilás* *azul*  
MARINHO

**SERPLAMIED**

Serviço de Planejamento e Assessoria em Medicina do Trabalho

- Estimativas de novos casos: 17.010 (2022 - INCA);
- Número de mortes: 6.606 (2021 - Atlas de Mortalidade por Câncer - SIM).

**FATORES DE RISCO:** O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do **vírus HPV (Papilomavírus Humano)**. O câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV. Ou seja, a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical uterino. Fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e a progressão para lesões precursoras ou câncer. Desta forma, **o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero.**

**SINTOMAS:** Em fases iniciais, o câncer do colo do útero **pode não apresentar sintomas**. Em fases mais avançadas, pode causar sangramento vaginal anormal, secreção vaginal anormal, dor pélvica, desconforto ou sangramento durante às relações sexuais e alterações urinárias ou intestinais.

**RASTREAMENTO:** O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o **exame citopatológico (exame de Papanicolaou)**, que deve ser oferecido às **mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual**. Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer.

**A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano.**

**TRATAMENTO:** Se confirmada a presença de **lesão precursora**, ela poderá ser tratada a nível ambulatorial, por meio de uma **eletrocirurgia**. O tratamento para o **câncer de colo uterino** dependerá do estadiamento da doença e fatores como idade da paciente e desejo de ter filhos; na maioria dos casos, em estágios iniciais, envolve **histerectomia total radical**, por vezes seguida de tratamento complementar com quimioterapia ou radioterapia; em estágios avançados, em que há comprometimento dos gânglios linfáticos da pelve ou outros órgãos, envolve uma combinação de quimioterapia e radioterapia ou apenas quimioterapia.

- Estimativa de novos casos: 45.630, sendo 21.970 homens e 23.660 mulheres (2022 - INCA); e
- Número de mortes: 21.262, 10.662 homens/10.598 mulheres (2021 - Atlas de Mortalidade por Câncer).

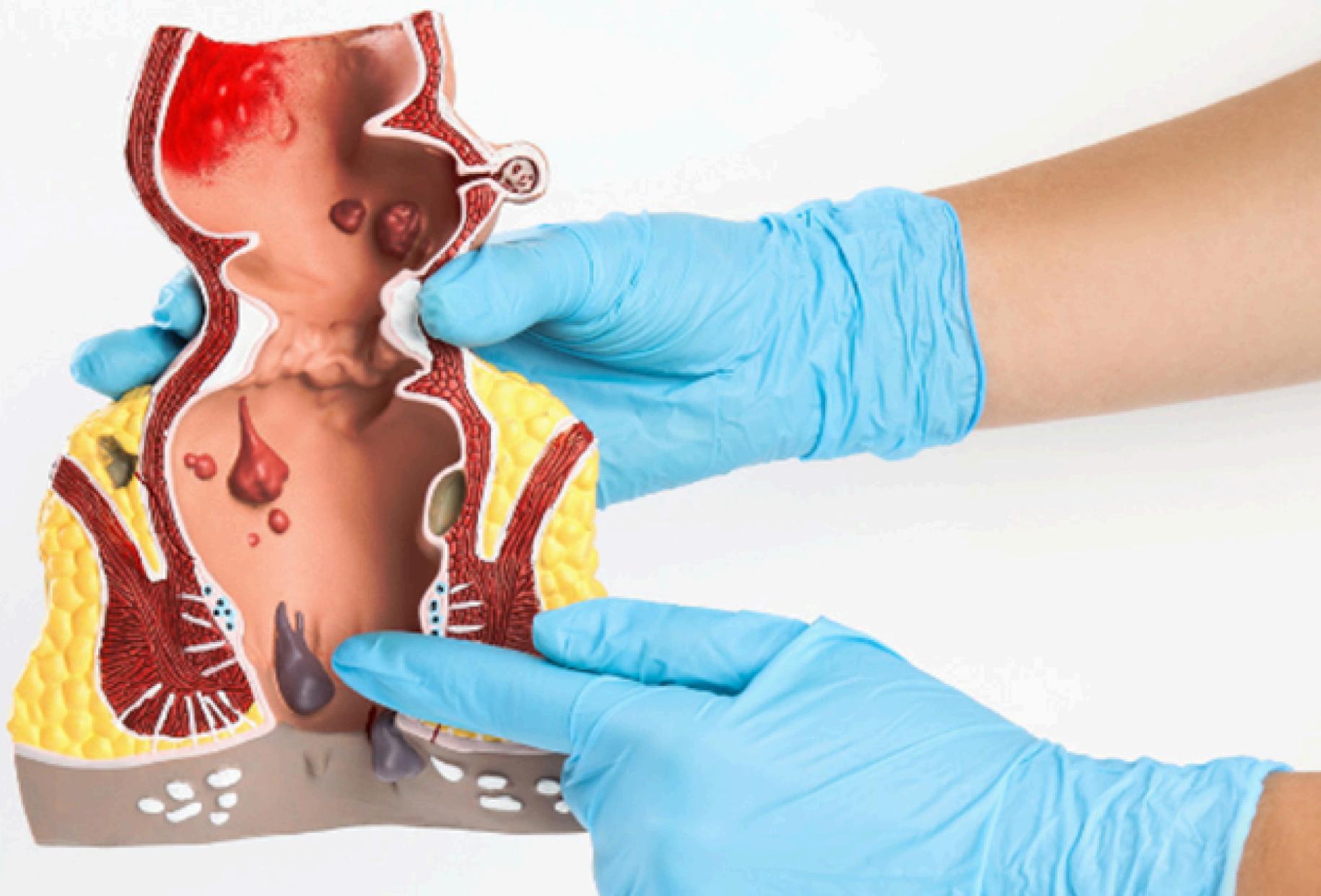
### **Fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física:**

Excesso de gordura corporal (**sobrepeso e obesidade**) aumenta o risco de desenvolver câncer colorretal. **O consumo de carnes processadas** (presunto, salsicha, linguiça, bacon, salame, mortadela, peito de peru, dentre outros) aumentam o risco. **O consumo de carne vermelha em excesso** está fortemente associado ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer colorretal. Fortes evidências associam **o consumo de bebidas alcoólicas** ao aumento do risco para câncer de intestino quando a quantidade ingerida é superior a 30 gramas de etanol por dia (cerca de duas doses de bebida alcoólica). O **tabagismo** também é fator de risco para o desenvolvimento de câncer de intestino. Outros fatores relacionados à maior chance de desenvolvimento da doença são **história familiar de câncer de intestino, história pessoal de câncer de intestino, ovário, útero ou mama. Doenças inflamatórias do intestino**, como retocolite ulcerativa crônica e doença de Crohn, também aumentam o risco de câncer do intestino, bem como doenças hereditárias, como polipose adenomatosa familiar (FAP) e câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC). A **exposição ocupacional à radiação ionizante**, como aos raios X e gama, pode aumentar o risco para câncer de cólon; profissionais do ramo devem estar mais atentos.

**PREVENÇÃO:** Uma alimentação saudável (os in natura e minimamente processados de origem vegetal) têm efeito protetor nas diferentes fases da carcinogênese, desde a iniciação até a progressão do tumor. Evidências apontam que consumir alimentos contendo fibra e cereais integrais minimamente processados (arroz, milho, aveia) reduz o risco desse câncer; deve-se evitar o consumo de carnes processadas e limitar o consumo de carnes vermelhas até 500 gramas de carne cozida por semana. Já a atividade física configura-se como um importante fator de proteção para o câncer de cólon, não demonstrando o mesmo efeito para o câncer de reto. Manutenção do peso corporal adequado. Não fumar e não se expor ao tabagismo.

**SINTOMAS:** Os sintomas mais frequentemente associados ao câncer do intestino são sangue nas fezes; diarreia e/ou prisão de ventre; dor, cólica ou desconforto abdominal; fraqueza e anemia; perda de peso sem causa aparente; fezes muito finas e compridas; massa (tumoração) abdominal.

**DETECÇÃO:** Os tumores de cólon e reto podem ser detectados precocemente por meio de dois exames principais: pesquisa de sangue oculto nas fezes e endoscopias (colonoscopia ou retossigmoidoscopia).



- **Estimativas de novos casos:** 17.010 (2022 - INCA);
- **Número de mortes:** 6.606 (2021 - Atlas de Mortalidade por Câncer - SIM).

**FATORES DE RISCO:** O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do **vírus HPV (Papilomavírus Humano)**, especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais (WHO, 2010). A infecção pelo HPV é muito comum. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Aproximadamente 290 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou ambos (SANJOSÉ et al., 2007). Comparando-se esse dado com a incidência anual de aproximadamente 500 mil casos de câncer de colo do útero (WHO, 2010), conclui-se que **o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV. Ou seja, a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical uterino.** Na maioria das vezes, a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição (IARC, 2007). No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste e, especialmente, é causada por um subtipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras (lesão intraepitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma in situ), cuja identificação e tratamento adequado previne a progressão para o câncer cervical invasivo (WHO, 2008). Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo, carga viral, infecção única ou múltipla), **fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e a progressão para lesões precursoras ou câncer.** Desta forma, **o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero** (ICESCC, 2006; 2007; 2009). A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (IARC, 2007).

**AUMENTO DO RISCO:** início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros; tabagismo (a doença está diretamente relacionada à quantidade de cigarros fumados); uso prolongado de pílulas anticoncepcionais.

**SINTOMAS:** Em fases iniciais, o câncer do colo do útero pode não apresentar sintomas. Em fases mais avançadas, pode causar sangramento vaginal anormal, secreção vaginal anormal (em quantidade, cor e odor), dor pélvica, desconforto ou sangramento durante às relações sexuais e alterações urinárias ou intestinais.

**DETECÇÃO PRECOCE:** As estratégias para a detecção precoce do câncer são o diagnóstico precoce (examinar pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento) (WHO, 2007).

### **RASTREAMENTO [EXAME CITOPATOLÓGICO (EXAME DE PAPANICOLAOU)].**

O rastreamento do câncer é uma estratégia dirigida a um grupo populacional específico no qual o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. Os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos, que geram ansiedade e excesso de exames; os resultados falso-negativos, que têm como consequência a falsa tranquilidade do paciente; o sobrediagnóstico e o sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente (diagnosticados e tratados sem que representassem ameaça à vida) e os possíveis riscos dos testes para rastrear os diferentes tipos de câncer (BRASIL, 2010; INCA, 2021). O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer (BRASIL, 2010; INCA, 2016, 2021; WHO, 2021).

A priorização dessa faixa etária como população-alvo justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência desse câncer aumenta entre 30 e 39 anos, e atinge seu pico na quinta ou sexta década de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a pessoa tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada à sua lenta evolução (INCA, 2016, 2021).

**A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano.**

A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalos de três anos (INCA, 2016, 2021). O rastreamento de pessoas portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas constitui uma situação especial, pois, em função da defesa imunológica reduzida e, conseqüentemente, da maior vulnerabilidade para as lesões precursoras do câncer do colo do útero, o exame deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, com periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento pessoas sem história de atividade sexual ou submetidas à histerectomia total por outras razões que não o câncer do colo do útero (BRASIL, 2016).

É importante destacar que a priorização de uma faixa etária não significa a impossibilidade da oferta do exame para as pessoas mais jovens ou mais velhas. Na prática assistencial, a anamnese bem realizada e a escuta atenta para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos e do histórico assistencial são fundamentais para a indicação do exame de rastreamento. Pessoas diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas (BRASIL, 2016). O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau) pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública e sua realização periódica permite reduzir a ocorrência e a mortalidade pela doença. É um exame simples e rápido, podendo, no máximo, causar um pequeno desconforto. Para garantir um resultado correto, preferencialmente, não se deve ter relações sexuais (mesmo com camisinha) no dia anterior ao exame e evitar o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores à sua realização. É importante também não estar menstruada, porque a presença de sangue pode alterar o resultado. Mulheres grávidas também podem se submeter ao exame, sem prejuízo para sua saúde ou a do bebê.

Como é feito o exame: Para a coleta do material, é introduzido na vagina um instrumento chamado espéculo (conhecido popularmente como “bico de pato”, devido ao seu formato); o profissional de saúde faz a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero; o profissional promove a escamação da superfície externa e interna do colo do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha; as células colhidas são colocadas numa lâmina de vidro para análise em laboratório especializado em citopatologia.

Resultados do exame citopatológico (exame de Papanicolaou): Negativo para câncer: Se esse for o seu primeiro resultado negativo, você deverá fazer novo exame preventivo daqui a um ano. Se você já tem um resultado negativo no ano anterior, deverá fazer o próximo exame preventivo daqui a três anos; Infecção pelo HPV ou lesão de baixo grau: Você deverá repetir o exame daqui a seis meses; Lesão de alto grau: Você vai precisar fazer outros exames, como a colposcopia; Amostra insatisfatória: A quantidade coletada de material não foi suficiente para fazer o exame. Você deve repetir o exame logo que for possível.

## DIAGNÓSTICO PRECOCE.

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer (WHO, 2017). Nessa estratégia, é importante que a população e os profissionais estejam aptos para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer, bem como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Por apresentar sinais e sintomas apenas em fases mais avançadas, o diagnóstico precoce desse tipo de câncer é de difícil realização, mas deve ser buscado por meio da investigação de sinais e sintomas mais comuns como (BRASIL, 2016; 2021; OPAS, 2016): corrimento vaginal, às vezes fétido; sangramento irregular em mulheres em idade reprodutiva.

Os seguintes testes podem ser utilizados: Exame pélvico e história clínica: exame da vagina, colo do útero, útero, ovário e reto através de avaliação com espécuro, toque vaginal e toque retal. Exame Preventivo (Papanicolau). Colposcopia: exame que permite visualizar a vagina e o colo de útero com um aparelho chamado colposcópio, capaz de detectar lesões anormais nessas regiões. Biópsia: se células anormais são detectadas no exame preventivo (Papanicolau), é necessário realizar uma biópsia, com a retirada de pequena amostra de tecido para análise no microscópio.

## TRATAMENTO.

Se confirmada a presença de lesão precursora, ela poderá ser tratada a nível ambulatorial, por meio de uma eletrocirurgia. O tratamento para o Câncer de Colo Uterino caso deve ser avaliado e orientado por um médico. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento (estágio de evolução) da doença e fatores pessoais, como idade da paciente e desejo de ter filhos. Na maioria dos casos, em estágios iniciais, envolve cirurgia (Histerectomia Total Radical), por vezes seguida de tratamento complementar com quimioterapia ou radioterapia. Em estágios avançados, em que há comprometimento dos gânglios linfáticos (linfonodos) da pelve ou de outros órgãos, envolve uma combinação de quimioterapia e radioterapia ou apenas quimioterapia.

## PREVENÇÃO.

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo Papilomavírus Humano (HPV). A transmissão da infecção ocorre por via sexual, presumidamente por meio de abrasões (desgaste por atrito ou fricção) microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Conseqüentemente, o uso de preservativos (camisinha masculina ou feminina) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer pelo contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal.

### Vacinação contra o HPV:

O Ministério da Saúde implementou no calendário vacinal, em 2014, a vacina tetravalente contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos. A partir de 2017, o Ministério estendeu a vacina para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Essa vacina protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Os dois primeiros causam verrugas genitais e os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero.

A vacinação e a realização do exame preventivo (Papanicolau) se complementam como ações de prevenção desse tipo de câncer. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada (a partir dos 25 anos), deverão fazer o exame preventivo periodicamente, pois a vacina não protege contra todos os tipos oncogênicos do HPV. Para mulheres com imunossupressão (diminuição de resposta imunológica), vivendo com HIV/Aids, transplantadas e portadoras de cânceres, a vacina é indicada até 45 anos de idade.



**Estimativa de novos casos:** 45.630, sendo 21.970 homens e 23.660 mulheres (2022 - INCA); e

**Número de mortes:** 21.262, sendo 10.662 homens e 10.598 mulheres (2021 - Atlas de Mortalidade por Câncer - SIM).



## **Fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física.**

**Excesso de gordura corporal** (sobrepeso e obesidade) aumenta o risco de desenvolver câncer colorretal, com evidente relação dose-resposta. Manter a gordura corporal em níveis adequados (IMC entre 18.5 e 24.9 Kg/m<sup>2</sup>), por sua vez, reduz as chances de desenvolver esse tipo de câncer. Maior quantidade de gordura corporal está relacionada a elevados níveis de insulina, com decorrente crescimento celular e inibição do processo de apoptose. O excesso de gordura corporal também promove um estado de inflamação crônica no organismo. Essas alterações biológicas decorrentes do excesso de gordura são promotoras de carcinogênese nas células intestinais.

**O consumo de carnes processadas** (presunto, salsicha, linguiça, bacon, salame, mortadela, peito de peru, dentre outros) aumentam o risco. Estimativas indicam que para cada porção de 50 gramas de carne processada consumida diariamente o risco de câncer colorretal aumenta em 18%. Durante o processamento, carnes processadas são submetidas a altas temperaturas, resultando na produção de aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos com potencial carcinogênico em pessoas com predisposição.

**O consumo de carnes processadas** (presunto, salsicha, linguiça, bacon, salame, mortadela, peito de peru, dentre outros) aumentam o risco. Estimativas indicam que para cada porção de 50 gramas de carne processada consumida diariamente o risco de câncer colorretal aumenta em 18%. Durante o processamento, carnes processadas são submetidas a altas temperaturas, resultando na produção de aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos com potencial carcinogênico em pessoas com predisposição.

O consumo de carne vermelha em excesso está fortemente associado ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer colorretal. Apesar de serem importantes fontes de proteína, ferro, zinco e vitamina B12, as carnes vermelhas in natura (bovina, suína, de cordeiro e de cabra), quando consumidas em excesso, aumentam o risco de câncer colorretal. Observa-se efeito dose resposta na relação entre carne vermelha e câncer de intestino, quanto maior o consumo maior o risco da doença. Recomenda-se limitar o consumo de carne vermelha a menos de 500 gramas de carne cozida por semana (aproximadamente 700-750g do peso cru). Uma das possíveis explicações para essa associação é que as carnes vermelhas são fontes importantes de ferro-heme, nutriente essencial ao corpo, mas que, em excesso, pode levar à formação de compostos N-nitrosos e de formas alcenais citotóxicas oriundas da peroxidação lipídica.

Fortes evidências associam o consumo de bebidas alcoólicas ao aumento do risco para câncer de intestino quando a quantidade ingerida é superior a 30 gramas de etanol por dia (cerca de duas doses de bebida alcoólica). Resultados de estudos de coorte e metanálises recentes fornecem evidências consistentes da relação dose-resposta entre o consumo médio de álcool e câncer colorretal. Entre os mecanismos reconhecidos que explicam a associação do álcool com o câncer, está o fato de o etanol ser convertido em acetoaldeído no organismo. Ambos são classificados como agentes carcinógenos para humanos. Além disso, o etanol funciona como solvente, facilitando a entrada de outras substâncias carcinógenas nas células.

O tabagismo também é fator de risco para o desenvolvimento de câncer de intestino. Outros fatores relacionados à maior chance de desenvolvimento da doença são história familiar de câncer de intestino, história pessoal de câncer de intestino, ovário, útero ou mama, além de tabagismo.

Doenças inflamatórias do intestino, como retocolite ulcerativa crônica e doença de Crohn, também aumentam o risco de câncer do intestino, bem como doenças hereditárias, como polipose adenomatosa familiar (FAP) e câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC). Pacientes com essas doenças devem ter acompanhamento individualizado.

A exposição ocupacional à radiação ionizante, como aos raios X e gama, pode aumentar o risco para câncer de cólon. Assim, profissionais do ramo da radiologia (industrial e médica) devem estar mais atentos.

Uma **alimentação saudável** (os in natura e minimamente processados de origem vegetal) têm efeito protetor nas diferentes fases da carcinogênese, desde a iniciação até a progressão do tumor. Evidências apontam que consumir alimentos contendo fibra e cereais integrais (grãos) minimamente processados (arroz, milho, aveia) reduz o risco desse câncer.

Já a **atividade física** configura-se como um importante fator de proteção para o câncer de cólon, não demonstrando o mesmo efeito para o câncer de reto. A atividade física também contribui para a redução da mortalidade por câncer colorretal, devendo ser recomendada inclusive durante o tratamento.

Alguns mecanismos biológicos explicam como a prática da atividade física pode prevenir a doença. Além de promover o equilíbrio nos níveis de hormônios (os sexuais e os relacionados ao metabolismo da glicose, por exemplo), a atividade física reduz os marcadores inflamatórios e o tempo de trânsito gastrointestinal, com consequente redução do período de contato das substâncias que favorecem a carcinogênese com a mucosa do intestino. Outro benefício é o fortalecimento da imunidade.

Recomenda-se fazer atividade física de intensidade moderada a vigorosa. Sugere-se iniciar com menos tempo (duração / minutos) e e/ou intensidade (velocidade/sobrecarga) e na medida em que o condicionamento físico melhorar e/ou houver percepção de bem-estar, aumentar a duração e/ou a intensidade para alcançar 150 minutos ou mais de atividade física moderada a vigorosa por semana.

Recomenda-se ainda limitar hábitos sedentários, como ficar muito tempo sentado ou deitado vendo televisão, computador, celular, tablet ou videogame. Para isso a atividade física de intensidade leve pode ser uma importante opção, por exemplo levantando-se e caminhando de um cômodo ao outro após algum tempo nas posições referidas. As fibras dos alimentos de origem vegetal estimulam a formação de produtos de fermentação, especialmente os ácidos graxos de cadeia curta, como o butirato, que reduzem a proliferação celular e induzem à apoptose. Uma alimentação rica em fibras também reduz a resistência à insulina, alteração reconhecida como fator de risco para esse câncer. A recomendação para um adulto saudável é consumir de 25g a 30g de fibras ao dia.

O consumo de laticínios (leite, queijo e iogurte), assim como a suplementação de cálcio, são associados à diminuição do risco para câncer colorretal. Porém, não é recomendado o uso de suplementos alimentares com a finalidade de prevenir nenhum tipo de câncer. O consumo desses alimentos deve ser incentivado dentro do padrão de uma alimentação saudável. Além disso deve-se evitar o consumo de carnes processadas (por exemplo salsicha, mortadela, linguiça, presunto, bacon, blanquet de peru, peito de peru, salame) e limitar o consumo de carnes vermelhas até 500 gramas de carne cozida por semana. Esse padrão de alimentação é rico em fibras e, além de promover o bom funcionamento do intestino, também ajuda no controle do peso corporal.

A manutenção do peso corporal adequado, a prática de atividade física, assim como a alimentação saudável são fundamentais para a prevenção do câncer de intestino. Uma alimentação saudável é composta, principalmente, por alimentos in natura e minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, feijões e outras leguminosas, grãos e sementes.

Manter o peso dentro dos limites da normalidade e fazer atividade física, movimentando-se diariamente ou na maior parte da semana, são fatores importantes para a prevenção deste tipo de câncer.

Não fumar e não se expor ao tabagismo.

### **DETECÇÃO:**

As estratégias para a detecção precoce do câncer são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o rastreamento (aplicação de exame numa população alvo assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de pré-câncer e câncer e encaminhar os pacientes com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento).

## RASTREAMENTO

O rastreamento do câncer é uma estratégia dirigida a um grupo populacional específico em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade e da incidência, nos casos de existência de lesões precursoras. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. Os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos, que geram ansiedade e excesso de exames; os resultados falso-negativos, que resultam em falsa tranquilidade para o paciente; o sobrediagnóstico e o sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente (diagnosticados e tratados sem que representassem uma ameaça à vida); e os possíveis riscos do teste elegível (Brasil, 2010; INCA, 2021).

**Os tumores de cólon e reto podem ser detectados precocemente por meio de dois exames principais: pesquisa de sangue oculto nas fezes e endoscopias (colonoscopia ou retossigmoidoscopia).**

Esses exames devem ser realizados em pessoas com sinais e sintomas sugestivos de câncer, visando ao diagnóstico precoce, ou como rastreamento, nas pessoas sem sinais e sintomas, mas pertencentes a grupos de médio risco (pessoas com 50 anos ou mais) e alto risco (indivíduos com história pessoal ou familiar de câncer de intestino, de doenças inflamatórias do intestino ou síndromes genéticas, como a de Lynch).

A Organização Mundial da Saúde preconiza o rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes para pessoas com 50 anos e mais nos países com condições de garantir a confirmação diagnóstica, a referência e o tratamento. O exame de sangue oculto nas fezes é um primeiro teste de suspeição, que necessitará, nos casos positivos, de exame complementar/confirmatório. As grandes vantagens desse exame são: simplicidade, baixo custo e ausência de complicações. Os exames endoscópicos (retossigmoidoscopia e colonoscopia) são confirmatórios, pois permitem realizar a biópsia para exame histopatológico.

## RASTREAMENTO

Mudanças de hábitos intestinais, anemia, perda inexplicável de peso, melena ou hematoquezia, massa abdominal palpável, dor ou desconforto abdominal são sintomas e sinais inespecíficos, mas requerem avaliação médica pois estão presentes na maioria dos casos de câncer do intestino. **Os sintomas mais frequentemente associados ao câncer do intestino são: sangue nas fezes; alteração do hábito intestinal (diarreia e/ou prisão de ventre); dor, cólica ou desconforto abdominal; fraqueza e anemia; perda de peso sem causa aparente; alteração na forma das fezes (fezes muito finas e compridas); massa (tumoração) abdominal.** Esses sinais e sintomas são inespecífico e podem estar presentes em doenças benignas como hemorroidas, verminose, doenças inflamatórias intestinais, síndrome do cólon irritável, úlcera gástrica e outros, e devem ser investigados para seu diagnóstico correto e tratamento específico. Na maior parte das vezes esses sintomas não são causados por câncer, mas é importante que eles sejam investigados por um médico, principalmente se não melhorarem em alguns dias.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de câncer de cólon é estabelecido pelo exame histopatológico do espécime tumoral obtido por meio da colonoscopia ou do exame de peça cirúrgica. A colonoscopia é o método preferencial de diagnóstico, por permitir a avaliação de todo o intestino grosso, a detecção de tumores sincrônicos e a remoção ou biópsia de pólipos que possam estar localizados fora da área de ressecção da lesão principal. O diagnóstico da doença por exame radiológico contrastado do cólon (enema opaco, praticamente em desuso; colografia) deve ser reservado para quando não houver acesso à colonoscopia ou quando existir contra-indicação médica para a videocolonoscopia. Para o completo estadiamento clínico, a investigação [de possíveis metástases intra-abdominais e pélvicas] deve ser feita alternativamente por meio de tomografia computadorizada com contraste venoso trifásico ou ressonância magnética, e de metástases pulmonares por meio de tomografia computadorizada de tórax. Na suspeita de câncer retal pela história clínica é mandatória a realização de um exame proctológico (toque retal). Nos casos confirmados da doença, a extensão locorregional do tumor retal ressonância magnética é o padrão ouro. O exame de tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) é indicado em situações bem específicas, não devendo ser rotina.



Atualmente, a Serplamed é uma referência em soluções de saúde ocupacional e ergonomia no Brasil. Com uma atuação especializada em medicina do trabalho, a empresa oferece serviços completos e totalmente integrados, permitindo o armazenamento seguro de dados online e minimizando o risco de perda de informações críticas para a saúde e segurança dos colaboradores.

A Serplamed proporciona ferramentas estratégicas para gerenciar variáveis essenciais no ambiente corporativo, como laudos ergonômicos e avaliações de insalubridade e periculosidade. Esses recursos tornam possível uma gestão robusta de aspectos sensíveis de Saúde e Segurança do Trabalho, garantindo às empresas maior eficiência e competitividade no mercado.

Esses serviços são realizados por uma equipe qualificada, com o apoio de conteúdos educativos e campanhas de conscientização, reforçando o compromisso com a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.



## **Dr. Cláudio Luis Friedrich**

**Responsável Técnico / Diretor Presidente - SERPLAMED**

**Médico do Trabalho - CREMERS 18711**

**Especialista em Medicina do Trabalho - RQE 22594**

**Pós-graduado em ergonomia e perícias médicas**

Gostou das  
informações  
deste eBook?

Nos acompanhe para mais  
conteúdos exclusivos como  
este. Acesse nossas redes  
sociais, clicando nos ícones  
ao lado.

