



Tipo do documento	Protocolo Clínico	PRPCCU/SAS	Versão:01
		PRT N° 17	Pág.: 1/13
Título do documento	PROTOCOLO DE RASTREAMENTO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO PARA <u>ATENÇÃO PRIMÁRIA</u>	Data de emissão: 28/04/2021	
		Revisão: de acordo com a demanda	

### 1. Introdução

Rastreamento é o processo de identificação de pessoas aparentemente saudáveis que podem estar sob maior risco de doença, e deve ser realizado a nível populacional para todas os eventos passíveis de prevenção, baseado em diretrizes, que são recomendações de boas práticas resultantes do julgamento pelos envolvidos no cuidado em situações específicas e baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.

O câncer de colo de útero é o terceiro tumor maligno mais frequente nas mulheres, atrás do de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte por câncer entre a população feminina no Brasil, de acordo com o INCA. É causado pela infecção persistente do papilomavírus humano (HPV), principalmente por seus subtipos chamados oncogênicos, e está associado a fatores de risco, como: início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, histórico de verrugas genitais, tabagismo e doenças imunossupressoras, entre elas a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida). O tipo mais frequente (80 a 95%) é o carcinoma epidermóide, originado do epitélio escamoso, seguido do adenocarcinoma (5 a 20%), and originário do epitélio glandular.

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV). A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Conseqüentemente, o uso de preservativos



(camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal.

A principal forma de prevenção é a vacina contra o HPV, que protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Os dois primeiros causam verrugas genitais e os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero.

O grupo etário alvo da vacina são as meninas com idade entre 9 e 14 anos e meninos entre 11 e 14 anos. Devem ser administradas duas doses, com intervalo de seis meses.

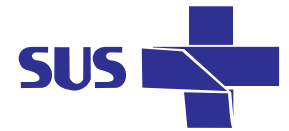
Grupos especiais, como pessoas com imunodeficiência causada pelo HIV, devem seguir orientações específicas. Para mulheres com imunossupressão, vivendo com HIV/SIDA, transplantadas e portadoras de cânceres, a vacina é indicada até 45 anos de idade.

A vacinação, em conjunto com o exame preventivo (Papanicolaou), se complementam como ações de prevenção deste câncer. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada, deverão realizar o exame preventivo, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV.

O câncer de colo de útero é neoplasia de bom prognóstico quando detectada precocemente e tratada de forma apropriada. Por outro lado se o diagnóstico é tardio, ocasiona altas taxas de mortalidade.

## **2. Objetivos**

- Padronizar as condutas dos profissionais relativa a prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero, no município de Aparecida de Goiânia;
- Estabelecer o fluxo de encaminhamento para atendimento especializado, quando necessário.



### **3. Papel da atenção primária à saúde (APS)**

É papel da APS desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico.

Os profissionais atuantes nesse nível de atenção primária devem conhecer o método (ANEXO 1) e a periodicidade da realização do exame citopatológico sabendo ainda orientar e encaminhar para tratamento as mulheres de acordo com os resultados dos exames e garantir seu seguimento.

### **4. Recomendações para o rastreamento**

Toda mulher que tem ou já teve vida sexual pode ser submetida ao exame preventivo periódico, em procura espontânea ou visita à unidade de saúde. As equipes de saúde família devem convocar as mulheres de 25 a 64 anos a realizar o exame citopatológico uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Quanto à idade, há vários estudos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero, e não há dados objetivos de que o rastreamento seja efetivo após 65 anos de idade (evidência moderada).

Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade. Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-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.

Isso está baseado em evidências científicas que certificam redução percentual da incidência cumulativa do câncer invasor do colo do útero de cerca de 90% para intervalos de até três anos entre os exames (evidência alta). A OMS estabeleceu que a proteção conferida em até dez anos por um exame prévio negativo era de 58% e de 80% se dois exames fossem negativos (evidência alta); e estudos mais recentes têm



confirmado que o exame citológico realizado a cada três anos é seguro após dois ou três resultados negativos (evidência moderada).

#### 5. Rastreamento em grupos especiais

- **GESTANTES:** seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal.
- **MENOPAUSADAS:** devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres, e se necessário, proceder à estrogenização com uso tópico vaginal de estrogênio à noite, por 21 dias, previamente à realização da coleta.
- **HISTERECTOMIZADAS:** se submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais, e em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.
- **MULHERES SEM ATIVIDADE SEXUAL:** não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.
- **IMUNOSSUPRIMIDAS:** deve ser realizado em intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual. Em mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

#### 6. Citologia oncótica - nomenclatura brasileira



O consenso atual é adotar a nomenclatura descritiva dos achados da citologia ginecológica, conhecida como Nomenclatura de Bethesda, que foi submetida a revisões em 1991, 2001 e 2014.

No Brasil, adota-se a nomenclatura Brasileira de Laudos de Exames Citopatológicos, que guarda semelhanças com a Nomenclatura de Bethesda e continua em vigência até o presente momento, devendo ser a única nomenclatura utilizada para os laudos citopatológicos no SUS e nos laboratórios conveniados, conforme quadro 01.

**Quadro 01: Comparativo das nomenclaturas de citologia já utilizados. Aparecida de Goiânia, 2021.**

PAPANICOLAU 1941	OMS 1952	RICHART 1967	BETHESDA 2001	<b>BRASILEIRA 2006</b>
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações Benignas	<b>Alterações Benignas</b>
-	-	-	ASCUS	<b>ASCUS</b>
Classe III	Displasia leve	NIC I	LSIL	<b>LSIL</b>
	Disp.Moderada a Acentuada	NIC II NIC III	HSIL	<b>HSIL</b>
Classe IV		NIC III	HSIL AIS	<b>HSIL AIS</b>
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	<b>Carcinoma invasor</b>

**Legenda:**

**NIC** - NEOPLASIA INTRA EPITELIAL

**ASCUS** - ATÍPIAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

**LSIL** - LESÃO INTRA EPITELIAL DE BAIXO GRAU

**HSIL** - LESÃO INTRA EPITELIAL DE ALTO GRAU

**AIS** - ADENOCARCINOMA IN SITU



## 7. Diagnóstico e conduta segundo os resultados de citologia

### 7.1 Adequabilidade da amostra

- **SATISFATÓRIA:** amostra com representatividade da JEC (junção escamo-celular), ou seja, presença de células epiteliais, ou seja, escamosas, glandulares e metaplásicas. Seguir diretrizes do rastreamento.
- **INSATISFATÓRIA:** material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço), ou leitura prejudicada por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular. Neste caso, o exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas.

### 7.2 Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)

- **Correspondente descritivo:** células inflamatórias leve, moderada ou acentuada com ou lactobacilos, cocos ou outros bacilos.  
Conduta: seguir rotina de rastreamento normal
- **Correspondente descritivo:** células inflamatórias leve, moderada ou acentuada com *Candida sp*, *Gardnerella vaginalis* ou *Trichomonas* - ou outros agentes patogênicos.  
Conduta: com queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, a paciente deverá ser conduzida conforme diretriz direcionada, e seguir a rotina de rastreamento citológico normal.
- **Correspondente descritivo:** metaplasia escamosa imatura ( ou reparação ou células reparativas)  
Conduta: seguir rotina de rastreamento.
- **Correspondente descritivo:** inflamação com atrofia - é achado fisiológico após a menopausa, o pós-parto e durante a lactação.  
Conduta: seguir rotina de rastreamento. Nas menopausadas, em que a atrofia acentuada dificulta avaliação da amostra - tratar com estrogênio tópico vaginal, por 21 dias, cessar uso, e realizar nova coleta após 7 dias da parada.



- **Componente descritivo:** presença de células endometriais, mesmo com aparência típica.

Conduta: encaminhar para avaliação da cavidade endometrial com USG transvaginal indicial e histeroscopia ou biópsia de endométrio e seguir rastreamento citológico do colo de rotina.

### 7.3. Células escamosas atípicas de significado indeterminado

- **ASC - US:** células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas;

Conduta: mulher com 30 anos ou mais será a repetição desse exame num intervalo de seis meses / mulher com menos de 30 anos repetir com 12 meses. Se novo resultado normal - seguir rastreamento de rotina. Se novo resultado com persistência de ASC-US ou lesão de baixo ou alto grau, encaminhar para colposcopia. Grávidas manter mesma conduta. Menopausadas, tratar com estrogênio tópico e repetir coleta. Imunossuprimidas encaminhar imediatamente para colposcopia.

Caso especial: se alguma mulher de até 24 anos tiver sido submetida ao exame citopatológico e apresentar ASC-US, a citologia deverá ser repetida em três anos. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos.

No caso de a citologia se manter ASC-US ou de maior gravidade, encaminhar para colposcopia quando completar os 25 anos.

- **ASC - H:** células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau.

Conduta: encaminhar imediatamente para colposcopia. Menopausadas devem ser tratadas com estrogênio tópico antes de realizar a colposcopia.



#### **7.4. Células glandulares atípicas - AGC**

- Classificadas em: possivelmente não neoplásicas e em que não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau. Laudo deve ser descritivo da origem da célula glandular, se endometrial ou endocervical.

Conduta: encaminhar imediatamente a colposcopia. Mulheres com idade superior a 35 anos realizar investigação da cavidade endometrial também.

#### **7.5. Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau - LSIL**

- Conduta: 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. Imunossuprimidas encaminhar imediatamente a colposcopia.

#### **7.6. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau - HSIL**

- Lesão intraepitelial de alto grau, ou lesão de alto grau não podendo se excluir carcinoma microinvasor ou carcinoma epidermóide

Conduta: encaminhar imediatamente para colposcopia.

#### **7.7. Adenocarcinoma in situ ou adenocarcinoma invasor**

- Conduta: encaminhar imediatamente para colposcopia com observação de prioridade e urgência.





Para melhor visualização, as recomendações segundo os resultados de citologia está descrito no quadro 02.

**Quadro 02:** resumo das recomendações para Atenção Primária em Saúde nos resultados anormais de citologia oncótica.

RESULTADO CITOLOGIA	CONDUTA INICIAL	CONDUTA DE SEGUIMENTO
ASC-US	Repetir citologia em 12 meses	Normal: seguir rotina Anormal: colposcopia
ASC-H	Encaminhar para colposcopia	-
AGC ou AOI	Encaminhar para colposcopia	-
LSIL	Repetir citologia em 06 meses	Normal: seguir rotina Anormal: colposcopia
HSIL	Encaminhar para colposcopia	-
HSIL não podendo excluir microinvasão	Encaminhar para colposcopia	-
Carcinoma invasor	Encaminhar para colposcopia	-
Adenocarcinoma in situ ou invasor	Encaminhar para colposcopia	-

#### 8. Encaminhamento para atenção especializada - atenção secundária

A atenção especializada (secundária) no município de Aparecida de Goiânia está localizada no Centro de Especialidades Médicas, no - serviço de atendimento especializado (SAE), onde se deverá confirmar o diagnóstico e tratar ambulatorialmente as lesões precursoras do câncer pela realização de colposcopia, biópsia e excisão por CAF (eletrocoagulação).

No caso do câncer de colo do útero, a unidade secundária deverá confirmar o diagnóstico e tratar ambulatorialmente as lesões precursoras desse câncer pela realização de colposcopia, biópsia e excisão por CAF (eletrocoagulação).



O fluxo de encaminhamento e a continuidade da atenção dependem de planejamento e organização mediante central de regulação: solicitação do exame de colposcopia com dados de identificação da mulher, indicação do exame, lançamento do pedido no SISREG e orientação da usuária para levar o resultado da citologia oncológica no dia do exame

Muitas mulheres serão reencaminhadas para as unidades básicas, após diagnóstico ou tratamento, para seguimento citológico, conforme as diretrizes de condutas após colposcopia ou tratamento das lesões, para tanto, é dever dos profissionais da atenção secundária fazerem o encaminhamento formal, com um resumo da história clínica, diagnóstico e tratamentos realizados, bem como orientar os profissionais da Atenção Primária quanto ao seguimento.



## REFERÊNCIAS

1-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.

2-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Screening for cervical cancer. Disponível em: <[http://www.who.int/cancer/detection/cervical\\_cancer\\_screening/en/](http://www.who.int/cancer/detection/cervical_cancer_screening/en/)>. Acesso em: 17 jul. 2014.

3-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.

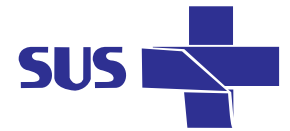
SOLOMON, D. et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA, v. 287, n. 16, p. 2114-2119, 2002.

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

7-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.

8-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/ AIDS, hepatites e outras DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 196 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18; Série A. Normas e Manuais Técnicos).

	<b>Nome</b>	<b>Cargo</b>	<b>Área de Atuação</b>
<b>Elaboração</b>	Fernanda Rassi Alvarenga	Médica	Ambulatório Especializado
<b>Revisão</b>	Thais Kato de Sousa	Enfermeira apoiadora	Núcleo de Governança Clínica
	Adrielle Cristina Silva Souza	Enfermeira	Núcleo de Governança Clínica
<b>Aprovação</b>	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



**ANEXO 1**

**POP TÉCNICA DO PROCEDIMENTO - COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA**

- Consiste na escamação de células da superfície externa e interna do colo do útero com espátula de Ayres e escovinha cervical;
- Coleta de material, para exame citopatológico com garantia de transporte adequado do material para outro estabelecimento;
- Analisado em laboratório de citopatologia.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

**Antes da coleta:**

- Realizar as orientações do exame;
- Explicar o propósito do exame e as suas etapas;
- Realizar anamnese;
- Preencher de forma adequada e legível o formulário para requisição do exame;
- Identificar a lâmina com as iniciais do nome da mulher, na parte fosca, e também o frasco ou caixa-lâmina;
- Solicitar que a mulher troque de roupa;

**Coleta:**

- Lavar as mãos;
- Orientar a mulher a se colocar em posição ginecológica na maca própria;
- Cobrir a pelve;
- Posicionar o foco de luz;
- Colocar luvas descartáveis;
- Inspeccionar vulva e introduzir espéculo em posição vertical e ligeiramente inclinada de maneira a expor o colo do útero;
- Realizar inspeção da vagina e colo do útero;
- Utilizar espátula de Ayres para coleta da ectocérvice encaixando ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo e fazendo raspagem em movimento circular a 360º em torno deste. O esfregaço deve ser realizado no sentido transversal da lâmina, próximo da região fosca;



- Utilizar escovinha cervical para coleta da endocérvice introduzindo-a no orifício do colo e fazendo movimento giratório de 360°. O esfregaço deve ser realizado no sentido longitudinal, na metade inferior da lâmina;

- Fixar imediatamente a lâmina com spray fixador, a distância de 20 cm em posição inclinada;

- Retirar o espelho e informar que o exame terminou;

- Lavar ou higienizar as mãos;

- Registrar no prontuário o exame realizado e anotar no caderno de controle de coletas e seguimento das mulheres;

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

-Mesa ginecológica; escada de dois degraus; mesa auxiliar; foco de luz; biombo; cesto de lixo;

- Espéculos de tamanhos variados;

- Lâminas de vidro com extremidade fosca;

- Espátula de Ayres e escovinha cervical;

- Luvas descartáveis;

- Fixador em spray;

- Porta lâmina;

- Lápis ou caneta;

- Camisolas ou avental, lençóis;

**OBSERVAÇÕES:**

- Não utilizar lubrificantes ou gel ou espermicidas ou medicamentos vaginais antes (até 48h) ou durante a coleta;

- Presença de sêmen ou espermatozóides não compromete a avaliação citológica;

- Não realizar exame durante a menstruação- sangue preudica o diagnóstico; aguardar o quinto dia após o fluxo.