

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE**

BIAZI RICIERI ASSIS

**ENSINO DE NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLÓGICAS NA POPULAÇÃO
IDOSA MEDIADO POR OFICINA PEDAGÓGICA**

VOLTA REDONDA

2023

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE**

**ENSINO DE NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLÓGICAS NA POPULAÇÃO
IDOSA MEDIADO POR OFICINA PEDAGÓGICA**

Defesa apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Aluno:

Biazi Ricieri Assis

Orientador:

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

VOLTA REDONDA

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

A848e Assis, Biazi Ricieri

Ensino de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa mediado por oficina pedagógica. / Biazi Ricieri Assis. - Volta Redonda: UniFOA, 2023. 76 p. II.

Orientador (a): Prof^o Carlos Alberto Sancher Pereira

Co-orientador(a): Prof^o Júlio César Aragão

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2023.

1. Ciências da saúde - dissertação. 2. Neoplasias malignas – oficina pedagógica. 3. População idosa – teste de Papanicolau. I. Pereira, Carlos Alberto Sanches II. Aragão, Júlio César. III. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: Biazi Ricieri Assis

**ENSINO DE NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLÓGICAS NA POPULAÇÃO
IDOSA MEDIADO POR OFICINA**

Orientador:

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

Co orientador:

Prof. Dr. Júlio César Soares Aragão

Banca Examinadora

Carlos Alberto Sanches Pereira

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

Sabrina Araújo de Almeida

Prof.ª Dr.ª Sabrina Araújo de Almeida

Adilson Pereira

Prof. Dr. Adilson Pereira



Para obter e validar o documento em versão digital, faça a leitura do código ao lado ou utilize o link abaixo:

<https://unifoa.portalassinatura.abarils.com.br/sign/download/e9%20YqMw0WGHwVS351IlaUnhToKbuKqJmLefoGR0Im%3dDvCDcyRaAPeNMlogkaWwYGnmPUOK9caW03kjpRacX0%20q15u5m1a2ZRbNNvC0XF1CnYq2JN2te02Vmsz8>

Dedico este trabalho a todos que direta e indiretamente contribuíram para mais esta conquista em minha vida.

Agradeço primeiramente a Deus por ter-me dado forças para alcançar este estágio acadêmico. À minha esposa, por ter-me apoiado nos momentos mais difíceis durante todo o percurso. À minha filha, por ter estado sempre ao meu lado, inspirando-me a prosseguir. Ao meu orientador, Professor Dr. Carlos Sanches, e ao coorientador, Professor Dr. Júlio Aragão, por terem acreditado em mim. À minha coorientadora, Profa. Dra. Ilda Cecília (*in memoriam*) e ao Prof. Dr. Flávio Machado, por terem contribuído para o desenvolvimento da temática.

RESUMO

O aumento da expectativa de vida da população é um fenômeno social que corrobora a necessidade de se atentar para o risco relacionado aos tumores ginecológicos, como cânceres de ovário, endométrio e vulvar, por serem doenças observadas mais comumente em mulheres na pós-menopausa e idosas. Do mesmo modo, o câncer cervical também merece atenção por ser detectado em um estágio mais tardio em mulheres idosas. O teste de Papanicolau é um dos principais métodos de rastreamento citológico para prevenção do câncer cervical. O objetivo deste estudo é fortalecer o ensino sobre neoplasias malignas ginecológicas na população idosa. Para tal, propôs-se uma oficina pedagógica sobre câncer ginecológico na população idosa como ferramenta de ensino para o curso de Medicina. A oficina apresenta cinco etapas, incluindo a aplicação de questionários pré e pós-atividade, tendo como público-alvo alunos do 11º período do Curso de Medicina. Ao tratar da prevenção e detecção antecipada de neoplasias malignas ginecológicas em pacientes idosas por meio de uma oficina pedagógica, espera-se favorecer o entendimento dos estudantes acerca da relevância desses temas no âmbito da saúde pública e aperfeiçoar suas competências clínicas e capacidade de tomar decisões informadas.

Palavras-chave: Neoplasias Malignas Ginecológicas; População Idosa; Oficina Pedagógica; Teste de Papanicolau.

ABSTRACT

The increase in life expectancy among the population is a social phenomenon that reinforces the need to be aware of the risk associated with gynecological tumors such as ovarian, endometrial and vulvar cancers, as these diseases are more commonly observed in postmenopausal and elderly women. Likewise, cervical cancer also deserves attention as it is detected at a later stage in elderly women. The Pap smear is one of the main cytological screening methods for the prevention of cervical cancer. This study aims to strengthen education on malignant gynecological neoplasms in the elderly population. Thus, a pedagogical workshop on gynecological cancer in the elderly population was proposed as a teaching tool for the medical course. The workshop has five stages, including the application of pre- and post-activity questionnaires, the target audience being students of the 11th period of the Medical Course. By addressing the prevention and early detection of malignant gynecological neoplasms in elderly patients through a pedagogical workshop, it is aimed to improve students' understanding of the relevance of these topics in the realm of public health and to enhance their clinical skills and ability to make informed decisions.

Keywords: Malignant Gynecological Neoplasms; Elderly Population; Pedagogical Workshop; Pap Smear Test.

LISTA DE TABELA E ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Carcinoma de vulva: estadiamento FIGO (2021)	17
Figura 2: Carcinoma de vulva (1) acometendo o intróito vaginal, (2) com invasão do clitóris, (3) localmente avançado, (4) com metástase linfonodal inguinal ipsilateral e (5) metastático.....	18
Figura 3: Carcinoma acometendo terço inferior da vagina e clitóris (1) e Carcinoma + NIV III com disseminação linfonodal inguinal (2).....	20
Figura 4: Carcinoma de corpo uterino	23
Figura 5: Carcinoma endometrióide (1) e Carcinosarcoma de endométrio	24
Figura 6: TNM AJCC 8ª edição	26
Figura 7: Tumor de ovário - cistoadenocarcinoma seroso (1) e cistoadecarcinoma mucinoso de ovário (2).....	27
Figura 8: Estadiamento da FIGO e TNM.....	31
Figura 9: Carcinoma espinocelular invasor de colo uterino e adenocarcinoma de colo uterino	32
Figura 10: Captura de tela representativa da oficina.....	46
Figura 11: Captura de tela representativa da oficina.....	46
Figura 12: Captura de tela representativa da oficina.....	47
Figura 13: Captura de tela representativa da oficina.....	47
Figura 14: Representação da capa do Produto.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Planejamento Pedagógico da oficina	45
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COVID-19	(Co)rona (Vi)rus (D)isease 2019
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FI	Fator de Impacto
GT	Google <i>Trends</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IJGC	<i>International Journal of Gynecological Cancer</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MPS	Modelo de Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RSL	Revisão Sistemática de Literatura
TARAP	Teoria da Ação Racionalizada e Ação Planejada
TAS	Teoria da Aprendizagem Significativa
RM	Ressonância Magnética
TC	Tomografia Computadorizada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivo Específico.....	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO	10
2.1.1 Vulva/Vagina	10
2.1.2 Colo do Útero	11
2.1.3 Endométrio.....	13
2.1.4 Ovários	13
2.2 PRINCIPAIS TIPOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLÓGICAS	14
2.2.1 Câncer de Vulva	15
2.2.2 Câncer de Vagina.....	19
2.2.3 Câncer de Endométrio.....	21
2.3.4 Câncer de Ovário	24
2.3.5 Câncer de Colo Uterino	28
2.3 ESTADO DA ARTE ACERCA DO TEMA TUMORES GINECOLÓGICOS EM PACIENTES IDOSAS	33
2.4 ENSINO DE NEOPLASIAS MALIGNAS E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE MEDICINA.....	35
3.5 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NO AUXÍLIO DO ENSINO DE NEOPLASIAS MALIGNAS PARA O CURSO DE MEDICINA	37
3.6 A OFICINA PEDAGÓGICA NO CONTEXTO DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA DE AUSUBEL	40
3 CAMINHO METODOLÓGICO	43
3.1 ELABORAÇÃO DA OFICINA	43
3.1.2 Elaboração do produto e difusão	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APRESENTAÇÃO

O tema da presente dissertação é fruto de pesquisas e de experiências vivenciadas enquanto profissional no que tange ao acometimento de tumores ginecológicos em mulheres idosas. Trata-se de um tema no qual a literatura nacional ainda se mostra incipiente, uma vez que a maior parte dos estudos está relacionada às mulheres mais jovens.

Em relação à minha formação, possuo graduação em Medicina, Residência Médica em Cirurgia Geral pelo Hospital São João Batista e Residência Médica em Cirurgia Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Em termos profissionais, atuei como Diretor Médico do Hospital São João Batista, onde ocupei o cargo de Coordenador-chefe do Centro Cirúrgico Cirurgião da Rotina e Preceptor da Residência de Cirurgia Geral. Atuei, ainda, como Cirurgião Oncológico e Coordenador-chefe da Cirurgia Oncológica do UNACON- Volta Redonda / Hospital HIMJA, e Cirurgião Oncológico do Hospital das Clínicas de Volta Redonda. Tenho experiência na área de Medicina como Cirurgião Geral, Especialista em Cirurgia Oncológica nas áreas de Cirurgia Gastrointestinal, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia Hepato-biliopancreática, Tumores de Pele e Partes Moles e Cirurgia Videolaparoscópica.

1 INTRODUÇÃO

O Estatuto do Idoso (Art. 21 da Lei nº 10.741/2003) estabelece que cabe ao Poder Público criar oportunidades de acesso à educação aos idosos por meio da adequação de programas educacionais aos quais eles têm direito (JUSBRASIL, 2003). A educação relativa a cuidados em saúde também deve estar contemplada nestes direitos, considerando o direito universal à saúde.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde ainda não foi alcançado (SOUZA et al., 2019). Dentre suas diversas formas, destaca-se aí o direito de mulheres idosas a programas educacionais relacionados aos cuidados de saúde com destaque ao câncer ginecológico, por se tratar de um tema que traz dúvidas e até constrangimento para indivíduos da terceira idade. Segundo Kissel et al. (2020), o câncer do colo do útero em pacientes idosas é alvo de muitas dúvidas em termos de rastreamento e é um desafio terapêutico.

Ao romper o preconceito de muitos profissionais em relação ao envelhecimento, enxergando o idoso como um adulto com expectativa de vida aumentada e inúmeras possibilidades de vida plena, e trabalhando a educação em saúde com respeito às barreiras sociais, estaremos contribuindo para o aumento do número de mulheres idosas mais conscientes e preocupadas com a saúde, facilitando a prevenção, a detecção precoce e o tratamento do câncer ginecológico e de outros tipos de doenças oncológicas que podem afetar esse grupo etário (BATISTA & CALDAS, 2017).

Além da preocupação em relação aos direitos dos idosos no que tange a informações relativas aos cuidados de saúde, deve-se atentar para outro fator, que é a constatação do aumento da expectativa de vida dos brasileiros, o que traz como consequência o aumento do risco de doenças, tais como tumores ginecológicos, em mulheres de idade mais avançada. Diversos autores têm expressado preocupação com a relação idade *versus* doença (BARRETO, 2020; BOMFIM; CAMARGOS, 2020; GUIMARÃES; ANDRADE, 2020; MARIA; ARAÚJO, 2021). De acordo com Silva, Silva e Sanglard (2021), o aumento da expectativa de vida acontece devido aos avanços da ciência e da tecnologia e apresenta desafios éticos que impõem a necessidade de repensar sua aplicabilidade durante a vida.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), torna-se imprescindível que medidas que suscitem o envelhecimento ativo sejam

aprimoradas, voltando-se cada vez mais à valorização da autonomia como função essencial, e este novo olhar para o envelhecimento deve contar com profissionais qualificados para atender à pessoa idosa em todas as suas dimensões, bem como centrar em processo de sensibilização social acerca do envelhecimento (SILVA; SILVA; SANGLARD, 2021).

Em consonância com tais fatores, cabe destacar, ainda, o aumento de fatores de risco como a obesidade. Com o aumento das taxas de idade e obesidade na população mundial, há um aumento concomitante previsto em mulheres idosas acima de 60 anos com câncer de endométrio e elas têm maior probabilidade de morrer de câncer endometrial em comparação com pacientes mais jovens (DUSKA, SHAHROKNI, POWELL, 2016).

Devido às questões apontadas, torna-se necessário realizar o exame de Papanicolau como mediada de prevenção desse tipo de câncer. Em 1920, George Nicholas Papanicolaou elaborou uma técnica para estudar as células vaginais e as do colo uterino conhecida como método de citologia esfoliativa e, durante seus estudos, teve a oportunidade de observar células malignas, propondo que a citologia esfoliativa fosse empregada para diagnosticar câncer do colo uterino (MAKKAR et al., 2014).

É mister esclarecer que o nível mortalidade por câncer ginecológico é menor em países onde há incentivo ao exame de Papanicolau para todas as idades. Mandelblatt, Gopaul e Wistreich (1986) destacam que, considerando que a mortalidade não diminuiu para as mulheres idosas, o exame de Papanicolau deveria ter continuidade para essas mulheres.

Cabe ressaltar que mulheres idosas têm os mesmos direitos que as mais jovens no que tange a continuidade ao exame de Papanicolau. Conhecer as representações sociais sobre o referido exame para idosas possibilita oferecer ações educativas de saúde que procurem minimizar barreiras socioculturais que impliquem no seu afastamento, levando a uma maior adesão da mulher idosa ao exame preventivo (SILVA, et al., 2014).

[...] o tema do envelhecimento está entrando nas políticas públicas com pelo menos 10 anos de atraso: "Valorização é trazer essa pauta, torná-la visível e colocar não só nos poderes Executivo, Judiciário e Legislativo, mas também na pauta da sociedade brasileira, pois precisa-se enxergar que o Brasil hoje é um país de pessoas envelhecidas já" (FERREIRA, 2018).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer (BRASIL, 2016a), há menos evidências objetivas sobre quando as mulheres devem encerrar o rastreamento do câncer do colo do útero. Mulheres com rastreamento

citológico negativo entre 50 e 64 anos apresentam uma diminuição de 84% no risco de desenvolver um carcinoma invasor entre 65 e 83 anos, em relação às mulheres que não foram rastreadas (BRASIL, 2016a).

Walter, Lindquist e Covinsky (2004) sugerem que o exame de Papanicolau deve ser direcionado a mulheres idosas saudáveis e deve ser evitado por aquelas com expectativa de vida limitada, para as quais os danos superam os benefícios potenciais. Assim, entende-se que se deve levar em consideração fatores importantes para solicitar o exame de Papanicolau para mulheres com idades elevadas.

Embora haja indicação para interromper a periodicidade do exame de Papanicolau, cada país pode adotar sua diretriz. As diretrizes australianas, por exemplo, permitem que as mulheres parem de fazer o teste de Papanicolau aos 70 anos, desde que tenham feito dois esfregaços negativos nos 5 anos anteriores (MULLINS, 2009). Já nos Estados Unidos, devido à crescente população idosa, optou-se por revisar a experiência da Cleveland Clinic Foundation¹ no tratamento de mulheres com mais de 75 anos de idade para câncer ginecológico (KENNEDY, FLAGG, WEBSTER, 1989).

No Brasil, durante muitos anos, adotava-se como idade padrão para interromper o exame de Papanicolau a de 59 anos. Entretanto, na última edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicada em 2011, percebeu-se a necessidade de elevar de 59 para 64 anos a idade da mulher sem história prévia de doença pré-invasiva para encerrar o rastreamento (BRASIL, 2016b).

A integralidade da assistência assegurada pelo Estatuto do Idoso, a estrutura dos serviços de saúde, a interdisciplinaridade, somados a educação em saúde ao indivíduo e família, o respeito às particularidades de cada idoso e a compreensão do profissional sobre o universo da geriatria e gerontologia, são peças fundamentais no processo de agregação deste usuário, visando romper tabus adquiridos ao longo da vida, estimulando as práticas de saúde e conseqüentemente o envelhecimento ativo e saudável (BATISTA & CALDAS, 2017).

De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2018), 2018 foi considerado o Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, conforme estabelece a Lei 13.646/2018.

¹ Centro médico acadêmico americano sem fins lucrativos com sede em Cleveland, Ohio, disponível em: <<https://my.clevelandclinic.org/>>.

Assim, com o envelhecimento da população e a estreita associação entre a idade avançada e o câncer, os ginecologistas precisam estar preparados para atender às demandas no cuidado das mulheres que estão sujeitas ao acometimento de tumores ginecológicos.

Diante desse cenário, identifica-se a necessidade da disseminação de conceitos relacionados ao ensino sobre neoplasias malignas ginecológicas na população idosas para alunos de graduação em Medicina, considerando que a maior parte das discussões acerca desse tema se concentra em riscos, forma de prevenção e cuidados para a população mais jovem. Assim, entende-se que a proposta de oficina pedagógica de ensino e aprendizagem pode contribuir de forma relevante para disseminação do tema abordado neste estudo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Percebe-se que, no decorrer do curso de graduação em medicina, pouco se discute acerca das neoplasias malignas ginecológicas que acometem a população idosa. Tal constatação justifica a realização do presente estudo, uma vez que, com o aumento da expectativa de vida da população em geral, aumentou a probabilidade de mulheres idosas sofrerem de determinadas patologias que outrora atingiam apenas mulheres mais jovens. Diante desse contexto, a proposta de uma oficina pedagógica de ensino para alunos de graduação em Medicina pode ser uma ferramenta estratégica que contribua para a aquisição de conhecimentos dos alunos acerca do tema focado no presente estudo, qual seja, a atenção médica para a prevenção e/ou tratamento do câncer ginecológico em mulheres idosas.

A implementação de uma oficina pedagógica baseada no tema em questão possui relevância significativa no contexto do ensino médico. Por meio do prisma da Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS) de Ausubel, a oficina busca promover um processo de aprendizado que é construído sobre a estrutura cognitiva já existente do aprendiz, estimulando uma interação crítica e reflexiva com o conteúdo abordado.

Ao focar especificamente o câncer ginecológico na população idosa, a oficina também atende a uma necessidade social urgente. Vale enfatizar que a prevalência dessas neoplasias tende a aumentar com o envelhecimento da população, portanto o seu conhecimento torna-se um componente crítico na formação

de futuros médicos. Ao facilitar o domínio desse tópico complexo e extremamente relevante, a oficina desempenha um papel fundamental na preparação dos alunos para o exercício competente da profissão médica.

A TAS de Ausubel destaca a importância de conectar novas informações a conceitos já existentes na estrutura cognitiva do aluno, promovendo assim uma aprendizagem mais profunda e duradoura. A oficina pedagógica, nesse contexto, serve como um meio eficaz de ligar o conhecimento teórico sobre o câncer ginecológico com a experiência prática, permitindo aos estudantes uma compreensão mais completa e integrada do assunto.

Ao integrar o câncer ginecológico na população idosa como um tópico de destaque no currículo médico, a oficina também contribui para a promoção de uma Medicina mais humana e inclusiva. O enfoque no cuidado com a saúde da população idosa serve para sensibilizar os futuros médicos para as necessidades específicas deste grupo demográfico, uma competência cada vez mais necessária diante do rápido envelhecimento populacional que caracteriza muitas sociedades modernas.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

O presente trabalho tem como objetivo contribuir com o ensino das neoplasias malignas ginecológicas na população idosa para estudantes do curso de medicina.

1.2.2 Objetivo Específico

Elaborar uma oficina pedagógica sobre câncer ginecológico na população idosa, como ferramenta de ensino para o curso de Medicina.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO

O aparelho reprodutor feminino é responsável pela produção de gametas e pela fertilização do óvulo, além de fornecer um ambiente ideal para o desenvolvimento do embrião, sendo composto por órgãos internos e externos, que trabalham em conjunto para cumprir essa função vital (HERNÁNDEZ-OCHOA; KARMAN; FLAWS, 2009). Dentre os órgãos externos do aparelho reprodutor feminino incluem-se a vulva e a vagina. Dentre os órgãos internos, destacam-se os ovários, glândulas sexuais femininas que produzem os óvulos e os hormônios sexuais femininos, estrógeno e progesterona.

2.1.1 Vulva/Vagina

A Vulva constitui a parte externa dos órgãos genitais femininos. Recoberta por um tecido cutâneo contendo folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas, é rica em terminações nervosas importante para estimulação sexual. Divide-se em: grandes lábios, que se unem anteriormente próximo à sínfise púbica (comissura anterior) e posteriormente ao períneo (comissura posterior). O tecido adiposo acima da comissura anterior é conhecido como Monte de Vênus. Os lábios menores, ou pequenos lábios, são formados por um epitélio pavimentoso glabro e medialmente revestidos por uma mucosa. Entre os pequenos lábios, encontra-se um espaço, conhecido como vestibulo, ou seja, a abertura ou intróito vaginal (WEINBERG; GOMEZ-MARTINEZ, 2019).

Na junção superior dos lábios menores identificamos o clitóris, um órgão erétil, constituído por um tecido esponjoso, sensitivo (excitação sexual), análogo ao pênis no homem. É constituído por um corpo cavernoso direito e esquerdo, que formam o corpo do clitóris, e sua parte mais distal possui uma dilatação, a glande. As glândulas bulbo vestibulares e glândulas parauretrais (Skene) também possuem um papel importante no preparo e lubrificação da vagina durante o ato sexual. O óstio vaginal tem seu limite determinado pela membrana himenal, onde lateralmente a essa

abertura encontramos as glândulas de Bartholin bilateralmente, que têm função de lubrificar a vagina (ROGERS, 2020).

Na pós-menopausa, a queda dos hormônios provoca atrofia do epitélio pavimentoso e das mucosas do aparelho reprodutor feminino. A pele que recobre a vulva, assim como os lábios vaginais, sofre mudanças na pigmentação, textura (hidratação) e consistência consequentes a variações hormonais (MICHALSKI, 2021).

A vagina é um tubo músculo-membrâneo com aproximadamente 7-9 cm de comprimento. Normalmente a vagina encontra-se colapsada (paredes anterior e posterior), exceto em sua extremidade superior, onde o colo uterino as mantém separadas. Situa-se inferior à uretra e bexiga e anterior ao reto. O colo do útero relaciona-se com a vagina por um recesso conhecido com fórnice vaginal. Assume função primordial na cópula e canal de parto, portanto, comunica os órgãos genitais internos com o meio exterior (LEWIS; GILBERT, 2020).

Os dois terços distais da vagina são irrigados por ramos arteriais e venosos dos vãos pudendos externos e internos. As inervações derivam também do nervo pudendo e seus ramos. O terço superior da vagina é revestido por uma mucosa pavimentada que se estende à superfície ectocervical do colo uterino. Os espaços entre o colo uterino e as paredes vaginais são chamados de fórnices cervicovaginais (TANTENGCO et al., 2021).

A vagina assume características cíclicas de acordo com o período ovulatório durante a idade fértil da mulher, provocadas pelos efeitos hormonais próprios de cada fase. As secreções vaginais e sua flora bacteriana são importantes na lubrificação e proteção contra patógenos locais, atuando principalmente no pH vaginal. Essas também irão se modificar de acordo com o ciclo menstrual, uso de anticoncepcionais, gestação, frequência de atividade sexual etc (YOSHIMURA; OGAWA; SAITO, 2020).

2.1.2 Colo do Útero

Parte inferior do útero, de formato cilíndrico, intimamente relacionado com o corpo uterino, superiormente, por contiguidade, e inferiormente, com a vagina – terço superior. Mede aproximadamente 3-4 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro, podendo variar de tamanho (gravidez, idade etc). O canal cervical comunica o istmo uterino (orifício interno) e a vagina através do orifício externo (BERTRAM, 2019).

O colo uterino é recoberto por um epitélio escamoso –ectocérvice– glicogenado ou pavimentoso, de múltiplas camadas celulares de origem mulleriana. Já o canal endocervical –endocérvice– é revestido por um epitélio colunar, com células cubóides e mucossecretoras. O encontro dos epitélios cilíndrico (endo) e escamoso (ecto) ocorre próximo ao orifício cervical externo, local conhecido como junção escamocolunar (MARU, Y. et al., 2020). A proliferação excessiva de células cilíndricas projetadas nesse local dá origem a um epitélio metaplásico, que sofre um processo de diferenciação e maturação, transformando-se em escamoso pluriestratificado (zona de transformação).

Logo, a junção epitelial escamocolunar ou zona de transformação representa a área de transição entre esses dois epitélios no colo uterino, e pode variar de acordo com a idade, estado menstrual, gravidez e uso de contraceptivos. Entende-se por ectrópio a eversão do epitélio colunar sobre a ectocérvice sob a influência do estrogênio. É na zona de transformação que ocorre o processo de metaplasia escamosa fisiológica na mulher, quando o epitélio colunar vai sendo substituído pelo epitélio escamoso recém-formado. A metaplasia escamosa é um processo irreversível, sendo este novo epitélio agora maduro semelhante ao original, porém, em algumas ocasiões, o mesmo pode se transformar em um epitélio atípico displásico por influência de agentes carcinogênicos, principalmente o Papilomavírus Humano (HPV). Alguns tipos de HPV podem infectar de forma persistente essas células, causando atipias/displasias celulares, podendo evoluir para um carcinoma invasor (BLOSS et al., 1991).

O estroma do colo uterino é formado por um tecido fibromuscular denso, rico em suprimento vascular e linfático. Os vasos linfáticos drenam para linfonodos ilíacos comuns, internos e externos e linfonodos obturadores e paramétrios, sendo uma importante via de disseminação de doença no câncer de colo uterino. A irrigação arterial se faz pelas ilíacas internas e seus ramos cervicais e vaginais oriundos das artérias uterinas.

O colo uterino está sujeito a retrações, hipotrofia e atrofia, e até estenoses ocasionados pela redução do estímulo estrogênico durante e após a menopausa. A compreensão da anatomia do colo uterino é essencial para avaliação através da colposcopia, e a coleta do exame preventivo (colpocitologia) e realização de biópsias quando necessário. Os paramétrios são tecidos conjuntivos, situados na base do ligamento largo do útero, com a função de fixação do útero à parede pélvica. A

identificação e avaliação dessa estrutura fazem-se muito importante para o estadiamento clínico do câncer de colo uterino (TANG et al., 2022).

2.1.3 Endométrio

É a túnica mucosa interna, constituída por epitélio cilíndrico simples, tecido conjuntivo (lâmina própria) onde se localizam as inúmeras glândulas endometriais e vasos sanguíneos. As ações dos hormônios ovarianos (estrogênio e progesterona) no endométrio, provoca modificações estruturais do mesmo, constituindo o que conhecemos como ciclo menstrual. Assim, o endométrio varia de espessura de acordo com a fase do período menstrual, passando de cerca de 2 mm na fase pré-menstrual para 10-12 mm na fase periovulatória. O estímulo estrogênico, portanto, influencia o crescimento endometrial durante o período menstrual, gravidez, uso de anticoncepcionais, idade da mulher e em situações patológicas em que o estímulo proliferativo contínuo e anormal pode resultar no surgimento de hiperplasias típicas e atípicas, sendo estas últimas um fator de risco para o surgimento do carcinoma endometrial (DEVIS-JAUREGUI et al., 2021).

2.1.4 Ovários

São glândulas (gônadas) femininas, pares, de forma oval, medindo 3-4 x 2 x 1 cm. Situam-se junto às paredes laterais da pelve menor, de cada lado do útero e atrás das tubas uterinas, estando fixas às faces posteriores dos ligamentos largos do útero pelo mesovário. Os ovários são estruturas recobertas pelo peritônio em praticamente toda sua totalidade, e sua drenagem linfática acompanha sua vascularização pela artéria e veia ovariana. As principais funções ovarianas são: produzir os hormônios sexuais femininos – estrogênio e progesterona– mediante estimulação hipofisária por meio do LH (hormônio luteinizante) e do FSH (hormônio folículo estimulante), e produção dos oócitos secundários, que se transformam em óvulos caso sejam fecundados (DOLMANS; AMORIM, 2019).

Os ovários possuem uma camada epitelial mais externa que reveste a glândula, sítio de origem da grande maioria dos tumores malignos, conhecidos como tumores epiteliais. Já os tumores não-epiteliais têm sua formação no estroma (parte interna)

ovariano. Esse conhecimento é importante para o entendimento dos tipos e também processos de disseminação tumoral do câncer de ovário (SONIGO et al., 2019).

2.2 PRINCIPAIS TIPOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLÓGICAS

Quando se fala em tumor ginecológico, o câncer cervical se destaca como um dos principais tipos de tumores que acometem mulheres em todo o mundo. O câncer cervical surge por meio da alteração das células no colo do útero da mulher. Esse tipo de câncer pode adentrar de forma profunda no tecido e pode ainda se alastrar para demais órgãos do corpo humano, como vagina, reto, fígado, pulmões e bexiga. Gomes et al. (2022) afirmam que o câncer cervical continua sendo um problema de saúde pública no Brasil. Uma das possíveis hipóteses para este fato poderia estar relacionada ao fato de o Brasil ser considerado um país em desenvolvimento.

Ainda nesse sentido, Contri et al. (2021) ressaltam que a tendência crescente do câncer cervical nos países em desenvolvimento é atribuída ao início precoce das atividades sexuais. Nesse contexto, destacam-se certos comportamentos sexuais como alto número de parceiros múltiplos, idade precoce na primeira relação sexual, uso infrequente de preservativos, gravidez múltipla com associação de clamídia e imunossupressão com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), que está relacionado ao maior risco de infecção por HPV (CONDE; LEMOS; FERREIRA, 2018; DE CARVALHO; COSTA, 2019; DEL PILAR ESTEVEZ-DIZ et al., 2020). Nesta linha de pensamento, Klein et al. (2022) descreveram fatores de risco / incidência de citologia / histologia cervical / vaginal anormal e câncer entre mulheres que vivem com HIV a partir dos 65 anos em comparação com controles pareados HIV negativos.

Em uma pesquisa realizada no Brasil com foco nas histórias de vida de mulheres entre 62-89 anos com câncer de colo do útero, concluiu-se que há necessidade de um olhar diferenciado para a mulher idosa com base em suas relações sociais (COSTA; BEZERRA; SILVA, 2021). A pesquisa considerou as relações sociais que interferem no curso de sua vida e determinam a sua velhice.

Apesar da possível relação do câncer cervical com fatores determinantes de países em desenvolvimento, encontram-se relatos que vão de encontro a este cenário ao destacar a incidência de câncer cervical em países desenvolvidos (ARBYN et al., 2021; JANSEN et al., 2020; MAHAS; NEALE, 2022).

O câncer de endométrio, por sua vez, é o sexto câncer mais comum em mulheres em todo o mundo e sua mortalidade está diretamente associada à presença de fatores de mau prognóstico que levam à recorrência do tumor (COLL-DE LA RUBIA, et al., 2020). Trata-se de um tipo de câncer que ocorre mais frequentemente em mulheres idosas, com idade média de diagnóstico de 68 anos (OLSON, 2015). Considerando o aumento da expectativa de vida, a incidência de câncer de endométrio está crescendo hoje e a retirada das trompas e dos ovários é proposta como tratamento padrão (CIGNINI, 2017).

Logo após o câncer de endométrio, o câncer de ovário surge como o sétimo câncer mais comum em mulheres em todo o mundo (GAONA-LUVIANO; MEDINA-GAONA; MAGAÑA-PÉREZ, 2020). Quase 50% do câncer de ovário é diagnosticado em mulheres com mais de 65 anos, mas em um futuro próximo espera-se que essa proporção aumente de acordo com o envelhecimento da população e melhorias na expectativa de vida (OBERAIGNER et al., 2012).

O câncer vaginal, por sua vez, é uma condição rara que afeta principalmente mulheres com mais de 60 anos e se origina nas células que revestem a vagina. Acredita-se que a maioria dos casos de câncer vaginal seja causada por uma infecção persistente pelo HPV, que também está associado a outras doenças, como verrugas genitais, câncer do colo do útero e câncer de vulva. Mulheres que já tiveram alterações pré-cancerosas no colo do útero ou na vulva, ou que já foram diagnosticadas com câncer nessas áreas, apresentam um risco aumentado de desenvolver câncer vaginal. A detecção precoce é fundamental para o tratamento bem-sucedido do câncer vaginal e outras doenças ginecológicas relacionadas.

2.2.1 Câncer de Vulva

O câncer de vulva é raro, representando apenas 5% dos tumores ginecológicos. O Instituto Nacional do Câncer não possui dados sobre sua incidência no país. Segundo o *National Cancer Institute* (NCI) dos Estados Unidos, a estimativa para 2020 foi de 6.120 novos casos. A doença evolui de forma lenta, indolente na maioria dos casos, surgindo a partir de lesões pré-cancerosas (neoplasia intraepitelial vulvar) - NIV, com boas chances de sucesso se tratadas adequadamente. A disseminação geralmente ocorre pela via linfática, e as metástases são tardias, daí a indicação de biópsia sempre que diagnosticarmos uma lesão suspeita. Fatores de

risco como a idade (incomum na pré-menopausa), baixa qualidade de higiene pessoal e a inadequado acesso a assistência médica, são encontrados na maioria dos casos diagnosticados (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

O Carcinoma espinocelular (CEC) é o responsável por aproximadamente 90% dos casos. Existem duas vias fisiopatológicas para o desenvolvimento do CEC:

- Tipo HPV dependente: o subtipo 16 (alto risco) está presente na maioria dos casos, e frequentemente associado ao tabagismo.
- Tipo HPV independente: representa a maior parte dos casos, associados a dermatose crônicas, ex. Líquen escleroso, lesões precursoras (NIV), distrofia vulvar (CAMPANER; GOES; SAMPAIO, 2018).

Portanto, como pode ser observado, a grande maioria dos tumores de vulva estão relacionados ao carcinoma espinocelular ou carcinoma escamoso, porém adenocarcinomas, que acometem as glândulas de Bartholin e glândulas sudoríparas, melanomas e sarcomas também podem acometer a vulva, conforme dados do Hospital A.C. Camargo *Cancer Center* (2019).

Os sintomas mais comumente apresentados são: prurido, desconforto ou dor local, e a presença de ferida crônica (que não melhora) na vulva. A presença de disúria e aumento dos linfonodos inguinais podem estar associados a doença avançada. A apresentação clínica das lesões pode variar, desde uma mácula esbranquiçada, eritematosa ou pigmentada, até lesões verrucosas, infiltrativas com bordos elevados (FERNANDES; DE SÁ, 2019).

Deve-se sempre lembrar que a associação do câncer de vulva e outro, como o câncer de colo uterino, pode ocorrer em até 22% dos casos (LASMAR et al., 2017). Isso demonstra a extrema importância em realizar-se sempre o exame ginecológico completo.

O diagnóstico da doença é feito por meio da anamnese e do exame físico. A biópsia deve ser prontamente indicada em caso de lesões suspeitas, e realizada em locais distantes das áreas de necrose, para facilitar a avaliação diagnóstica pela histopatologia. A vulvoscopia com a utilização do ácido acético pode ser realizada quando se estiver diante de área suspeita, porém sem lesão claramente evidente. A identificação de áreas acetobranças guiará as biópsias a serem realizadas. A avaliação do colo uterino, vagina, região perineal e ânus não deve ser omitida, pelo risco de lesões sincrônicas (CAMPANER; GOES; SAMPAIO, 2018).

A inspeção e a palpação das cadeias linfonodais inguinais bilateralmente é procedimento mandatório no exame dessas pacientes, pois a disseminação linfática da doença ocorre preferencialmente para regiões inguinais. A disseminação hematogênica (pulmões) se faz mais tardiamente, e raramente acontece sem o antecedente linfonodal (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

O estadiamento preconizado pela FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) e a Classificação de Tumores Malignos (TNM) podem ser vistos por meio da figura 1.

Figura 1: Carcinoma de vulva: estadiamento FIGO (2021)

Stage	Description
I	Tumor confined to the vulva
IA	Tumor size ≤ 2 cm and stromal invasion ≤ 1 mm*
IB	Tumor size > 2 cm or stromal invasion > 1 mm*
II	Tumor of any size with extension to lower one-third of the urethra, lower one-third of the vagina, lower one-third of the anus with negative nodes
III	Tumor of any size with extension to upper part of adjacent perineal structures, or with any number of nonfixed, nonulcerated lymph nodes
IIIA	Tumor of any size with disease extension to upper two-thirds of the urethra, upper two-thirds of the vagina, bladder mucosa, rectal mucosa, or regional lymph node metastases ≤ 5 mm
IIIB	Regional [¶] lymph node metastases > 5 mm
IIIC	Regional [¶] lymph node metastases with extracapsular spread
IV	Tumor of any size fixed to bone, or fixed, ulcerated lymph node metastases, or distant metastases
IVA	Disease fixed to pelvic bone, or fixed or ulcerated regional [¶] lymph node metastases
IVB	Distant metastases

* Depth of invasion is measured from the basement membrane of the deepest, adjacent, dysplastic, tumor-free rete ridge (or nearest dysplastic rete peg) to the deepest point of invasion.

¶ Regional refers to inguinal and femoral lymph nodes.

Fonte: Uptodate (2023).

A figura 1 ilustra diferentes manifestações clínicas do carcinoma de vulva, evidenciando casos que variam desde o comprometimento do introito vaginal (1) até

a invasão do clitóris (2). Além disso, é possível observar o câncer em estágio localmente avançado (3), com metástase linfonodal inguinal ipsilateral (4) e, por fim, em seu estágio metastático (5), demonstrando a complexidade e a diversidade de apresentações dessa neoplasia.

Figura 2: Carcinoma de vulva (1) acometendo o introito vaginal, (2) com invasão do clitóris, (3) localmente avançado, (4) com metástase linfonodal inguinal ipsilateral e (5) metastático



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

A realização do estadiamento clínico e por exames de imagem é fundamental para proposição de tratamento. A tomografia de tórax e abdome e pelve com contraste venoso é o padrão ouro. A ressonância nuclear magnética de pelve é uma opção quando houve suspeita de doença localmente avançada, e invasão de estrutura e/ou órgão pélvicos (DRESEN et al., 2019). A Cistoscopia e a proctoscopia devem ser solicitadas para os casos de suspeição de acometimento tumoral da bexiga e reto, respectivamente.

O tratamento padrão do Câncer de vulva, é a cirurgia. As ressecções podem variar de excisões mais econômicas – vulvectomy parcial, com reconstruções primárias mais simples, ou ressecções mais complexas, agressivas – vulvectomy

radical, com necessidade de reconstruções plásticas (enxertos, retalhos) para fechamento do defeito cirúrgico (área cruenta) e linfadenectomia inguinal ou femoral.

A utilização do exame de linfonodo sentinela é uma técnica importante no auxílio de indicação da linfadenectomia em pacientes com câncer de vulva. A pesquisa do linfonodo sentinela evita indicações desnecessárias de linfadenectomias, e conseqüentemente diminui as taxas de morbidade pós-operatórias.

A radioterapia tem um papel complementar importante no tratamento, sendo indicada principalmente para reduzir os riscos de recidiva tumoral (radioterapia adjuvante), redução dos tumores antes da cirurgia (radioterapia neoadjuvante), e no tratamento paliativo.

A quimioterapia pode ser associada a radioterapia para o tratamento de doenças localmente avançadas, sem indicação de cirurgia (ex. elevado risco cirúrgico, doença irrecorrível), ou em caráter paliativo de doença metastática à distância ou recorrência de doença (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

2.2.2 Câncer de Vagina

O câncer de vagina é uma doença extremamente rara, representando de 1-2% dos tumores ginecológicos (FERNANDES; DE SÁ, 2019). A maioria dos casos de acometimento da vagina ocorre como consequência do crescimento e invasão dos tumores do colo uterino*. A maioria dos casos ocorre em mulheres acima dos 70 anos, e eles estão relacionados a infecções persistentes pelo HPV. Outros fatores de risco para doença são semelhantes ao do câncer de colo uterino, exemplos: tabagismo, vaginite crônica, histórico de histerectomia independente da causa (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

A principal histologia encontrada no diagnóstico é o carcinoma espinocelular, representando mais de 80% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma com aproximadamente 15% (BRASIL, 2021). O carcinoma adenoescamoso, melanoma e o sarcoma são tipos histológicos raramente encontrados.

O diagnóstico é feito com uma anamnese detalhada, juntamente com o exame físico criterioso, com exame ginecológico completo. A avaliação da vulva, região perineal e reto são obrigatórios. A palpação das cadeias ganglionares de drenagem linfática nas regiões inguinais também é muito importante para o estadiamento clínico

da doença. Após a identificação da lesão, devemos proceder com a biópsia para definição diagnóstica.

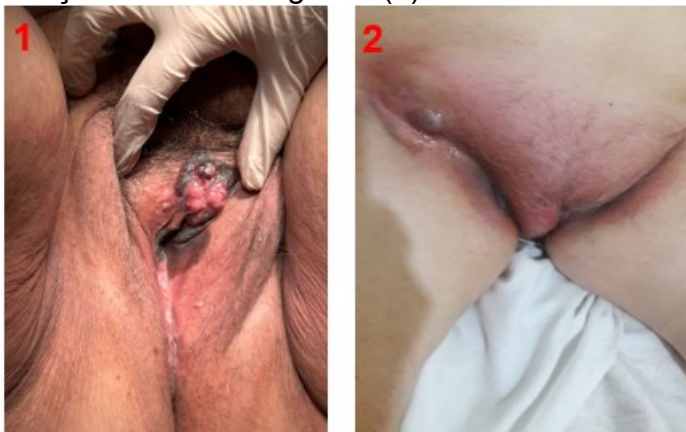
Os exames complementares de imagem para estadiamento de doença são:

Tomografia Computadorizada de tórax, abdome e pelve, com contraste venoso – Importante para avaliação de possíveis sítios de metástases à distância, principalmente fígado e pulmões.

Ressonância Magnética: fundamental para a programação cirúrgica em casos de doença localmente avançada (avaliação de ressecabilidade).

PET-CT (tomografia computadorizada com emissão de pósitrons): avaliação de metástases para cadeias linfonodais inguino-ilíacas e retroperitoneais, e recorrência de doença. A figura 3 apresenta duas situações distintas relacionadas ao carcinoma: a primeira descreve o acometimento do terço inferior da vagina e do clitóris (1), enquanto a segunda refere-se a um caso de carcinoma associado ao Nível III de invasão vascular (NIV III), com disseminação linfonodal inguinal (2). Ambos os cenários ilustram a gravidade e a progressão da doença, destacando a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado para combater essa neoplasia.

Figura 3: Carcinoma acometendo terço inferior da vagina e clitóris (1) e Carcinoma + NIV III com disseminação linfonodal inguinal (2).



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

O tratamento do câncer de vagina vai depender principalmente do tamanho e localização da lesão. A cirurgia estará reservada para doenças mais precoces (menores), enquanto para aquelas lesões maiores, com invasão local grosseira, o melhor tratamento é com radioterapia. A quimioterapia pode ser utilizada em casos

selecionados, com papel principalmente radiosensibilizante no tratamento (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

Sabe-se que mulheres após cirurgia de histerectomia total por doença benigna, não realizam exame preventivo de rotina, porém em casos com presença de lesões intraepiteliais escamosas, devem ser seguidas com citologia (Papanicolau) e teste de detecção de HPV. Aquelas com diagnóstico de lesão intraepitelial de baixo grau –*Low - Grade Squamous Intra-Epithelial Lesion* (LSIL)– podem ser apenas acompanhadas clinicamente com exame ginecológico de rotina, incluindo citologia, e para paciente com lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL), devem ser tratadas com ressecção cirúrgica, laser terapia ou tratamento tópico com imiquimode ou 5-fluorouracil, dependendo do grau de invasão tecidual, número e localização das lesões (BRASIL, 2021).

2.2.3 Câncer de Endométrio

No Brasil estima-se, para o triênio de 2023 a 2025, 7.840 novos casos ao ano de câncer de endométrio, com risco de 7,08 casos novos / 100 mil mulheres (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

A maior incidência da doença é observada em mulheres no pós-menopausa, numa faixa etária de 60 a 70 anos, e em apenas cerca de 5% dos casos ocorrem em mulheres antes dos 40 anos (BRASIL, 2021).

Classifica-se o câncer de endométrio em dois tipos: o tipo 1, carcinoma endometrióide, representando cerca de 80 % dos casos, e o tipo 2, que seriam as histologias: carcinossarcoma, carcinoma seroso e carcinoma de células claras.

O câncer de endométrio do tipo 1 são tumores de baixo grau (G1 ou G2, na maioria das vezes), associados a estimulação estrogênica, geralmente originários de uma hiperplasia endometrial. Fatores de riscos, como obesidade, uso de estrogênio sem o antagonismo de progesterona, menopausa tardia e menacme precoce, diabetes, síndrome dos ovários policísticos e uso de tamoxifeno são encontrados nesse tipo de tumor (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

O uso de estrogênio após a menopausa aumenta em cerca de 10 vezes por década o risco de desenvolver câncer de endométrio (FERNANDES; POMPEI, 2015). A obesidade também aumenta significativamente o risco da doença, sendo o IMC (índice de massa corporal) também associado ao risco de morte pela doença. Na

mulher obesa, temos um aumento da produção do fator de crescimento insulina-like (IGF-1), que provoca a produção excessiva de andrógenos pelos ovários. A elevação da produção de andrógenos causa deficiência de progesterona, o que, associado a elevação dos níveis de estrogênios biodisponíveis circulantes, provoca a proliferação endometrial (FIGUEIREDO; DE SÁ, 2018).

Os tumores do tipo 2 geralmente originam-se do endométrio atrófico e são considerados mais agressivos, logo, com pior prognóstico. As mutações ocorrem principalmente do p-53 e HER 2 (BUHTOJAROVA; BRENNER; SINGH, 2016). O carcinoma seroso é o mais comum entre esses, e o de células claras, o tipo mais raro e extremamente agressivo.

Portanto, os tumores malignos do endométrio são, em sua maioria, esporádicos, e apenas cerca de 10% dos casos estão associados a predisposição genética com componente hereditário. A síndrome de Lynch com mutações nos genes de reparo do DNA: MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2, é a mais comum relacionada ao câncer de endométrio, ocorrendo geralmente em mulheres mais jovens (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

O principal sintoma apresentado por mulheres com suspeita de câncer de endométrio é o sangramento uterino pós-menopausa. A presença de corrimento e dor pélvica também pode ser relatada. Portanto, diante de mulheres na pós-menopausa com queixa de sangramento, deve-se sempre ter com diagnóstico diferencial o câncer de endométrio, mesmo sabendo que, nesta população de mulheres, a causa mais comum de sangramento pós-menopausa é a atrofia endometrial (LASMAR, et al., 2017).

A ultrassonografia transvaginal é um exame barato e de mais fácil acesso, sendo muito importante para uma avaliação inicial no rastreamento de alterações no endométrio. As mulheres com queixa de sangramento anormal e resultado suspeito na ultrassonografia devem ser imediatamente encaminhadas para uma biópsia endometrial através de histeroscopia (padrão ouro), curetagem ambulatorial (cureta de Pipelle/Novak) ou hospitalar no centro cirúrgico.

Uma vez feito o diagnóstico de neoplasia endometrial, devem ser solicitados exames de tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve com contraste venoso, para o correto estadiamento da doença. A indicação de ressonância magnética pode ser justificada para casos de doença localmente avançada, na suspeita de invasão de órgãos e estruturas extrauterinas. O PET-CT fica reservado

para avaliação de suspeita de lesões à distância e recidiva tumoral pós tratamento. A figura 4 representa o estadiamento do câncer de endométrio segundo o TNM (AJCC, 8ª edição).

Figura 4: Carcinoma de corpo uterino

Corpus uteri: Carcinoma and carcinosarcoma TNM staging AJCC UICC 8th edition

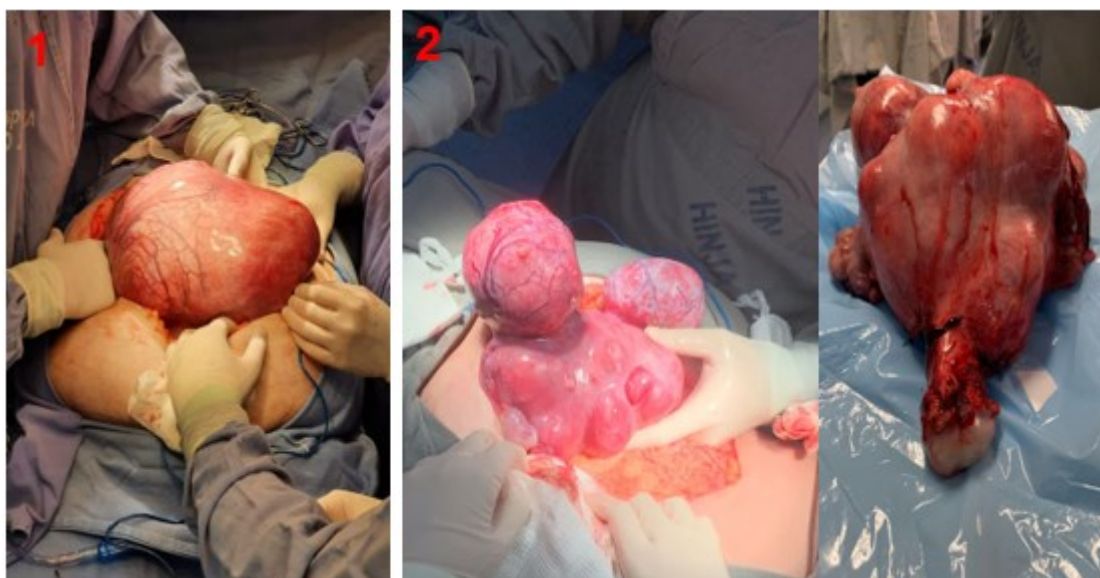
Primary tumor (T)		
T category	FIGO stage	T criteria
TX		Primary tumor cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumor
T1	I	Tumor confined to the corpus uteri, including endocervical glandular involvement
T1a	IA	Tumor limited to the endometrium or invading less than half the myometrium
T1b	IB	Tumor invading one half or more of the myometrium
T2	II	Tumor invading the stromal connective tissue of the cervix but not extending beyond the uterus. Does NOT include endocervical glandular involvement.
T3	III	Tumor involving serosa, adnexa, vagina, or parametrium
T3a	IIIA	Tumor involving the serosa and/or adnexa (direct extension or metastasis)
T3b	IIIB	Vaginal involvement (direct extension or metastasis) or parametrial involvement
T4	IVA	Tumor invading the bladder mucosa and/or bowel mucosa (bullous edema is not sufficient to classify a tumor as T4)
T suffix (m) if synchronous primary tumors are found in a single organ.		
Regional lymph nodes (N)		
N category	FIGO stage	N criteria
NX		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
N0(+)		Isolated tumor cells in regional lymph node(s) no greater than 0.2 mm
N1	IIIC1	Regional lymph node metastasis to pelvic lymph nodes
N1mi	IIIC1	Regional lymph node metastasis (greater than 0.2 mm but not greater than 2.0 mm in diameter) to pelvic lymph nodes
N1a	IIIC1	Regional lymph node metastasis (greater than 2.0 mm in diameter) to pelvic lymph nodes
N2	IIIC2	Regional lymph node metastasis to para-aortic lymph nodes, with or without positive pelvic lymph nodes
N2mi	IIIC2	Regional lymph node metastasis (greater than 0.2 mm but not greater than 2.0 mm in diameter) to para-aortic lymph nodes, with or without positive pelvic lymph nodes
N2a	IIIC2	Regional lymph node metastasis (greater than 2.0 mm in diameter) to para-aortic lymph nodes, with or without positive pelvic lymph nodes
Suffix (sn) is added to the N category when regional lymph node metastasis is identified by sentinel lymph node biopsy only.		
Suffix (f) is added to the N category when metastasis is identified by fine needle aspiration (FNA) or core needle biopsy only.		
Distant metastasis (M)		
M category	FIGO stage	M criteria
cM0		No distant metastasis
cM1	IVB	Distant metastasis (includes to inguinal lymph nodes, intraperitoneal disease, lung, liver, or bone). (It excludes metastasis to pelvic or para-aortic lymph nodes, vagina, uterine serosa, or adnexa.)
pM1	IVB	Distant metastasis (includes to inguinal lymph nodes, intraperitoneal disease, liver, or bone) microscopically confirmed. (It excludes metastasis to pelvic or para-aortic lymph nodes, vagina, uterine serosa, or adnexa.)

Fonte: Uptodate (2023).

A cirurgia é o tratamento padrão para pacientes com chances de cura do câncer de endométrio. O tipo de cirurgia e sua extensão levará em consideração, principalmente, o estadiamento da doença, tamanho do tumor, grau de diferenciação e invasão do miométrio. A principal via de disseminação de metástases do adenocarcinoma de endométrio é a via linfática. Logo, quando indicada, a linfadenectomia tem um importante papel terapêutico, e também de estadiamento cirúrgico da doença. A presença de linfonodos metastáticos na análise histopatológica é o principal fator prognóstico dessa doença (OLIVEIRA, et al., 2022).

A Figura 5 apresenta dois exemplos de neoplasias ginecológicas distintas: o carcinoma endometrióide (1) e o carcinosarcoma de endométrio (2). Enquanto o carcinoma endometrióide representa um tipo comum de câncer de endométrio, caracterizado por células glandulares anormais, o carcinosarcoma de endométrio é uma forma mais rara e agressiva, composta por células malignas de tecido epitelial e mesenquimal. Ambas as condições ressaltam a importância do monitoramento ginecológico regular e da conscientização sobre os diferentes tipos de câncer feminino.

Figura 5: Carcinoma endometrióide (1) e Carcinosarcoma de endométrio



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

A avaliação de fatores, como tipo histológico, grau de diferenciação tumoral, invasão miometrial, invasão angiolinfática e acometimento metastático linfonodal, é fundamental para tomada de decisões terapêuticas, envolvendo tipo de cirurgia e a utilização de radioterapia e/ou quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante, dependendo do caso avaliado (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

2.3.4 Câncer de Ovário

Segundo estimativas do Instituto nacional do Câncer- INCA para o triênio 2023 a 2025, serão 7.310 novos casos de câncer de ovário a cada ano. Os tipos histológicos e comportamento da doença são heterogêneos e variados, sendo seu tratamento um

desafio na oncologia. Trata-se da segunda neoplasia ginecológica mais comum em países desenvolvidos e a nona mais incidente na população feminina (BRASIL, 2021).

A maioria das mulheres ainda é diagnosticada em estágios tardios (III e IV), o que influenciará diretamente no pior prognóstico da doença.

As neoplasias malignas de origem epitelial – carcinoma epitelial de ovário (CEO), representam aproximadamente 90% dos tumores malignos, os demais são originados a partir de células germinativas e células estromais produtoras de hormônios (FERNANDES; DE SÁ, 2019).

Os fatores de risco mais conhecidos para doença são: menarca precoce, nuliparidade, menopausa tardia, endometriose (2,5% de risco de malignização) e síndrome do ovário policístico (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

A maioria das mulheres diagnosticadas com carcinoma epitelial de ovário encontra-se na faixa etária dos 40 aos 65 anos. Os sintomas, principalmente em doença no estágio inicial, são vagos e pouco específicos, e isso dificulta seu diagnóstico precoce. Boa parte dessas pacientes refere aumento do volume abdominal com desconforto, náuseas e hiporexia. Em casos mais avançados, relatam inchaço nas pernas, plenitude pós-prandial e dispneia por derrame pleural.

O CEO é mais frequente em mulheres pós-menopausa, e após avaliação destas por meio da anamnese e do exame físico, devem ser solicitados os exames complementares de imagem para estadiamento, avaliadas possíveis mutações em genes como BRCA1 e BRCA2, solicitados marcadores de tumores, principalmente o CA 125 em pacientes com suspeita de neoplasia epitelial.

Os tumores germinativos e de células do cordão sexual são tipos mais raros de câncer de ovário, e incidem principalmente em mulheres mais jovens, e nessa população é preciso avaliar a possibilidade de associação com síndromes hereditárias (ex. síndrome de Lynch), solicitar marcadores tumorais, como alfafetoproteína (AFP), beta HCG -fração qualitativa, LDH e inibina B. Para aquelas pacientes com suspeita de doença extraovariana, pode-se ainda pedir a dosagem de CEA, CA 19.9 e CA 15-3 (FERNANDES; DE SÁ, 2019).

O estadiamento padrão da neoplasia de ovário pode ser feito com tomografias computadorizadas de tórax, abdome superior e pelve com contraste venoso. Sabe-se que a ultrassonografia é um importante exame de diferenciação de massas anexiais, sendo seu baixo custo e mais fácil acesso importantes para avaliação inicial de lesões ovarianas. A ressonância magnética possibilita uma avaliação mais detalhada de

lesões ovarianas suspeitas, principalmente em mulheres mais jovens, auxiliando na decisão pré-operatória. O PET-CT tem importante função na detecção de doença metastática peritoneal e à distância. A figura 6 mostra o estadiamento do câncer epitelial de ovário.

Figura 6: TNM AJCC 8ª edição

Ovary, fallopian tube, and primary peritoneal carcinoma TNM staging AJCC UICC 8th edition		
Primary tumor (T)		
T category	FIGO stage	T criteria
TX		Primary tumor cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumor
T1	I	Tumor limited to ovaries (one or both) or fallopian tube(s)
T1a	IA	Tumor limited to one ovary (capsule intact) or fallopian tube, no tumor on ovarian or fallopian tube surface; no malignant cells in ascites or peritoneal washings
T1b	IB	Tumor limited to both ovaries (capsules intact) or fallopian tubes; no tumor on ovarian or fallopian tube surface; no malignant cells in ascites or peritoneal washings
T1c	IC	Tumor limited to one or both ovaries or fallopian tubes, with any of the following:
T1c1	IC1	<ul style="list-style-type: none"> Surgical spill
T1c2	IC2	<ul style="list-style-type: none"> Capsule ruptured before surgery or tumor on ovarian or fallopian tube surface
T1c3	IC3	<ul style="list-style-type: none"> Malignant cells in ascites or peritoneal washings
T2	II	Tumor involves one or both ovaries or fallopian tubes with pelvic extension below pelvic brim or primary peritoneal cancer
T2a	IIA	Extension and/or implants on the uterus and/or fallopian tube(s) and/or ovaries
T2b	IIB	Extension to and/or implants on other pelvic tissues
T3	III	Tumor involves one or both ovaries or fallopian tubes, or primary peritoneal cancer, with microscopically confirmed peritoneal metastasis outside the pelvis and/or metastasis to the retroperitoneal (pelvic and/or para-aortic) lymph nodes
T3a	IIIA2	Microscopic extrapelvic (above the pelvic brim) peritoneal involvement with or without positive retroperitoneal lymph nodes
T3b	IIIB	Macroscopic peritoneal metastasis beyond pelvis 2 cm or less in greatest dimension with or without metastasis to the retroperitoneal lymph nodes
T3c	IIIC	Macroscopic peritoneal metastasis beyond the pelvis more than 2 cm in greatest dimension with or without metastasis to the retroperitoneal lymph nodes (includes extension of tumor to capsule of liver and spleen without parenchymal involvement of either organ)
Regional lymph nodes (N)		
N category	FIGO stage	N criteria
NX		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
N0(i+)		Isolated tumor cells in regional lymph node(s) no greater than 0.2 mm
N1	IIIA1	Positive retroperitoneal lymph nodes only (histologically confirmed)
N1a	IIIA1i	Metastasis up to and including 10 mm in greatest dimension
N1b	IIIA1ii	Metastasis more than 10 mm in greatest dimension
Distant metastasis (M)		
M category	FIGO stage	M criteria
M0		No distant metastasis
M1	IV	Distant metastasis, including pleural effusion with positive cytology; liver or splenic parenchymal metastasis; metastasis to extra-abdominal organs (including inguinal lymph nodes and lymph nodes outside the abdominal cavity); and transmural involvement of intestine
M1a	IVA	Pleural effusion with positive cytology
M1b	IVB	Liver or splenic parenchymal metastases; metastases to extra-abdominal organs (including inguinal lymph nodes and lymph nodes outside the abdominal cavity); transmural involvement of intestine

Fonte: Uptodate (2023).

Como se sabe, a biópsia por meio de agulhas está proscrita em lesões suspeitas de neoplasia ovariana, devido ao risco de disseminação em caso de doença maligna (KJELLGREN et al., 1971). A ruptura de um tumor de ovário por biópsia ou durante a cirurgia terá um impacto negativo no prognóstico dessas pacientes. Nesse

cenário, o exame de congelação realizado por um patologista no intraoperatório será de suma importância para definição da natureza da doença, benigna ou maligna, além de possibilitar a avaliação do subtipo histológico. Essas informações durante a cirurgia possibilitam ao cirurgião oncológico tomar a melhor e mais adequada conduta cirúrgica, evitando reabordagens futuras desnecessárias e colaborando diretamente para melhores resultados oncológicos.

Em caso de pacientes com ascite volumosa, uma paracentese diagnóstica com avaliação citológica pode confirmar a presença de células neoplásicas no líquido colhido e analisado (RUNYON; HOEFS; MORGAN, 1988). Naqueles casos com suspeita por imagem de carcinomatose peritoneal (metástases no peritônio), a laparoscopia pode ser usada com método diagnóstico e obtenção de biópsias peritoneais, além da avaliação –inventário- da cavidade abdominal e pélvica.

A Figura 7 ilustra dois tipos distintos de tumores ovarianos: o cistoadenocarcinoma seroso (1) e o cistoadenocarcinoma mucinoso de ovário (2). O cistoadenocarcinoma seroso é o tipo mais comum de câncer epitelial de ovário, apresentando células que produzem líquido seroso. Por outro lado, o cistoadenocarcinoma mucinoso é caracterizado por células produtoras de mucina, sendo menos frequente em comparação ao seroso. Ambos os tumores destacam a variedade de neoplasias ovarianas e a necessidade de conscientização sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoces.

Figura 7: Tumor de ovário - cistoadenocarcinoma seroso (1) e cistoadenocarcinoma mucinoso de ovário (2)



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

O pilar terapêutico do câncer de ovário é a cirurgia, seja nos estágios iniciais da doença ou através da citorredução –redução máxima no volume de doença–, em estágios mais avançados. A cirurgia completa (padrão), principalmente em casos de tumores epiteliais, contempla histerectomia total com anexectomia bilateral, podendo ser modificada caso seja necessária a preservação da fertilidade, linfadenectomia pélvica e paraórtica, omentectomia (risco de disseminação para o grande omento), biópsias peritoneais, colheta do líquido ascítico ou lavado peritoneal (FERNANDES; DE SÁ, 2019).

A quimioterapia possui importante papel terapêutico antes (neoadjuvante) ou depois (adjuvante) da cirurgia, dependendo da avaliação do estágio de doença e do estado clínico (*performance status*) do paciente. A radioterapia poderá ser indicada dependendo do tipo histológico do tumor e sua radiosensibilidade.

A utilização de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal associada a cirurgia citorrredutora mostrou resultados favoráveis no prognóstico de pacientes com CEO com disseminação peritoneal da doença. Os casos devem ser selecionados criteriosamente e realizados em centros especializados nesse tipo de tratamento.

2.3.5 Câncer de Colo Uterino

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, estimam-se para cada ano do triênio 2023-2025 cerca de 17.010 novos casos de câncer de colo uterino ou cervical, com risco de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. É o terceiro câncer mais incidente em mulheres (excluindo os tumores de pele não melanoma). Em regiões como a Norte (20,48 por 100 mil) e Nordeste (17,59 por 100 mil), a doença ocupa a segunda posição em incidência nessa população (BRASIL, 2021).

A mortalidade no Brasil, em 2020, foi de 6.627 óbitos, e a taxa de mortalidade bruta por câncer do colo do útero foi de 6,12 mortes a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2022; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2020a)

A estimativa mundial aponta que o câncer do colo do útero foi o quarto mais frequente em mulheres em todo o mundo, com uma estimativa de 604 mil casos novos. (FERLAY et al., 2021; SUNG et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabeleceu metas para a erradicação da doença, aponta que, em 2020, mais de 500 mil mulheres foram diagnosticadas e quase 342 mil morreram, a maioria em países pobres.

A infecção crônica pelo HPV (Papiloma Vírus Humano), de alto risco, está relacionada com aproximadamente 99% dos casos de cânceres do colo uterino. Juntamente com o tabagismo, promiscuidade (múltiplos parceiros sexuais), multiparidade, início precoce da atividade sexual, o uso prolongado de anticoncepcionais e o baixo nível socioeconômico são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Atualmente, podem ser identificados mais de 200 subtipos do vírus HPV, sendo 13 tipos considerados de alto risco oncogênico. Entre eles, estão os tipos 16,18,31,33,35,39,45,52,56,58,59,68 e 82. Destes, os subtipos 16 e 18, são os mais prevalentes no diagnóstico de carcinomas invasivos do colo uterino. A transmissão sexual com conseqüente cronicidade pela infecção do vírus, associada a aspectos imunológicos da mulher, estão relacionados ao desenvolvimento dessa neoplasia (FERNANDES; DE SÁ, 2019).

As lesões precursoras do câncer cervical são conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC). Mais recentemente, passou-se a classificar esse processo evolutivo para doença invasora (carcinogênese) em lesões de baixo grau – NIC I e lesões de alto grau – NIC II e III. A infecção crônica pelo HPV de alto risco oncogênico é o principal fator de risco para o surgimento das lesões precursoras - NIC (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico, também conhecido como exame preventivo ou Papanicolau. Os dois primeiros exames devem ser realizados anualmente, e caso ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos (BRASIL, 2021).

Segundo as diretrizes para rastreamento e prevenção do câncer de colo uterino, publicadas pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA, o rastreio deve ser iniciado após os 25 anos, para aquelas mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual, e seguir até aos 64 anos de idade, enquanto naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, o rastreio pode ser interrompido quando houver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B). Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca se submeteram ao exame

citopatológico, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Para pacientes infectadas com vírus HIV, imunocomprometidas, expostas ao dietilestilbestrol intrauterino ou com histórico de lesões precursoras (NIC), é preciso maior atenção especial, exigindo-se exames ginecológicos de triagem com maior frequência.

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) publicou estudos referentes à utilização do teste DNA HPV no rastreamento de câncer de colo uterino no município de Indaiatuba, SP, mostrando benefício de custo-efetividade desse método de rastreio.

Nos estágios iniciais da doença, a mulher pode se apresentar assintomática nas consultas médicas de rotina, por isso faz-se importante a realização do rastreio. Geralmente, quando sintomáticas, as pacientes referem sangramento vaginal anormal. Infecções secundárias com corrimento vaginal de odor fétido são frequentemente encontradas. Já os casos mais avançados da doença, podem ser relatados com sintomas como dor pélvica (neuropática), dor lombar (invasão ureteral e hidronefrose), linfedema de membros inferiores (invasão linfática e trombose venosa), além de complicações como fístulas vesico-vaginal e reto-vaginal por invasão tumoral (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

O diagnóstico das lesões pré-malignas e do carcinoma invasor são realizados por meio da anamnese e de biópsias após o exame físico ginecológico com evidência de lesão macroscópica ou de área suspeita, o resultado citológico e/ou colposcópico sinalizando doença cervical.

O estadiamento da doença deve ser feito baseado em dados clínicos e exame físico-ginecológico completo, incluindo toque retal, para adequada avaliação dos paramétrios, e palpação da cadeia linfática (linfonodos) inguinais bilateralmente. O estadiamento da FIGO e TNM auxiliam na classificação do estágio da doença, conforme adiante (figura 8).

Figura 8: Estadiamento da FIGO e TNM

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) staging of cancer of the cervix uteri (2018; corrigendum 2019)

Stage	Description
I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the uterine corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only by microscopy, with maximum depth of invasion <5 mm*
IA1	Measured stromal invasion ≤ 3 mm in depth
IA2	Measured stromal invasion >3 mm and ≤ 5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma with measured deepest invasion >5 mm (greater than Stage IA), lesion limited to the cervix uteri [¶]
IB1	Invasive carcinoma >5 mm depth of stromal invasion, and ≤ 2 cm in greatest dimension
IB2	Invasive carcinoma >2 cm and ≤ 4 cm in greatest dimension
IB3	Invasive carcinoma >4 cm in greatest dimension
II	The carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial involvement
IIA1	Invasive carcinoma ≤ 4 cm in greatest dimension
IIA2	Invasive carcinoma >4 cm in greatest dimension
IIB	With parametrial involvement but not up to the pelvic wall
III	The carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or paraaortic lymph nodes ^Δ
IIIA	The carcinoma involves the lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney (unless known to be due to another cause)
IIIC	Involvement of pelvic and/or paraaortic lymph nodes (including micrometastases), irrespective of tumor size and extent (with r and p notations) ^Δ
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2	Paraaortic lymph node metastasis
IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. (A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to Stage IV.)
IVA	Spread to adjacent pelvic organs
IVB	Spread to distant organs

When in doubt, the lower staging should be assigned.

* Imaging and pathology can be used, where available, to supplement clinical findings with respect to tumor size and extent, in all stages.

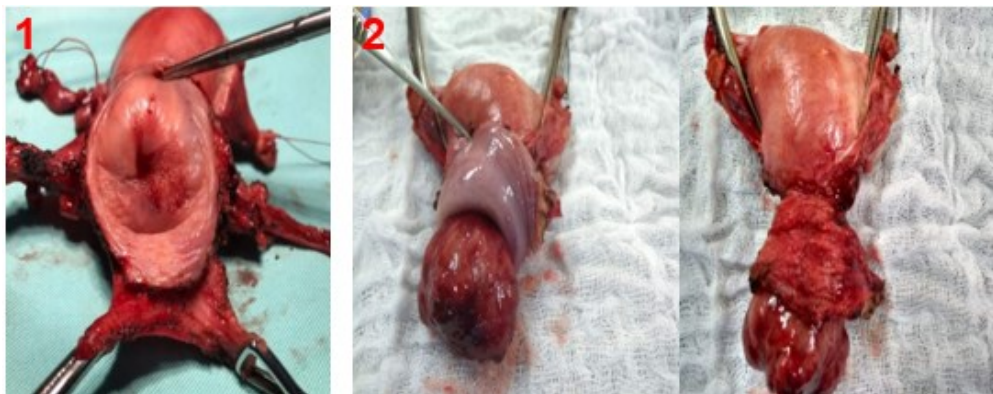
[¶] The involvement of vascular/lymphatic spaces does not change the staging. The lateral extent of the lesion is no longer considered.

^Δ Adding notation of r (imaging) and p (pathology) to indicate the findings that are used to allocate the case to Stage IIIC. Example: If imaging indicates pelvic lymph node metastasis, the stage allocation would be Stage IIIC1r, and if confirmed by pathologic findings, it would be Stage IIIC1p. The type of imaging modality or pathology technique used should always be documented.

Fonte: Uptodate (2023).

A Figura 9 apresenta dois subtipos de câncer de colo uterino: o carcinoma espinocelular invasor e o adenocarcinoma de colo uterino.

Figura 9: Carcinoma espinocelular invasor de colo uterino e adenocarcinoma de colo uterino



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

A avaliação mais detalhada da pelve pode ser obtida com a ressonância magnética, que possui maior sensibilidade e acurácia na detecção da extensão tumoral, avaliação dos paramétrios e dos linfonodos pélvicos (inguinais, ilíacos, obturadores, entre outros). A tomografia computadorizada com contraste venoso do tórax e abdome superior mostra-se eficaz para detecção de metástases pulmonares e hepáticas e acometimento de cadeias retroperitoneais paraórticas. O *Positron Emission Tomography Scan* (PET-Scan) pode ser útil para definição de doença metastática suspeita e recidivas tumorais.

O tratamento do câncer de colo uterino vai variar de acordo com o estadiamento da doença. Em casos de carcinoma *in situ*, devemos sempre garantir a exclusão de doença invasora por meio de biópsia dirigida por colposcopia ou conização (CONG et al., 2018). Para essas lesões, o tratamento com conização pode ser proposto para mulheres com desejo gestacional, enquanto a histerectomia total pode ser a opção para mulheres com prole constituída, na impossibilidade de realizar a conização, comprometimento extenso do canal endocervical e para casos de margens comprometidas com teste DNA- HPV positivo para alto risco. Em casos em que se deseja manter a fertilidade, podemos oferecer a traquelectomia. Nas pacientes sem condições cirúrgicas, a radioterapia pode ser empregada.

Na doença microinvasora – estágios IA1 e IA2, a histerectomia simples (IA1), e a histerectomia radical (IA2) são o tratamento padrão, respectivamente. Para os casos em que se deseja a preservação da fertilidade, a traquelectomia é uma opção terapêutica. A radioterapia seria indicada para pacientes sem condições clínicas para o tratamento cirúrgico.

Em casos de doença macroscópicas – IB1, IB2 e IIA, a histerectomia radical pode ser oferecida para pacientes selecionadas com boas condições cirúrgicas. A traquelectomia radical é uma alternativa terapêutica para mulheres com lesões de até 2 cm que desejam preservar a fertilidade, a ressonância magnética evidenciando clara margem de segurança no limite proximal (cranial) entre a lesão e o istmo uterino, além da avaliação de congelação de margens no intraoperatório. Em casos de contraindicação cirúrgica, o tratamento com radioterapia concomitante com quimioterapia e posterior braquiterapia é a melhor opção (FIGUEIREDO; MONTEIRO, 2015).

Nas pacientes com doença avançada (IB3, IIA2, III e IVA), o tratamento padrão é a radioterapia, com quimioterapia seguido de braquiterapia. Naquelas com doença recidivada e persistente, ou com metástases para órgão à distância (IVB), a quimioterapia é a opção para o tratamento paliativo.

As mulheres em sua maioria são diagnosticadas com câncer de colo uterino na faixa etária 25 a 49 anos de idade. O prognóstico dessa doença dependerá de fatores como idade, estágio da doença no diagnóstico e acesso ao tratamento especializado (BRASIL, 2021). Observa-se uma grande disparidade da distribuição global e regional da doença, como é o caso aqui no Brasil. A grande maioria dos casos de câncer cervical corresponde ao tipo espinocelular ou escamoso (CEC), e o adenocarcinoma representa cerca de 25% dos casos, ambos diretamente associados ao Papiloma Vírus (HPV). O entendimento dessas questões é fundamental para que se possam guiar os investimentos em recursos e políticas públicas eficazes no combate e prevenção a esse tipo de câncer ginecológico.

2.3 ESTADO DA ARTE ACERCA DO TEMA TUMORES GINECOLÓGICOS EM PACIENTES IDOSAS

Nos dias atuais, as questões de saúde das mulheres são de grande importância na sociedade e de grande preocupação nos países em desenvolvimento. Algumas delas são a dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde; os preconceitos da sociedade em geral em relação à velhice; a disponibilidade de uma pessoa para acompanhar a mulher idosa ao serviço de saúde; a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para atuar com a mulher idosa e pouco investimento em ações de educação em saúde nessa área.

A mudança na expectativa de vida afeta a apresentação clínica e o prognóstico de pacientes idosas com câncer ginecológico (IAVAZZO, et al., 2020). O aumento da expectativa de vida indica aumento da população idosa; assim, o tratamento dessa população, quando acometida de câncer ginecológico, torna-se verdadeiro dilema, sugestivo para problemas de pesquisa e questão de saúde pública. Kissel et al. (2020) destacam que, como os pacientes idosos são quase sempre excluídos dos ensaios clínicos, é difícil obter dados científicos robustos sobre a tolerabilidade dos tratamentos oncológicos e estabelecer recomendações.

Com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de pacientes idosas, os sistemas de saúde têm que lidar com mais frequência com pacientes que não são simplesmente idosos, mas também apresentam comorbidades graves e necessidades fisiológicas, psicológicas, funcionais e sociais que exigem um manejo individualizado (IAVAZZO, et al., 2020).

No Brasil, sugere-se a descontinuação do rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres acima de 64 anos (BRASIL, 2016a). No entanto, Skaznik-Wikiel et al. (2012) afirmam que mulheres com mais de 70 anos são frequentemente diagnosticadas com doença em estágio avançado, o que limita suas opções de tratamento. Deste modo, pode-se sugerir que a incidência de câncer do colo do útero não diminui significativamente em mulheres idosas.

Medeiros-Verzaro e Sardinha (2020) sugerem a necessidade de melhorar as campanhas para a faixa etária média de 69,91 anos, estimulando o rastreamento citológico e realizando a identificação de mulheres em atraso neste rastreamento de modo a reforçar a prevenção. Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2022):

[...] mais de 30 mil mulheres são diagnosticadas com tumores ginecológicos anualmente. Considerando que os sintomas são ausentes ou inespecíficos na fase inicial do tumor, muitas vezes, fica complicado perceber precocemente um câncer de colo de útero, endométrio, ovário, vagina e vulva.

No ano de 2019, o Brasil já ocupava a sétima posição dentre todos os tumores malignos que acometem a mulher, sendo o tumor ginecológico o segundo mais frequente (CARVALHO, 2019). Vale destacar que o papilomavírus humano (HPV) é um grupo de vírus muito comum, tendo mais de 100 tipos, dos quais pelo menos 14 são cancerígenos e transmitidos principalmente por contato sexual (BRASIL, 2021).

O HPV pode se manifestar em qualquer idade, haja vista a existência de casos de câncer de colo uterino e vulva que se desenvolvem em pessoas mais idosas e que

estão relacionados ao HPV (ACCAMARGO, 2021). No entanto, o vírus desenvolve lesões principalmente nas mulheres que estão normoestrogênicas, isto é, que estão no período da vida em que o ovário ainda produz os hormônios, chamado de menacme. Na verdade, o vírus do HPV se adapta ao estrogênio.

Diante desse cenário, percebem-se diversos riscos aos quais as mulheres estão expostas no que tange ao acometimento de tumores ginecológicos, tanto as jovens quanto as idosas. Desse modo, devem-se incentivar pesquisas baseadas na temática deste estudo.

2.4 ENSINO DE NEOPLASIAS MALIGNAS E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE MEDICINA

Em 2014, o Ministério da Educação (MEC) aprovou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina, que visam proporcionar uma formação médica mais ampla, humanizada e crítica (BRASIL, 2014). Nesse sentido, as DCN focam na capacitação dos estudantes para atuar em diversos níveis de atenção à saúde com responsabilidade social e comprometimento com a defesa dos direitos humanos e da saúde integral da população.

As DCN foram estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC) em 2001, com o objetivo de orientar a elaboração dos currículos dos cursos de graduação em todo o país (JUNIOR, 2020). No caso do curso de Medicina, as DCN têm como finalidade garantir a formação de médicos capazes de atuar no sistema de saúde brasileiro, com ênfase na atenção primária e na promoção da saúde.

O objetivo das DCN para o curso de Medicina é, portanto, garantir uma formação médica de qualidade, baseada em competências e habilidades, com foco nas necessidades de saúde da população brasileira (BOLLELA; MACHADO, 2010). Assim, compreende-se que as DCN para o curso de Medicina definem as competências e habilidades que devem ser desenvolvidas pelos estudantes durante a graduação. Essas competências incluem o conhecimento científico, a tomada de decisão, a comunicação, a liderança e a gestão em saúde.

Nesse sentido, é fundamental que os currículos de Medicina incluam conteúdo específico sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças que afetam a população feminina, incluindo os tumores ginecológicos. Desse modo, torna-se relevante discutir acerca das DCN que regulamentam o curso de Medicina e a

importância do ensino de tumores ginecológicos na população idosa na formação médica, em especial para alunos do módulo XI do internato e residentes de Ginecologia. As DCN de 2014 definiam que a formação médica deveria:

(I) Ser orientada pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações; Usar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração dos conteúdos de ensino, pesquisa, extensão e assistência; (II) Promover a integração e interdisciplinaridade aprendendo e atuando em equipes multiprofissionais; (III) Ter a presença de ciências sociais e discussões em temas fundamentais para a formação ética do estudante como a segurança do paciente e a diversidade na garantia de direitos sociais, debatendo questões de gênero, etnia, entre outras condições; (IV) Prever a inserção do aluno na rede de serviços de saúde desde as séries iniciais da formação e ao longo de todo o curso proporcionando ao estudante oportunidade de lidar com problemas reais assumindo responsabilidades crescentes; (V) Dar centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de Medicina de Família e Comunidade e fortalecer também áreas como a atenção às urgências e saúde mental. (BRASIL, 2014).

Em 3 de novembro de 2022, conforme a Resolução CNE/CES Nº 3, alterou-se os artigos 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Deste modo, no artigo 6º, foi inserido o novo inciso III, com a consequente renumeração dos demais incisos, passando a ter a seguinte redação:

“Art. 6º III - Conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em cuidados paliativos, no âmbito da formação e desenvolvimento de competências específicas de relacionamento interpessoal, de comunicação, de comunicação de más notícias, com escuta atenta à história biográfica do paciente, gerenciamento de dor e outros sintomas, atuando de acordo com princípios e a filosofia dos cuidados paliativos, bem como identificar os critérios de indicação para cuidados paliativos precoces diante do diagnóstico de doença ameaçadora de vida e indicação e manejo de cuidados de fim de vida incluindo, além do controle de sintomas de sofrimento físico, a abordagem de aspectos psicossociais, espirituais e culturais dos cuidados, identificando e prevenindo os riscos potenciais de luto prolongado.”

No Artigo 2º da Resolução mencionada, o inciso V e suas respectivas alíneas foram acrescentados ao Artigo 12, conforme indicado abaixo:

“Art. 12. V - Princípios e Boas Práticas de Cuidados Paliativos: (*) Resolução CNE/CES 3/2022. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de novembro de 2022, Seção 1, p. 38. 2 a) identificar a percepção do paciente e seus familiares a respeito da doença, suas preocupações, receios, metas e valores, identificando planos de tratamento que respeitem o alinhamento com essas prioridades; b) atuar junto aos membros de uma equipe de cuidados interdisciplinares, contribuindo para a integração dos diversos saberes ao criar um plano de

cuidados paliativos para os pacientes; c) aplicar a base de evidências e o conhecimento das trajetórias da doença para ajustar o plano de cuidados de acordo com a evolução da doença e a história do doente; d) identificar os pacientes e as famílias, especialmente quanto às crenças culturais e às práticas relacionadas à doença grave e aos cuidados de fim de vida e integrar estes propósitos no plano de cuidados; e) identificar e gerenciar sinais e sintomas comuns no final da vida; e f) conhecer a filosofia e os pilares dos cuidados paliativos e hospice.”

O artigo 23 será alterado com a adição dos incisos VII e VIII, e haverá renumeração dos incisos seguintes, conforme segue no artigo 3º:

“Art. 23. VII - conhecimento da abordagem, dos conceitos e da filosofia dos cuidados paliativos e hospice; VIII - compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a terminalidade da vida, a morte e o luto, considerando o domínio das intervenções e medidas farmacológicas para o adequado controle dos sintomas.” NR Art. 4º.”

Com relação ao ensino, as DCN estabelecem que a formação médica deve ser baseada em um modelo pedagógico centrado no estudante, com ênfase na integração entre teoria e prática, na interdisciplinaridade e na participação ativa do estudante em seu processo de aprendizagem (CUSTÓDIO et al., 2019).

3.5 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NO AUXÍLIO DO ENSINO DE NEOPLASIAS MALIGNAS PARA O CURSO DE MEDICINA

A TAS de Ausubel é uma teoria da aprendizagem que enfatiza a importância da relação entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio do aluno (AUSUBEL, 2003). Segundo Ausubel, a aprendizagem significativa ocorre quando uma nova informação é integrada de forma não arbitrária e substantiva à estrutura cognitiva existente do aluno (AUSUBEL, 1978). De acordo com a teoria de Ausubel, a aprendizagem ocorre por meio da assimilação de novos conhecimentos em estruturas cognitivas preexistentes na mente do aluno, que se expandem e se modificam durante esse processo (MOREIRA; MASINI, 2009). Essas estruturas cognitivas incluem conceitos, proposições e ideias que já foram aprendidas anteriormente, e que servem como pontos de ancoragem para o novo conhecimento.

A TAS de Ausubel é caracterizada pela ativação de um processo cognitivo denominado ancoragem, que envolve a seleção e organização de informações relevantes e a sua integração em um conjunto de ideias coerente e estruturado

(NOVAK; GOWIN, 1999). Esse processo ocorre por meio da associação de novas informações a conceitos relevantes já existentes na estrutura cognitiva do aluno.

Além disso, a aprendizagem significativa é considerada mais duradoura e transferível do que a aprendizagem mecânica, que ocorre apenas por repetição ou memorização. Isso porque a aprendizagem significativa envolve a criação de uma relação lógica entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio do aluno, o que permite a transferência de conceitos e ideias para novas situações (AUSUBEL, NOVAK, HANESIA, 1980). Assim, a TAS de Ausubel tem implicações importantes para a prática pedagógica, ao destacar a importância de conectar o novo conhecimento ao conhecimento prévio do aluno e promover a sua compreensão ativa e significativa. Para isso, é preciso utilizar estratégias pedagógicas que incentivem a reflexão e a associação de ideias, como a discussão em grupo, a resolução de problemas e a elaboração de projetos.

Ausubel destaca a importância do papel do professor como facilitador da aprendizagem, fornecendo aos alunos as ferramentas e o suporte necessário para a assimilação de novos conhecimentos (MOREIRA, 2013). Isso inclui a seleção cuidadosa de materiais didáticos relevantes, a elaboração de atividades que estimulem a reflexão e a associação de ideias e o fornecimento de feedback construtivo sobre o desempenho dos alunos.

A TAS de Ausubel também tem implicações para a avaliação da aprendizagem, destacando a importância de avaliar não apenas a memorização de informações, mas também a compreensão e a aplicação dos conceitos e ideias aprendidos (LUNA; BERNARDES, 2016). Isso pode ser feito por meio de atividades que estimulem a reflexão e a resolução de problemas, por exemplo. Como visto, a TAS de Ausubel enfatiza a importância de conectar o novo conhecimento ao conhecimento prévio do aluno, promover a compreensão ativa e significativa e valorizar a reflexão e a aplicação dos conceitos e ideias aprendidos. Essa teoria tem implicações importantes para a prática pedagógica e pode contribuir para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem em diversas áreas do conhecimento.

Em consonância a estes fatores, Ausubel destaca que a aprendizagem significativa não ocorre de forma isolada, mas sim em um contexto social (FREITAS; DOS SANTOS; MERCADO, 2019). Dessa forma, o aprendizado é influenciado pela interação do aluno com os outros membros da comunidade, incluindo colegas,

professores e especialistas. Essa interação social pode contribuir para a construção de novos conhecimentos e para a expansão da estrutura cognitiva do aluno.

Outro aspecto importante da teoria da aprendizagem significativa de Ausubel é a distinção entre aprendizagem significativa e aprendizagem mecânica. A aprendizagem mecânica ocorre por meio da repetição ou memorização de informações, sem que haja uma conexão com o conhecimento prévio do aluno. Já a aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação é assimilada de forma não arbitrária e substantiva à estrutura cognitiva existente do aluno (AUSUBEL, 2003).

Para que a aprendizagem significativa ocorra, é necessário que haja uma disposição por parte do aluno em aprender e uma motivação intrínseca para a aquisição de novos conhecimentos (TAVARES; MARTINS, 2015). Portanto, o aluno deve estar disposto a relacionar o novo conhecimento com o seu conhecimento prévio e a reconhecer a relevância da nova informação para a sua vida.

Dessa forma, a aprendizagem significativa consiste em compreender a organização lógica do conteúdo a ser aprendido, o que envolve um processo contínuo e interativo de relacionamento entre a nova informação e os aspectos relevantes da estrutura cognitiva do indivíduo. Segundo Moreira (2011), existem três tipos de aprendizagem significativa: subordinada, superordenada e combinatória.

Na aprendizagem subordinada, a nova informação é relacionada a aspectos relevantes da estrutura cognitiva do indivíduo, permitindo um avanço contínuo e interativo no processo de aprendizagem. Na aprendizagem superordenada, um novo conceito é adicionado a partir de conceitos já existentes na memória do indivíduo, gerando uma interação entre conceitos subsunçores que pode levar à formação de um conceito mais amplo.

Já na aprendizagem combinatória, não há uma relação de subordinação ou superordenação, mas sim uma relação com conteúdos mais amplos, como proposições e conceitos. Essa forma de aprendizagem é significativa porque está relacionada diretamente com a estrutura cognitiva do indivíduo e não apenas com elementos específicos.

Portanto, a aprendizagem significativa é um processo que envolve a compreensão e a organização lógica do conteúdo a ser aprendido, permitindo que o novo conhecimento se relacione de forma significativa com a estrutura cognitiva do indivíduo. Os diferentes tipos de aprendizagem significativa descritos por Moreira

(2011) apresentam variações em relação ao tipo de relação estabelecida entre os novos conceitos e os conceitos pré-existentes na memória do indivíduo.

Sob essa ótica, Novak (1981) argumenta que uma teoria educacional não deve negligenciar o fato de que os seres humanos pensam, sentem e agem, e deve ajudar a explicar como melhorar essas habilidades. Deste modo, uma oficina pedagógica representa um momento de ação para a troca de significados, pensamentos e sentimentos entre docente e discente, o que permite a aprendizagem significativa de novos conhecimentos.

De acordo com Pontes Neto (2006), a aprendizagem significativa não ocorrerá se o objetivo for simplesmente memorizar de forma mecânica e arbitrária as partes que compõem o material, em vez de buscar compreendê-lo de maneira significativa. Nessa situação, o papel mediador do professor é altamente valorizado, porém o envolvimento ativo do aluno no processo de aprendizagem torna-se proeminente com a teoria da aprendizagem significativa de Ausubel (PONTES NETO, 2006).

Em síntese, a TAS de Ausubel enfatiza a importância da relação entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio do aluno, da interação social na construção do conhecimento e da distinção entre aprendizagem significativa e aprendizagem mecânica (MAIA; STRUCHINER, 2016). Essa teoria tem implicações importantes para a prática pedagógica e pode contribuir para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem em diversas áreas do conhecimento.

3.6 A OFICINA PEDAGÓGICA NO CONTEXTO DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA DE AUSUBEL

A revisão bibliográfica se apresenta como uma oportunidade valiosa para explorar o campo de pesquisa no qual a oficina pedagógica se encaixa, especificamente em relação à TAS de Ausubel. Como proposto por Novak (2010), essa teoria enfatiza que a aprendizagem significativa ocorre quando novas informações se conectam a um aspecto relevante da estrutura cognitiva do indivíduo, incluindo ideias, conceitos ou proposições já existentes. A oficina pedagógica, em particular, pode se posicionar como um veículo eficaz para essa abordagem.

No campo do ensino médico, estudos têm apontado a eficácia da oficina pedagógica. Visintainer et al., (2018) destacaram o papel crucial da oficina pedagógica no estímulo à reflexão crítica, desenvolvimento de habilidades práticas e promoção

do aprendizado ativo. Seguindo a visão de Ausubel, as oficinas proporcionam um ambiente onde os alunos podem conectar novas informações a conceitos prévios, o que facilita a consolidação do conhecimento.

Conforme Moreira (2002) indica, a TAS de Ausubel é especialmente relevante para a área de educação em saúde, onde os estudantes frequentemente enfrentam a tarefa de integrar grande quantidade de informações novas e complexas. Nesse sentido, a oficina pedagógica oferece um ambiente interativo e centrado no aluno, que favorece a construção de conexões significativas entre conceitos.

A eficácia da oficina pedagógica como ferramenta de ensino na área de saúde foi corroborada por um estudo de Nascimento (2007), que observou melhorias importantes no desempenho e na compreensão dos alunos após a participação em oficinas pedagógicas. Esses achados reforçam a visão de Ausubel, que argumenta ser a aprendizagem mais eficaz quando o aluno é capaz de relacionar novas informações a conceitos existentes em sua estrutura cognitiva.

Conforme explícito em Delors et al. (1996), a educação médica deve focar na preparação dos futuros médicos para responder aos desafios da sociedade, incluindo o envelhecimento da população e o conseqüente aumento na prevalência de doenças crônicas, como o câncer ginecológico. Nesse contexto, a oficina pedagógica sobre câncer ginecológico em idosos desempenha um papel importante na preparação dos futuros médicos.

Ao aprofundar o entendimento sobre a oficina pedagógica como um tipo de produto ligado à TAS de Ausubel, torna-se possível compreender o papel que ela desempenha no âmbito específico do ensino médico. Ausubel (1968) enfatiza que, para a aprendizagem significativa acontecer, é necessário que o estudante demonstre uma disposição para relacionar o material novo a conceitos que ele ou ela já conhece. No ambiente interativo de uma oficina pedagógica, os estudantes podem fazer conexões mais profundas e relevantes, como defendido por Savery e Duffy (1995), ao argumentarem que a aprendizagem é uma construção ativa e contextualizada do conhecimento.

Sobre a aplicação da oficina pedagógica na formação médica, há uma ênfase notável na aplicação prática do conhecimento. Conforme Lopes e Figueiredo (2015) destacaram, a oficina pedagógica tem se mostrado eficaz para promover a consolidação do conhecimento teórico por meio da prática, um componente chave para a preparação de estudantes de medicina.

A educação médica enfrenta o desafio de preparar os futuros médicos para lidar com uma diversidade de questões, muitas das quais são complexas e emocionalmente carregadas, como é o caso do câncer ginecológico em idosas. Nesse aspecto, a oficina pedagógica proporciona um espaço seguro para os estudantes se envolverem com tais questões de uma maneira significativa, promovendo não apenas o conhecimento técnico, mas também a empatia e a compreensão (Balaban, Serban & Popp, 2014).

A oficina pedagógica, neste sentido, transcende o ensino de conceitos isolados, estimulando uma visão holística da Medicina, conforme apontado por Stalmeijer, Dolmans, Wolfhagen e Scherpbier (2013). A perspectiva de Ausubel, ao alinhar-se com essa visão, reforça a importância de integrar novos conceitos a estruturas existentes de conhecimento, o que potencialmente leva a uma compreensão mais profunda e duradoura da Medicina.

Diante deste cenário, a aplicação da oficina pedagógica no ensino médico é de grande valor, especialmente quando entendida através da lente da TAS de Ausubel. Ela promove a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, capacita os estudantes a lidar com questões complexas e sensíveis, e reforça uma visão holística da Medicina.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Nesta etapa do estudo, será descrito o caminho metodológico baseado na TAS de Ausubel para a elaboração de uma oficina sobre prevenção e diagnóstico precoce de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa. A oficina tem como público-alvo graduandos em Medicina, buscando promover a construção de conhecimento relevante e duradouro no cuidado com pacientes idosas, enfatizando a importância da prevenção e do diagnóstico precoce dessas neoplasias.

A TAS de Ausubel é fundamentada nos conceitos apresentados por Piaget na epistemologia genética (AUSUBEL, 1965). É certo que o trabalho de Ausubel se concentra na aprendizagem organizada e na aprendizagem através da descoberta, assim como Piaget. Contudo, o enfoque de suas pesquisas dá maior ênfase à abordagem expositiva, inserida em um contexto prático de educação.

Diante desse cenário, ao longo da oficina são abordados temas essenciais como os diferentes tipos de neoplasias malignas ginecológicas, os fatores de risco e proteção associados a cada uma, e as estratégias mais eficazes para prevenção e detecção precoce. Além disso, são discutidos o papel fundamental do profissional de saúde nesse contexto e a importância da abordagem sensível e empática às pacientes idosas. A oficina pode contribuir para o aprimoramento de habilidades e conhecimentos dos discentes, auxiliando na sua formação como futuros médicos dedicados ao cuidado integral e humanizado das pacientes idosas.

Com a aplicação da TAS de Ausubel no caminho metodológico, a oficina pode, ainda, proporcionar aos participantes uma experiência enriquecedora e eficaz, contribuindo para o aprimoramento de suas habilidades e conhecimentos como futuros médicos dedicados ao cuidado integral e humanizado das pacientes idosas.

3.1 ELABORAÇÃO DA OFICINA

A oficina tem como título "Prevenção e diagnóstico precoce de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa". Considerando que essa oficina adota a TAS de Ausubel, acredita-se que ela pode proporcionar uma experiência de ensino enriquecedora e eficaz. Os recursos necessários para a realização da oficina são: (i)

data-show e computador para apresentação de slides que facilitem a ancoragem e a conexão entre os conceitos; (ii) folha A4 e canetas para a discussão em grupo, favorecendo a interação e a construção colaborativa do conhecimento; (iii) materiais educativos, como folhetos e cartilhas, que sirvam como recursos para aprofundar o entendimento dos conceitos e promover a aprendizagem significativa; (iv) modelos de simuladores para demonstração de exames ginecológicos, facilitando a assimilação das habilidades práticas; (v) questionário de avaliação para mensurar a internalização dos conhecimentos adquiridos.

Sempre orientada pela TAS de Ausubel, a oficina proposta pode possibilitar aos residentes a aquisição de conhecimentos relevantes e duradouros sobre a identificação precoce de lesões ginecológicas em idosas, bem como aprimorar suas habilidades na realização de exames ginecológicos adequados, especialmente no que diz respeito à faixa etária mais avançada. Além disso, a oficina fornece informações atualizadas sobre os métodos de prevenção e tratamento de neoplasias malignas ginecológicas, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico oferecido à população idosa, respeitando a diversidade e a especificidade de cada paciente.

A partir da oficina elaborada, sugere-se que seja realizado um questionário pré e pós para avaliação da eficácia do aprendizado e do impacto da oficina. Tais instrumentos podem mensurar o conhecimento prévio dos participantes sobre o assunto, bem como identificar quais novos insights foram adquiridos. A comparação dos resultados pré e pós-oficina permitirá uma análise quantitativa do progresso dos alunos.

3.1.2 Elaboração do produto e difusão

O roteiro da oficina foi elaborado com base na Metodologia da Problemática, também fundamentada na TAS de Ausubel. O processo de aprendizagem significativa ocorre quando o aluno assimila novos conceitos ao associá-los a ideias importantes já presentes em sua estrutura cognitiva. Após essa etapa de assimilação, ambos os conceitos passam por modificações e atuam como suporte para a aquisição de novos conceitos (AUSUBEL, 2003).

Ao abordar o tema das neoplasias malignas ginecológicas em mulheres idosas, a oficina deve proporcionar oportunidades para que os residentes questionem,

investiguem e compartilhem suas perspectivas sobre as melhores práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento dessas condições. Vale destacar que é crucial aos professores a disposição de ouvir e incorporar as opiniões e experiências dos residentes no processo de ensino-aprendizagem.

Assim, a oficina pedagógica pode promover um aprendizado significativo e engajado, com base nos conceitos da TAS de Ausubel, preparando os residentes em ginecologia para lidar de maneira eficiente e humanizada com os desafios relacionados às neoplasias malignas ginecológicas em mulheres idosas. Ao adotar uma abordagem dialógica e colaborativa, os profissionais em formação estarão melhor equipados para enfrentar as demandas específicas dessa população e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. A oficina conta com 4 horas de duração e segue um planejamento pedagógico, que inclui cinco etapas (tabela 1).

Tabela 1: Planejamento Pedagógico da oficina

PASSOS	CONTEÚDO	TEMPO
Primeiro momento	Aula expositiva: apresentação dos principais tipos de neoplasias malignas ginecológicas e suas características, bem como sinais e sintomas.	20 minutos
Segundo momento	Aula expositiva: apresentação dos principais tipos de neoplasias malignas ginecológicas e suas características, bem como sinais e sintomas.	90 minutos
Terceiro momento	Orientação sobre medidas preventivas, como hábitos de vida e exames de rastreio/rotina, além do manejo dos principais tumores ginecológicos na população alvo. Apresentação de exames de rastreio e diagnóstico como: Colpocitologia Oncótica (Papanicolau) e Colposcopia, além dos exames complementares, como: ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética	40 minutos
Quarto momento	Discussão em grupo (roda de conversa): análise de casos clínicos de pacientes idosas com neoplasias malignas ginecológicas, desafios no diagnóstico precoce e políticas públicas para melhor acessibilidade e seguimento de mulheres idosas no sistema público de saúde.	60 minutos
Quinto momento	Avaliação: aplicação de questionário para avaliar o conhecimento adquirido pelos alunos (pós-teste) e questionário de satisfação.	30 minutos

Fonte: O autor (2023).

As figuras 10, 11, 12, 13 e 14 representam algumas das etapas a serem ministradas na oficina por meio de capturas de telas.

Figura 10: Captura de tela representativa da oficina



Fonte: O autor (2023).

Figura 11: Captura de tela representativa da oficina



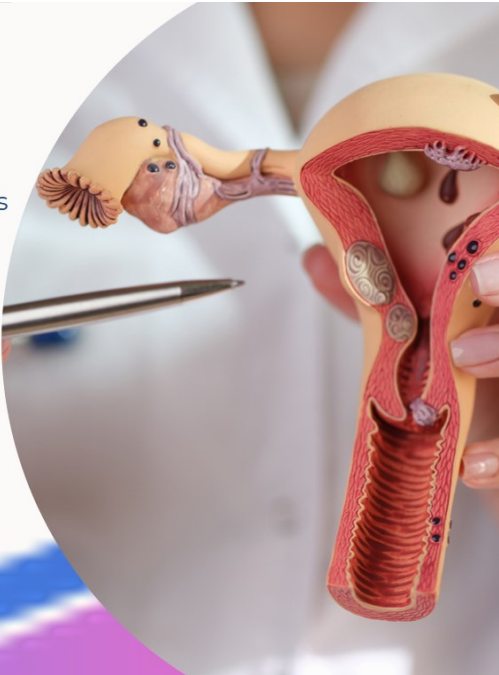
Fonte: O autor (2023).

Figura 12: Captura de tela representativa da oficina

CÂNCER DE OVÁRIO

SINAIS E SINTOMAS

- Pode não apresentar sintomas nos estágios iniciais
- Aumento do volume abdominal
- Sensação de saciedade rápida após comer
- Alterações intestinais (como constipação),
- Dor pélvica ou lombar,
- Enjôo e hiporexia
- Perda de peso inexplicada.



Fonte: O autor (2023).

Figura 13: Captura de tela representativa da oficina

CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

SINAIS E SINTOMAS

- Sangramento uterino anormal (particularmente após a menopausa)
- Dor pélvica
- Dor durante as relações sexuais
- Secreção vaginal aquosa ou com sangue.



Fonte: O autor (2023).

Figura 14: Captura de tela representativa da oficina



Fonte: O autor (2023).

A elaboração e difusão da oficina é uma estratégia fundamental para promover o conhecimento e a capacitação desses futuros profissionais de saúde no manejo adequado das condições descritas neste estudo. Vale destacar a importância de incluir atividades práticas, como estudos de caso, simulações e discussões em grupo, para estimular o desenvolvimento de habilidades clínicas e a tomada de decisões baseada em evidências dentro das etapas selecionadas para a oficina.

A difusão da oficina pedagógica proposta no estudo pode ser realizada por meio de parcerias com instituições de ensino médico, sociedades profissionais e eventos científicos, visando alcançar um maior número de estudantes e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria do cuidado às pacientes idosas com neoplasias malignas ginecológicas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado obtido está relacionado à elaboração da oficina pedagógica voltada para graduandos em Medicina sobre prevenção e diagnóstico precoce de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa. A oficina foi desenvolvida para alunos do 11º período do Curso de Medicina para realização em cinco etapas. A figura 5 mostra a capa do produto no qual se apresenta o conteúdo dessa oficina.

Figura 14: Representação da capa do produto



Fonte: O autor (2023).

Neste contexto, Paviani (2009) destacou que, “no âmbito educacional, a articulação entre teoria e prática encontra na metodologia das oficinas pedagógicas

um recurso oportuno”. Por meio das informações resultantes da presente proposta, torna-se possível investigar o impacto de uma oficina pedagógica direcionada a graduandos em medicina, focada na prevenção e no diagnóstico precoce de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa. Conforme descrito anteriormente, a oficina foi estruturada em cinco momentos, incluindo aulas expositivas, discussões em grupo e avaliações, visando aprimorar o conhecimento e as habilidades dos alunos quanto ao tema proposto.

No primeiro e segundo momentos, os alunos são submetidos a aulas expositivas abordando os principais tipos de neoplasias malignas ginecológicas e suas características, bem como sinais e sintomas associados. Essa apresentação teórica permite que os alunos adquiram um bom entendimento das patologias e das apresentações clínicas relacionadas, fornecendo uma base sólida para a aplicação prática desses conceitos em situações clínicas.

No terceiro momento, os alunos recebem orientações sobre medidas preventivas, como hábitos de vida e exames de rastreio/rotina, além do manejo dos principais tumores ginecológicos na população-alvo. Apresentam-se exames de rastreio e diagnóstico, como Colpocitologia Oncótica (Papanicolau) e Colposcopia, e exames complementares, como ultrassonografia, TC e RM, de modo a contribuir para a expansão do conhecimento dos alunos em relação às ferramentas disponíveis na prática clínica.

No quarto momento, os alunos participam de discussões em grupo (rodas de conversa) para analisar casos clínicos de pacientes idosas com neoplasias malignas ginecológicas. Essa atividade possibilita que os alunos apliquem o conhecimento teórico adquirido nas etapas anteriores, desenvolvendo habilidades analíticas e de tomada de decisão na abordagem de casos reais. Além disso, esse momento pode contribuir para a discussão dos desafios no diagnóstico precoce e as políticas públicas para melhorar a acessibilidade e o seguimento de mulheres idosas no sistema público de saúde.

No quinto momento, os alunos são submetidos a uma avaliação por meio da aplicação de questionários (pós-teste) e de satisfação. Essa etapa permite a medição do conhecimento adquirido pelos alunos durante a oficina e identificação de possíveis áreas de melhoria na estrutura e no conteúdo das atividades.

No que tange à condução de oficinas pedagógicas, Lins e Miyata (2008) propõem que a criatividade pode ser aprimorada em contextos de aprendizado que

sejam consistentes e particularmente voltados para esse objetivo. Assim, a discussão dos resultados da presente oficina pedagógica, que tem sido proposta neste estudo, revela a importância de abordagens educacionais integradas e interativas no ensino de temas complexos e sensíveis, como a prevenção e o diagnóstico precoce de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa.

O estudo propõe o ensino por meio de uma oficina pedagógica considerando que, a partir da aula tradicional, os alunos são capazes de absorver partes do conteúdo, porém essa absorção nem sempre está associada à assimilação desse conhecimento, de forma que o aluno consiga fazer modificações intelectuais, ou seja, a informação absorvida poderá ser esquecida depois de um tempo, não sendo realmente aprendida (SILVA et al., 2015).

Nesse contexto, a presente oficina ainda ressalta a necessidade de se discutirem políticas públicas e estratégias de acesso à saúde que considerem as especificidades dessa população e os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no manejo dessas condições. Na verdade, a oficina pedagógica tem sido caracterizada como forma de construir conhecimento a partir da ação e da reflexão (PAVIANI, 2009).

A oficina é uma iniciativa de inclusão social que visa colaborar para o aperfeiçoamento acadêmico e cívico, incentivando os estudantes a progredir em suas trajetórias universitárias. Essa ação busca fortalecer o processo ensino-aprendizagem com o propósito de manter a saúde, oferecendo competências e habilidades para enfrentar e superar os riscos e desafios do cotidiano que podem prejudicar a saúde. (BERARDINELLI; DOS SANTOS, 2007, p. 433).

Diante do exposto, pode-se afirmar que a oficina pedagógica apresentada neste estudo demonstra seu potencial para aprimorar o conhecimento e as habilidades dos graduandos em Medicina no que diz respeito à prevenção e ao diagnóstico precoce de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa. A abordagem interativa e integrada das atividades propostas promove a aprendizagem significativa e favorece o desenvolvimento de habilidades clínicas e de tomada de decisão, fundamentais para a prática médica.

Nesta linha de pensamento, a inclusão de discussões sobre políticas públicas e estratégias de acesso à saúde contribui para a formação de profissionais médicos mais conscientes e engajados com as questões sociais, econômicas e culturais que afetam a saúde e a qualidade de vida das mulheres idosas. Essa perspectiva crítica

e reflexiva é fundamental para que os futuros médicos possam atuar de forma eficiente e humanizada, promovendo a saúde e o bem-estar da população.

A oficina pedagógica também destaca a importância da educação médica continuada e da atualização constante dos profissionais de saúde, considerando os avanços científicos e tecnológicos na área da oncologia ginecológica e as mudanças demográficas e epidemiológicas que afetam a incidência e a prevalência das neoplasias malignas ginecológicas na população idosa. Por fim, sugere-se que pesquisas futuras explorem a aplicação de outras estratégias educacionais, como simulações clínicas e atividades baseadas em casos reais, para aprimorar ainda mais o ensino de prevenção e diagnóstico precoce de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa.

Diante do contexto apresentado, entende-se que a oficina proposta contribui para a compreensão do papel da educação médica na formação de profissionais capacitados para enfrentar os desafios do diagnóstico precoce e da prevenção de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa e para a promoção de políticas públicas e práticas clínicas que visem à melhoria da qualidade de vida e da saúde dessa população.

[...] em outras palavras, são estabelecidos dois pressupostos: (1) é mais fácil para os seres humanos compreenderem aspectos distintos de um todo previamente abordado e abrangente do que construir um todo abrangente a partir das partes distintas já aprendidas; (2) a organização que o indivíduo realiza do conteúdo de uma disciplina específica em seu próprio intelecto é composta por uma estrutura hierárquica, na qual as ideias mais abrangentes ocupam a posição no ápice da estrutura e, gradualmente, englobam proposições, conceitos e informações factuais menos abrangentes e mais diferenciadas (AUSUBEL, 2003, p. 166).

Assim, a proposta da oficina pedagógica como um método de ensino para o curso de Medicina, com foco em câncer ginecológico na população idosa, oferece um contexto rico para a aplicação da TAS de Ausubel. As discussões e resultados apresentados por meio da revisão bibliográfica na literatura apoiam o uso desta abordagem educacional em Medicina, destacando seu papel na promoção da aprendizagem significativa e na preparação de estudantes para enfrentar desafios de saúde complexos e sensíveis.

A priori, torna-se necessário reiterar a importância da educação médica no âmbito do câncer ginecológico na população idosa. Conforme enfatizado por Delors et al. (1996), a educação médica deve preparar os futuros médicos para lidar com

desafios de saúde emergentes, incluindo o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas. A oficina pedagógica, neste contexto, pode funcionar como uma poderosa ferramenta de ensino que prepara os estudantes para entender e responder a essas questões.

Com relação à Teoria de Aprendizagem Significativa de Ausubel, a oficina pedagógica se alinha perfeitamente com seus princípios. Como Ausubel (1968) destaca, para que a aprendizagem seja significativa, os estudantes precisam ser capazes de conectar o novo material a conceitos que já conhecem. O ambiente interativo da oficina pedagógica permite que os estudantes façam essas conexões de maneira mais profunda e relevante. Este aspecto é corroborado por Savery e Duffy (1995), que argumentam que a aprendizagem é uma construção ativa e contextualizada do conhecimento.

Os estudos realizados por Visintainer et al. (2018), Nascimento (2007) e Lopes e Figueiredo (2015) destacaram o papel relevante da oficina pedagógica no estímulo à reflexão crítica, desenvolvimento de habilidades práticas e promoção do aprendizado ativo. Esses achados sugerem que a oficina pedagógica pode proporcionar um ambiente em que os princípios de Ausubel são colocados em prática, promovendo a aprendizagem significativa na educação médica. Tais fatores vão ao encontro dos resultados do presente estudo.

Na intersecção da educação médica, câncer ginecológico em idosas e a TAS de Ausubel, a oficina pedagógica aqui apresentada se torna uma estratégia poderosa. Os estudantes de Medicina, ao aprenderem sobre o câncer ginecológico na população idosa, são desafiados a integrar informações complexas e emocionalmente carregadas. Deste modo, a oficina pedagógica proporciona um espaço seguro para os estudantes lidarem com essas questões de uma maneira significativa, promovendo não apenas o conhecimento técnico, mas também a empatia e a compreensão (GLEN, 2016).

Diante do exposto, a discussão e os resultados na literatura existente sustentam a relevância e a eficácia da oficina pedagógica focada no câncer ginecológico na população idosa como uma ferramenta de ensino na Medicina. Associada à TAS de Ausubel, ela tem o potencial de promover uma aprendizagem mais profunda e duradoura, bem como preparar os estudantes para enfrentar desafios de saúde significativos.

Em suma, os resultados esperados relacionados à oficina pedagógica se resumem na relevância dessa proposta, pois espera-se que esta oficina sirva como uma ferramenta eficaz para promover a aprendizagem significativa com base em Ausubel e para o desenvolvimento integral dos graduandos em Medicina.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar a prevenção e o diagnóstico precoce de neoplasias malignas ginecológicas na população idosa por meio de uma oficina pedagógica, torna-se possível estimular a compreensão dos alunos quanto à importância dessas questões no contexto da saúde pública e o aprimoramento de suas habilidades clínicas e de tomada de decisão. Desse modo, constata-se que essa oficina pode promover a integração entre os alunos, o professor, o conhecimento sobre neoplasias malignas ginecológicas e o contexto social, contribuindo para a formação de profissionais médicos críticos, reflexivos e comprometidos com a melhoria da qualidade de vida e a redução das desigualdades no acesso à saúde.

Na verdade, a realização de oficinas pedagógicas como a descrita neste estudo pode ser uma estratégia valiosa para aprimorar a formação dos graduandos em Medicina e outros profissionais da saúde. Ao incorporar a TAS de Ausubel e colocar em prática os DCN, identifica-se o potencial dessas atividades em promover uma educação médica mais integrada e humanizada, preparando os futuros médicos e residentes em ginecologia para enfrentar os desafios da prática clínica e contribuir para a promoção da saúde e bem-estar da população.

Por meio dos estudos incluídos na revisão, sustentou-se a hipótese de que existem diversas barreiras que impedem mulheres idosas de realizar o rastreamento citológico, como vergonha, falta de conhecimento, aspectos sociodemográficos, apreensão e constrangimento. Essas barreiras podem interferir na taxa de sobrevivência dessas idosas, bem como no prognóstico e diagnóstico do câncer ginecológico.

A revisão bibliográfica e discussão aqui apresentadas indicam que a oficina pedagógica, quando incorporada à TAS de Ausubel, tem o potencial de promover uma aprendizagem mais profunda, duradoura e relevante para os estudantes de Medicina. Por outro lado, a oficina pedagógica apresenta-se como uma estratégia que responde ao desafio de integrar novos conceitos a estruturas existentes de conhecimento, um aspecto fundamental para a aprendizagem significativa. Os estudos explorados nesta revisão reforçaram que a oficina pedagógica proposta neste estudo pode estimular o desenvolvimento de habilidades práticas, a reflexão crítica e a aprendizagem ativa, elementos cruciais na formação médica.

Compreende-se que a educação médica deve se adaptar e responder aos desafios emergentes de saúde. A oficina pedagógica sobre câncer ginecológico na população idosa cumpre essa função ao preparar os futuros médicos para entender e responder a esse problema de saúde, cada vez mais prevalente. Ademais, ao promover a empatia e a compreensão, a oficina pedagógica se alinha com os objetivos da educação médica moderna, que vai além da simples transmissão de conhecimento técnico.

Em conclusão, a oficina pedagógica, quando entendida à luz da TAS de Ausubel, representa uma estratégia pedagógica robusta, capaz de promover uma aprendizagem mais profunda e relevante. Ela tem um papel vital no enfrentamento dos desafios atuais e futuros da educação médica, especialmente no contexto do câncer ginecológico na população idosa. Pesquisas futuras podem contribuir para a disseminação dessa temática no contexto educacional e para a elaboração de outros produtos pedagógicos relacionados à educação médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.C. CAMARGO CANCER CENTER. **HPV: tudo o que você queria saber da doença, mas tinha vergonha de perguntar**. 2021.

AGLEN, B. Pedagogical strategies to teach bachelor students evidence-based practice: A systematic review. **Nurse education today**, v. 36, p. 255-263, 2016.

ALLIGOOD, M.R. **Modelos y Teorías em Enfermería**. Espanha: Elsevier, 2014.

ALVES, A. C. S. **Sociopoetizando a construção das ações de cuidado no envelhecimento saudável**: uma aplicação da teoria de Nola Pender. 2010. 162 f. (Dissertação) - Enfermagem, Saúde e Sociedade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

ARBYN, M. et al. The European response to the WHO call to eliminate cervical cancer as a public health problem. **International journal of cancer**, v. 148, n. 2, p. 277-284, 2021.

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva**. Lisboa: Plátano, 2003.

AUSUBEL, D. P. Neobehaviorism and Piaget's views on thought and symbolic functioning. **Child development**, p. 1029-1032, 1965.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. Educational Psychology: A Cognitive View. New York: Holt, Reinhart and Winston. **Trad. Cast. Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo**. México: Trillas, 1968.

BAGNOLI, V. R. et al. Gynecological cancer and metabolic screening of 1001 elderly Brazilian women. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, p. 1275-1282, 2019.

BARRETO, D. J. de Souza. **Expectativa de vida e gastos com saúde no Brasil**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

BATISTA, A. F. C.; CALDAS, C. P. Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 21839, 2017.

BERARDINELLI, L. M. M.; DOS SANTOS, M. L. S. C. Oficina pedagógica de enfermagem: uma experiência da convergência cuidado-educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 430-430, 2007.

BERTRAM, C. A. et al. Uterus duplex bicollis, Vagina simplex in laboratory Guinea pigs (*Cavia porcellus*), rats (*Rattus norvegicus* forma domestica) and mice (*Mus musculus* forma domestica). **Anatomia, histologia, embryologia**, v. 48, n. 4, p. 388-393, 2019.

BLOSS, J. D. et al. Clinical and histologic features of vulvar carcinomas analyzed for human papillomavirus status: evidence that squamous cell carcinoma of the vulva has more than one etiology. **Human pathology**, v. 22, n. 7, p. 711-718, 1991.

BOMFIM, W. C.; CAMARGOS, M. C. S. ESTIMATIVAS DE ANOS VIVIDOS COM OSTEOPOROSE POR IDOSOS: UMA ANÁLISE PARA BRASIL E REGIÃO SUL. In: **II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR**. 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016a.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Eu cuido da minha saúde todos os dias**. E você? 2022. Acesso em: 14 de set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer. Instituto Nacional de Câncer, 2016b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf>. Acesso em: 14 de set. 2021.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. **HPV e câncer do colo do útero**. 2021.

BUHTOJAROVA, T. N.; BRENNER, C. A.; SINGH, M.. Endometrial carcinoma: role of current and emerging biomarkers in resolving persistent clinical dilemmas. **American journal of clinical pathology**, v. 145, n. 1, p. 8-21, 2016.

CAMPANER, A. B.; GOES, N. M.; SAMPAIO, M. A. N. **O exame da vulva: anatomia e classificação vulvoscópica**. In: CARDIAL, M. F.; CAMPANER, A. B.;

CARDENAS-GOICOECHEA, J. et al. Survival After Minimally Invasive Surgery in Older Women With Endometrial Carcinoma. **Anticancer Research**, v. 42, n. 1, p. 75-85, 2022.

CIGNINI, P. et al. Preoperative work-up for definition of lymph node risk involvement in early stage endometrial cancer: 5-year follow-up. **Updates in surgery**, v. 69, n. 1, p. 75-82, 2017.

COLL-DE LA RUBIA, E. et al. Prognostic biomarkers in endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 6, p. 1900, 2020.

CONDE, C. R.; LEMOS, T. M. R.; FERREIRA, M. L. S. M. Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical. **Enfermería Global**, v. 17, n. 49, p. 348-380, 2018.

CONG, Q. et al. A large retrospective study of 12714 cases of LEEP conization focusing on cervical cancer that colposcopy-directed biopsy failed to detect. **BioMed Research International**, v. 2018, 2018.

CONTRI, M. L. et al. A importância do teste papanicolau como prevenção do câncer cervical e fatores de riscos relacionados a ausência do exame em gestantes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 10, p. 98308-98323, 2021.

COSTA, N. M.; BEZERRA, A. F. B.; SILVA, K. S. B. Histórias de vida de mulheres idosas com câncer de colo do útero: um olhar para além do adoecer. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

DE CARVALHO, K. F.; COSTA, L. M. O.; FRANÇA, R. F. A relação entre HPV e Câncer de Colo de Útero: um panorama a partir da produção bibliográfica da área. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, n. 5, p. 1-15, 2019.

DEL PILAR ESTEVEZ-DIZ, M. et al. Management of cervical cancer patients during the COVID-19 pandemic: a challenge for developing countries. **ecancermedicalscience**, v. 14, 2020.

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

DELORS, J.; NANZHAO, Z.. **Educação um tesouro a descobrir**. 1998.

DEVIS-JAUREGUI, L. et al. Autophagy in the physiological endometrium and cancer. **Autophagy**, v. 17, n. 5, p. 1077-1095, 2021.

Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20do%20colo%20do%20%C3%BAtero%20%C3%A9%20causado%20por%20infec%C3%A7%C3%A3o,%2C%20vagina%2C%20p%C3%AAnis%20e%20orofaringe>>.

DOLMANS, M. M.; AMORIM, C. A. Fertility preservation: construction and use of artificial ovaries. **Reproduction**, v. 158, n. 5, p. F15-F25, 2019.

DRESEN, R. C. et al. Absence of tumor invasion into pelvic structures in locally recurrent rectal cancer: prediction with preoperative MR imaging. **Radiology**, v. 256, n. 1, p. 143-150, 2010.

DUSKA, L.; SHAHROKNI, A.; POWELL, M. Treatment of older women with endometrial cancer: improving outcomes with personalized care. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, v. 36, p. 164-174, 2016.

ERENOGLU, R.; BAYRAKTAR, E. Awareness Levels of Married Women Aged 20-60 Years about Gynaecological Cancer and the Affecting Factors. **International Journal of Caring Sciences**, v. 13, n. 1, 2020.

FERNANDES, C. E.; DE SÁ, Marcos Felipe Silva. **Febrasgo-Tratado de Obstetrícia**. 2019.

FERNANDES, C.E.; POMPEI, L. M. **Endocrinologia feminina**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2015.

FERREIRA, C. Presidente da república sanciona o ano nacional de valorização e promoção dos direitos humanos da pessoa idosa. Brasília: **Agência Câmara Notícia**, 2018.

FIGUEIREDO, E. M. A.; MONTEIRO. **Tratado de Oncologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2015. v. 2, p. 33.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. **Logeion: Filosofia da informação**, v. 6, n. 1, p. 57-73, 2019.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.

GAONA-LUVIANO, P.; MEDINA-GAONA, L. A.; MAGAÑA-PÉREZ, K. Epidemiology of ovarian cancer. **Chin Clin Oncol**, v. 9, n. 4, p. 47, 2020.

GARCIA, L. P. Revisão sistemática da literatura e integridade na pesquisa. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 7-8, 2014.

GARRY, N. et al. A review of the pathological patterns, treatment and outcomes of elderly women diagnosed with cervical cancer in a tertiary gynecological oncology referral centre. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 10, n. 6, p. S45-S46, 2019.

GOMES, L. C. et al. Epidemiologia do câncer cervical no Brasil: uma revisão integrativa/Epidemiology of cervical cancer in Brazil: an integrative review. **Journal of Nursing and Health**, v. 12, n. 2, 2022.

GRIFFITHS, K. et al. Antioxidantes alimentares e suas propriedades anti-inflamatórias: um papel potencial nas doenças cardiovasculares e na prevenção do câncer. **Doenças**, v. 4, n. 3, pág. 28, 2016.

GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, F. C. D. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, 2020.

HERNÁNDEZ-OCHOA, I.; KARMAN, B. N.; FLAWS, J. A. The role of the aryl hydrocarbon receptor in the female reproductive system. **Biochemical pharmacology**, v. 77, n. 4, p. 547-559, 2009.

HOSPITAL A.C. CAMARGO CANCER CENTER. Câncer de vulva: cartilha para pacientes. São Paulo, 2019. Disponível em: https://accamargo.org.br/sites/default/files/2019-08/Cartilha_CancerDeVulva.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

IVAZZO, C. et al. Elderly Patients with Gynecological Cancer: Is the Management Individualized?. **Folia Medica**, v. 62, n. 3, p. 438-443, 2020.

INOUE, S. et al. Net survival of elderly patients with gynecological cancer aged over 75 years in 2006-2008. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP**, v. 20, n. 2, p. 437, 2019.

JANSEN, E. E. et al. Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review. **European Journal of Cancer**, v. 127, p. 207-223, 2020.

JUSBRASIL. Artigo 21 da Lei nº 10.741 de 01 de Outubro de 2003. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10992341/artigo-21-da-lei-n-10741-de-01-de-outubro-de-2003>

KENNEDY, A. W.; FLAGG, J. S.; WEBSTER, K. D. Gynecologic cancer in the very elderly. **Gynecologic oncology**, v. 32, n. 1, p. 49-54, 1989.

KISSEL, M. et al. Challenges and advances in cervix cancer treatment in elder women. **Cancer treatment reviews**, v. 84, p. 101976, 2020.

KJELLGREN, O. et al. Fine-needle aspiration biopsy in diagnosis, and classification of ovarian carcinoma. **Cancer**, v. 28, n. 4, p. 967-976, 1971.

KLEIN, K. L. et al. Pap smear outcomes in elderly women living with HIV and HIV-negative matched controls. **International journal of STD & AIDS**, v. 33, n. 11, p. 954-962, 2022.

LASMAR, R. B. et al. **Tratado de ginecologia**. 1. São Paulo: Guanabara Koogan, Ed. 2017.

LEITE, B. O. et al. A percepção das mulheres idosas sobre o exame de prevenção de câncer do colo de útero. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 1347-1352, 2019.

LEWIS, A. L.; GILBERT, N. M. Roles of the vagina and the vaginal microbiota in urinary tract infection: evidence from clinical correlations and experimental models. **GMS infectious diseases**, v. 8, 2020.

LINDEMANN, K. et al. Elderly gynaecological cancer patients at risk for poor end of life care: a population-based study from the Swedish Register of Palliative Care. **Acta Oncologica**, v. 59, n. 6, p. 636-643, 2020.

LINS, M. J. S. C.; MIYATA, E. S. Avaliando a aprendizagem de criatividade em uma oficina pedagógica. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 16, n. 60, p. 455-468, 2008.

LOPES, M. C.; FIGUEIREDO, P. H. S. O uso de oficinas como metodologia ativa na formação acadêmica e profissional em saúde: relato de experiência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, p. 313-319, 2015.

- LOPEZ, A L. J. et al. Age-related supportive care needs of women with gynaecological cancer: A qualitative exploration. **European journal of cancer care**, v. 28, n. 4, p. e13070, 2019.
- MAHAS, R.; NEALE, A. V. Cervical cancer prevention in the United States and United Kingdom: where are we now and what's next?. **Family Practice**, 2022.
- MAKKAR, Binni et al. Vaginal misoprostol versus vaginal estradiol in overcoming unsatisfactory colposcopy. **Gynecologic and obstetric investigation**, v. 77, n. 3, p. 176-179, 2014.
- MANDELBLATT, J.; GOPAUL, I.; WISTREICH, M. Gynecological care of elderly women: Another look at Papanicolaou smear testing. **JAMA**, v. 256, n. 3, p. 367-371, 1986.
- MARIA, F.; ARAÚJO, L. Conquistas em relação à sobrevida de pacientes com fibrose cística no Brasil. **J Bras Pneumol**, v. 47, n. 2, p. e20210140, 2021.
- MARU, Y. et al. Establishment and molecular phenotyping of organoids from the squamocolumnar junction region of the uterine cervix. **Cancers**, v. 12, n. 3, p. 694, 2020.
- MEDEIROS-VERZARO, P.; HÉLIA DE LIMA SARDINHA, A. Caracterização sociodemográfica e clínica de idosas com câncer do colo do útero. **Revista de Salud Pública**, v. 20, p. 718-724, 2020.
- MEIRIÑO, J. L. et al. **El cuidado**. Nola Pender. 2012. Disponível em: <<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.br/2012/06/nola-pender.html>>. Acesso em out. 2013.
- MICHALSKI, B. M. et al. Cancer of the vulva: a review. **Dermatologic Surgery**, v. 47, n. 2, p. 174-183, 2021.
- MOREIRA, M. A.; MASINI, E. A. F. S. Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. 2009.
- MULLINS, R. M. Can older women be motivated to attend for their final Papanicolaou tests? The use of targeted and general personalised reminder letters. **Cancer epidemiology**, v. 33, n. 3-4, p. 306-308, 2009.
- NASCIMENTO, M. S. Oficinas pedagógicas: Construindo estratégias para a ação docente—relato de experiência. **Estudos da Língua (gem)**, v. 3, n. 1, p. 85-95, 2007.
- NOVAK, J. D. Learning, creating, and using knowledge: concept maps as facilitative tools in schools and corporations. **Journal of e-Learning and Knowledge Society**, v. 6, n. 3, p. 21-30, 2010.

- OBERAIGNER, W. et al. Survival for ovarian cancer in Europe: the across-country variation did not shrink in the past decade. **Acta oncologica**, v. 51, n. 4, p. 441-453, 2012.
- OLIVEIRA, A. A. F. et al. **Tratado Brasileiro de Cirurgia Oncológica da SBCO**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rúbio, 2022.
- OLIVEIRA, W. A. de et al. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 1553-1564, 2017.
- OLSON, S. H. et al. Symposium on advances in endometrial cancer epidemiology and biology. **Gynecologic oncology**, v. 138, n. 3, p. 497-500, 2015.
- ORLANDINI, L. et al. The Frailty Index in older women with gynecological cancer. **Aging clinical and experimental research**, v. 32, n. 8, p. 1561-1565, 2020.
- PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2021.
- PAVIANI, Neires Maria Soldatelli. *Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência*. 2009.
- PENDER, N. J. **The Health Promotion Model Manual – Manual online**. Michigan, United State: University of Michigan. 2011. Disponível em: <https://research2vrpractice.org/wp-content/uploads/2013/02/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf>. Acesso em: jan. 2022.
- PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health Promotion in Nursing Practice** 8th Ed. Boston, MA: Pearson; 2018.
- PRIESKE, K. et al. Participation of elderly gynecological cancer patients in clinical trials. 2017.
- RADES, D. et al. An Instrument to Guide Physicians when Estimating the Survival of Elderly Patients with Brain Metastasis from Gynecological Cancer. **Anticancer research**, v. 40, n. 4, p. 2257-2260, 2020.
- REISER, E. et al. Impact of frailty on the management of patients with gynecological cancer aged 80 years and older. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 303, n. 2, p. 557-563, 2021.
- ROGERS, L. J. Management of advanced squamous cell carcinoma of the vulva. **Cancers**, v. 14, n. 1, p. 167, 2022.
- RUNYON, B. A.; HOEFS, J. C.; MORGAN, T. R. Ascitic fluid analysis in malignancy-related ascites. **Hepatology**, v. 8, n. 5, p. 1104-1109, 1988.

SACHAHIAMAN, L. A. **Modelo de promoción de la salud de Nola Pender**. 2014. [online Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/maribelmezagamarra/nola-pender-36554641?related=2>>. Acesso em: 17 dez 2019.

SANTOS, A. L.; SPECK, N. M.; BARBOSA, M. T.; MARTINS, C. M. (Org.). Manual do diagnóstico e condutas em patologias. São Paulo: Atheneu, 2018.

SANTOS, L. G. C. **Câncer do colo do útero em mulheres idosas: trajetória e repercussões**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

SANTOS, S. S. C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta paulista de enfermagem**, v. 21, p. 649-653, 2008.

SAVERY, J. R.; DUFFY, T. M. Problem based learning: An instructional model and its constructivist framework. **Educational technology**, v. 35, n. 5, p. 31-38, 1995.

SILVA, E. G. et al., Jogos Interativos: uma abordagem metodológica para auxiliar no processo ensino aprendizagem dos alunos do 6º e 7º anos na Escola Campos Sales em Juscimeira/MT. *Revista Monografias Ambientais*, v.14, p. 23-40, 2015.

SILVA, L. M. et al. Pap smears in elderly women look. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 6, n. 5, p. 176-186, 2014.

SILVA, M. S. A.; SILVA, G. H. M.; SANGIARD, C. Bioética e envelhecimento: respeito ao idoso. In: **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**. 2021.

SKAZNIK-WIKIEL, M. E. et al. Heavy cervical cancer burden in elderly women: how can we improve the situation?. **Acta cytologica**, v. 56, n. 4, p. 388-393, 2012.

SONIGO, C. et al. The impact of chemotherapy on the ovaries: molecular aspects and the prevention of ovarian damage. **International journal of molecular sciences**, v. 20, n. 21, p. 5342, 2019.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2783-2792, 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.

STALMEIJER, R. E. et al. Cognitive apprenticeship in clinical practice: can it stimulate learning in the opinion of students?. **Advances in health sciences education**, v. 14, p. 535-546, 2009.

TANG, Z. et al. Surgical Treatment for Severe Cervical Hyperlordosis and Thoracolumbar Kyphoscoliosis with Emery–Dreifuss Muscular Dystrophy: A Case Report and Literature Review. **Orthopaedic Surgery**, 2022.

TANTENGCO, O. A. G. et al. Organ-on-chip of the cervical epithelial layer: A platform to study normal and pathological cellular remodeling of the cervix. **FASEB journal: official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology**, v. 35, n. 4, p. e21463, 2021.

VISINTAINER, D. S. R. et al. **Oficinas pedagógicas como estratégia para a promoção da saúde na formação docente continuada**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Maria.

VYGOTSKY, L. S. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WALTER, L. C.; LINDQUIST, K.; COVINSKY, K. E. Relationship between health status and use of screening mammography and Papanicolaou smears among women older than 70 years of age. **Annals of internal medicine**, v. 140, n. 9, p. 681-688, 2004.

WEINBERG, D.; GOMEZ-MARTINEZ, R. A. Vulvar cancer. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 46, n. 1, p. 125-135, 2019.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WOOPEN, H. et al. Elderly ovarian cancer patients: An individual participant data meta-analysis of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology (NOGGO). **European Journal of Cancer**, v. 60, p. 101-106, 2016.

YOSHIDA, Y.; INOUE, D. Clinical management of chemotherapy for elderly gynecological cancer patients. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, 2021.

YOSHIMURA, K; OGAWA, M.; SAITO, M. In vitro characteristics of intravaginal Lactobacilli; why is L. iners detected in abnormal vaginal microbial flora?. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 302, p. 671-677, 2020.