



Tipo do documento	Protocolo Clínico	PDTCCU/SAS	Versão:01
		PRT N° 18	Pág.: 1/8
Título do documento	PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO PARA <u>ATENÇÃO ESPECIALIZADA</u>	Data de emissão: 03/05/2021	
		Revisão: de acordo com a demanda.	

1. Introdução

A Atenção secundária, ou atenção especializada, é composta por unidades que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital, unidades ambulatoriais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados.

No caso do colo do útero, a unidade secundária deverá confirmar o diagnóstico e tratar ambulatorialmente as lesões precursoras desse câncer pela realização de colposcopia, biópsias e excisão das lesões de alto grau.

A atenção terciária ou de alta complexidade constitui-se das unidades hospitalares especializadas no tratamento oncológico, através de cirurgia e demais tratamentos complementares, como quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, imunoterapia.

2. Objetivo

Estabelecer os critérios de encaminhamento para diagnóstico de câncer de colo de útero na Atenção Especializada.

3. Atenção Especializada no município de Aparecida de Goiânia

A atenção especializada está localizada no Centro de Especialidades Médicas, onde deve confirmar o diagnóstico e tratar ambulatorialmente as lesões precursoras do câncer pela realização de colposcopia, biópsia e excisão por CAF (eletrocoagulação).



O encaminhamento médico para unidade terciária é inserido no sistema pela recepção da unidade. O fluxo de encaminhamento e a continuidade da atenção, para a unidade terciária ou de alta complexidade, deve ser realizado mediante a central de regulação.

O reencaminhamento para as unidades básicas, após diagnóstico ou tratamento, para seguimento citológico, deve ser realizado conforme as diretrizes de condutas pós-colposcopia ou tratamento das lesões, para tanto, é dever dos profissionais da atenção secundária fazerem a contra-referência formal, com um resumo da história clínica, diagnóstico e tratamentos realizados, bem como orientar os profissionais da Atenção Primária quanto ao seguimento.

4. Diretrizes e condutas na atenção especializada

O fluxo de conduta diagnóstica e terapêutica deverá seguir as diretrizes brasileiras para controle do câncer de colo do útero - INCA, segundo o laudo da citologia oncológica (VIDE PROTOCOLO ATENÇÃO PRIMÁRIA), resultados do exame colposcópico e biópsia realizados.

4.1 Atipias de significado indeterminado

- **Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US):** pacientes que repetiram citologia e persistiu ASC-US ou laudo alterado com lesão de baixo ou alto grau (LSIL / HSIL).

- **Conduta Inicial:** Realizar colposcopia;

- **Conduta Especializada:**

Colposcopia positiva (achados colposcópicos anormais): realizar biópsia, e se biópsia compatível com lesão de baixo grau ou normal reencaminhar a unidade básica para seguimento com citologia com 6 meses, pelo menos 2 exames, e se ambos normais, voltar a rotina de rastreamento. Se biópsia compatível com lesão de alto grau, realizar CAF (ionização ambulatorial por eletrocoagulação) e manter acompanhamento por 6 meses no ambulatório especializado. Se biópsia compatível com carcinoma (câncer) encaminhar para tratamento oncológico especializado via SISREG.



Colposcopia negativa: dispensar biópsia, e reencaminhar paciente para a unidade básica para seguimento com citologia com 6 meses para as maiores de 30 anos, e anual para as menores de 30 anos, pelo menos 2 exames, e se ambos normais, voltar a rotina de rastreamento.

➤ **Células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC – H)**

- **Conduta inicial** - realizar colposcopia;
- **Conduta Especializada:**

Colposcopia positiva: realizar biópsia, e se biópsia compatível com lesão de baixo grau ou normal, marcar retorno com 6 meses para nova citologia e colposcopia; se ambos normais reencaminhar a unidade básica para citologia com 6 meses, pelo menos 2 exames, se ambos negativos, retornar ao rastreamento de rotina, e se houver anormalidades, retornar ao ambulatório especializado para novo exame colposcópico. Se biópsia compatível com lesão de alto grau, realizar CAF (ionização ambulatorial por eletrocoagulação) e manter acompanhamento por 6 meses no ambulatório especializado. Se biópsia compatível com carcinoma (câncer) encaminhar para tratamento oncológico especializado via SISREG.

Colposcopia negativa: dispensar biópsia e marcar retorno com 6 meses para nova citologia e colposcopia. Se novos exames negativos, reencaminhamento a unidade básica para citologia em 6 meses, e se mantiver normal, retorno ao rastreio de rotina. Se novos exames anormais, seguir conduta especializada.

Observação: quando no exame colposcópico, não for possível visualização da JEC (junção escamo-colunar), deve ser realizado investigação do canal endocervical com curetagem do canal ou biópsia. Se exame normal com colposcopia normal, reencaminhar a unidade básica. Se resultado deste exame anormal realizar conduta conforme resultado, o que inclui CAF ou encaminhamento ao serviço de oncologia (via regulação).

4.2 Células Glandulares Atípicas (AGC)

Inclui células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas e células glandulares atípicas não se podendo afastar lesão de alto grau.



(Manter mesma conduta também para os casos de células atípicas de origem indeterminada- AOI).

- **Conduta Inicial:** colposcopia e avaliação endometrial com USG transvaginal
- **Conduta Especializada:**

Colposcopia positiva: realizar biópsia e nova coleta de citologia ao mesmo tempo, se biópsia normal ou compatível com lesão de baixo grau, e citologia normal, manter seguimento no ambulatório especializado por 2 anos, realizando citologias semestrais. Se os 4 exames semestrais estiverem normais, reencaminhar a unidade básica para retorno ao rastreamento de rotina; e se algum exame alterado realizar conduta especializada conforme o resultado. Se biópsia compatível com lesão de alto grau ou adenocarcinoma in situ, encaminhar para conização a frio (ou bisturi) em unidade terciária (via regulação). Se compatível com adenocarcinoma invasor, encaminhar para atendimento oncológico especializado.

Colposcopia negativa: dispensar biópsia, porém colher nova citologia neste momento. Se citologia normal ou compatível com lesão de baixo grau ou persistência de AGC, manter seguimento no ambulatório especializado por 2 anos, realizando citologias semestrais. Se os 4 exames semestrais estiverem normais, reencaminhar a unidade básica para retorno ao rastreamento de rotina; e se nova citologia compatível com lesão de alto grau, encaminhar para conização a frio, e se câncer, encaminhar para tratamento especializado

4.3 Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)

- **Conduta Inicial:** repetir citologia com 06 meses, se novo exame normal seguir rastreamento de rotina, se novo exame com persistência de LSIL ou lesão de alto grau, encaminhar a colposcopia. Mulheres menopausadas devem ser tratadas com estrogênio tópico antes da nova coleta em 6 meses.
- **Conduta Especializada**
Colposcopia positiva: realizar biópsia, e se biópsia compatível com lesão de baixo grau ou normal reencaminhar a unidade básica para seguimento com citologia



com 6 meses, pelo menos 2 exames, e se ambos normais, voltar a rotina de rastreamento. Se biópsia compatível com lesão de alto grau, realizar CAF (conização ambulatorial por eletrocoagulação) e manter acompanhamento por 6 meses no ambulatório especializado. Se biópsia compatível com carcinoma (cancer) encaminhar para tratamento oncológico especializado via SISREG. Colposcopia negativa: dispensar biópsia, e reencaminhar paciente para a unidade básica para seguimento com citologia com 6 meses para as maiores de 30 anos, e anual para as menores de 30 anos, por 24 meses, e se todos os exames estiverem normais, voltar a rotina de rastreamento. Se citologias de seguimento, mostrarem alterações compatíveis com lesão de alto grau, reencaminhar para nova colposcopia, e se persistirem as alterações compatíveis com lesão de baixo grau por 24 meses, e se for desejo da paciente ou a critério médico, reencaminhar ao ambulatório especializado para CAF.

4.4 Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)

- **Conduta Inicial:** realizar colposcopia;
- **Conduta Especializada:**

Colposcopia positiva (com JEC visível): realizar biópsia, e se esta com resultado normal ou compatível com lesão de baixo grau, manter seguimento em ambulatório especializado com repetição de citologia e colposcopia com 6 meses, se estes exames forem normais, reencaminhar para unidade básica para citologia de 6/6 meses por 24 meses. Se biópsia compatível com lesão de alto grau, realizar CAF e seguimento no ambulatório especializado por 1 ano. Se biópsia compatível com câncer, encaminhar para unidade terciária para tratamento oncológico especializado.

OBS: Se JEC não visível, realizar curetagem do canal com anátomo-patológico. Se alterado, com suspeita de invasão, realizar CAF. Caso resultado negativo ou normal ou compatível com lesão de baixo grau, repetir colposcopia e citologia com 6 meses.

Colposcopia negativa: dispensar biópsia, porém colher nova citologia neste momento. Se citologia normal, repetir citologia e colposcopia com 6 meses, e se ambos exames normais, repetir citologia com 6 meses no ambulatório



especializado, se exame normal, reencaminhar para unidade básica para seguimento com citologia a cada 6 meses por 24 meses; se exames deste seguimento derem resultado alterado realizar a conduta especializada para o caso. Se citologia alterada com lesão de alto grau, realizar CAF e manter seguimento no ambulatório especializado por 1 ano.

➤ **Caso especial: HSIL não podendo excluir microinvasão ou câncer**

Realizar colposcopia e biópsia, e quando o resultado da biópsia confirmar microinvasão, a conduta recomendada é conização a frio, ou histerectomia em mulheres com prole definida. Se biópsia compatível com câncer encaminhar para atenção terciária. E se biópsia excluir microinvasão, realizar CAF.

➤ **Seguimento pós-tratamento de HSIL (seguimento pós CAF)**

Se resultado deste procedimento anátomo patológico confirmar HSIL sem margens comprometidas (ou margens livres) ou demonstrar lesão de baixo grau, realizar seguimento no ambulatório especializado com citologia e colposcopia com 6 meses, se exames normais, reencaminhar a unidade básica para seguimento com citologia anual até completar cinco anos do tratamento. Nos casos em que o exame histopatológico da peça cirúrgica mostrar qualquer uma das margens comprometidas por lesão de alto grau, o seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos. Após os dois primeiros anos, o seguimento deverá ser feito com a citologia anual até completar cinco anos do tratamento, na unidade básica de saúde.

Obs: Um novo CAF poderá ser indicado quando houver comprometimento das margens cirúrgicas por lesão de alto grau e não for possível o seguimento da mulher.

4.5 ADENOCARCINOMA *IN SITU* E INVASOR (AIS)

- **Conduta Inicial:** realizar colposcopia e biópsia;
- **Conduta Especializada:** se biópsia confirmar invasão, encaminhar para atenção terciária (alta complexidade). Caso a biópsia seja negativa ou tenha outro diagnóstico que não de doença invasiva, realizar CAF ou cone a frio. A escolha da



técnica de excisão deve considerar a necessidade de fornecer um espécime único e com margens adequadas para avaliação. É recomendável a avaliação endometrial em pacientes com 35 anos ou mais. Abaixo dessa idade, a investigação endometrial deverá ser realizada se presente sangramento uterino anormal.

O resultado de **AIS** no cone, indica a histerectomia simples, exceto nas pacientes com prole incompleta, para as quais a conização poderá ser considerada suficiente. Na eventualidade de margens comprometidas no espécime cirúrgico e mulher com prole completa, uma nova excisão deverá ser realizada, sempre que possível, para excluir doença invasiva. No diagnóstico de câncer, a mulher deve ser encaminhada para unidade terciária (alta complexidade).

Nos casos em que a conização for considerada tratamento (prole incompleta) e o exame histopatológico da peça cirúrgica mostrar margens livres de doença ou comprometidas por NIC I, a mulher deverá ser submetida à citologia e colposcopia 6 e 12 meses após o procedimento. Depois, o seguimento deverá ser feito com a citologia de forma isolada anualmente até cinco anos do procedimento. Após esse período, assegurada a inexistência de lesão residual, a mulher deverá retornar para o rastreamento citológico trienal na unidade básica de saúde. Na evidência de lesão residual ou recorrente, a mulher deverá ser conduzida da mesma forma quando da lesão inicial ou tratada com histerectomia.

As pacientes histerectomizadas devem manter seguimento citológico anual por cinco anos e trienal a seguir.

5. Considerações finais

Para se atingir os objetivos de assistência à saúde da mulher, em relação ao câncer de colo de útero, é necessário que haja organização dos serviços de saúde de forma articulada entre os diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica. Com a padronização das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer espera-se que as informações apresentadas contribuam para organização da rede de atenção à saúde da mulher no município de Aparecida de Goiânia.



REFERÊNCIAS

1-BRASIL. Ministério da Saúde. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de colo de útero. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

2-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Screening for cervical cancer. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/cervical_cancer_screening/en/>. Acesso em: 17 jul. 2014.

3- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero. 2. Ed revisada e ampliada. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

4-BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação do Câncer do Colo do útero (SISCOLO). Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php>>. Acesso em: 01 out. 2014.

5-NATIONAL CANCER INSTITUTE. The 1988 Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytological diagnosis: National Cancer Institute Workshop. JAMA, v. 262, n. 7, p. 931-934, 1989.

6- SOLOMON, D. et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA, v. 287, n. 16, p. 2114-2119, 2002.

7- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 23 p.

8-AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin n. 99: management of abnormal cervical cytology and histology. Obstetrics and Gynecology, v. 112, n. 6, p. 1419- 1444, 2008.

9-TIERNEY, K. E. et al. Cervical conization of adenocarcinoma in situ: a predicting model of residual disease. American Journal of Obstetrics Gynecology, v. 210, v. 4, p. 366, 2014.

	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração	Fernanda Rassi Alvarenga	Médica	Ambulatório Especializado
Revisão	Thais Kato de Sousa	Enfermeira apoiadora	Núcleo de Governança Clínica
Aprovação	Loanny Moreira Barbosa	Apoio Institucional	Ambulatório Especializado
	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby	Advogado	Superintendente Executivo de Saúde
	Alessandro Magalhães	Secretário de Saúde	Secretaria de Saúde