



Protocolo de Atenção à Saúde

Condutas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde - APS

Área(s): Gerência ou Coordenação de Nome da Gerência ou Coordenação
Núcleo de Saúde da Mulher /Gerência de Ciclos de Vida/ Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde/ Subsecretaria de Atenção à Saúde/SES-DF

Elaborador(es)*: Nome do(s) Elaborador(es) Camila Viana Costa Lueneberg, Fátima Regina Amaral Pinheiro, Maria de Felipe Martinez, Valderêz de Souza Vergara Aguilón

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

O Núcleo de Saúde da Mulher (NUSM) considerando a necessidade de normatização e padronização de condutas acerca da coleta do exame colpocitológico preventivo, em parceria com a Gerência do Câncer (GECAN) e Núcleo Central de Citopatologia (NCC) elaborou este protocolo para aplicação na Atenção Primária à Saúde - APS embasada nos seguintes documentos norteadores:

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2011)
Caderno de Atenção Básica – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, Estimativas /2014 – Incidência de câncer no Brasil.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

..Programa de rastreamento, neoplasias do colo do útero, colo do útero, teste de Papanicolaou. .

*Os elaboradores preencheram o termo de conflito de interesses.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

... .Não se aplica

2- Introdução

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010).

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora curável em quase totalidade dos casos. Trata-se de anormalidades epiteliais conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NIC II/III), além do adenocarcinoma in situ (AIS). Apesar de muitas dessas lesões poderem regredir espontaneamente, sua probabilidade de progressão é maior o que justifica o seu tratamento.

O câncer do colo do útero é passível de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente e realizada intervenção oportuna. É responsável por um grande número de mortes entre as mulheres principalmente em países em desenvolvimento.

Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina do Distrito Federal..

3- Justificativa

O exame preventivo ou exame colpocitológico (conhecido também como citologia cérvico-vaginal ou Papanicolaou) é o exame adotado como referência para o rastreamento de câncer do colo do útero no Brasil. Para a redução da mortalidade por este tipo de câncer é importante o aumento da cobertura do programa de rastreamento e a intervenção oportuna nos casos positivos..

É considerada uma neoplasia de excelente prognóstico quando detectada precocemente e tratada de forma apropriada. Porém, frequentemente o diagnóstico é tardio, ocasionando as taxas de mortalidade tão elevadas no Brasil. O objetivo deste protocolo é a padronização de condutas relativas a prevenção do câncer do colo do útero, aprimoramento e qualificação dos profissionais que lidam com a saúde da mulher.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

.C53: Neoplasia maligna do colo uterino

C53.0: Neoplasia maligna da endocérvix

C53.1: Neoplasia maligna da exocérvix

C53.8: Neoplasia maligna do colo do útero com lesão invasiva

C53.9: Neoplasia maligna do colo do útero não especificado

D06: Carcinoma in situ do colo do útero (cérvix)

D06.0: Carcinoma in situ do endocérvix
D06.1: Carcinoma in situ do exocérvix
D06.7: Carcinoma in situ de outras partes do colo do útero
D06.9: Carcinoma in situ do colo do útero, não especificado
D26.0: Neoplasia benigna do colo do útero
N86: Erosão e ectopia do colo do útero
N87: Displasia do colo do útero
N87.0: Displasia cervical leve
N87.1: Displasia cervical moderada
N87.2: Displasia cervical grave, não classificada em outra parte
N87.9: Displasia do colo do útero, não especificada
Z01.4 Exame ginecológico geral de rotina

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Foram estimados para o ano de 2014 no Brasil 15.590 novos casos de câncer do colo do útero com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Distrito Federal a estimativa é de 260 novos casos de câncer do colo do útero nesse ano. A mortalidade no Distrito Federal por esse agravo, segundo a DIVEP/SVS/SES foi de 63 casos no ano de 2011, 70 casos no ano de 2012 e 79 casos em 2013 (dados provisórios). Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos maiores potenciais de prevenção e cura, não se justificando as altas taxas de mortalidade.

A incidência deste tipo de câncer é maior em países menos desenvolvidos. Em geral começa a partir dos 30 anos aumentando o risco rapidamente até atingir pico etário entre 50 – 60 anos.

O tipo citológico mais comum do câncer do colo do útero é o carcinoma de células escamosas representando cerca de 85% a 90% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma.

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões precursoras desse agravo é a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV). Fatores ligados à imunidade, genética e comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos que determinam a regressão ou a persistência da infecção ou a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também é importante nesse processo; grande parte das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente; acima dessa faixa etária a persistência é mais frequente.

Existem hoje 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela IARC (Internacional Agency for Research on Cancer). Os mais comuns são o HPV 16 e 18, responsáveis por 70% dos casos desse tipo de câncer.

6- Critérios de Inclusão

- ... Para fins de cumprimento de **meta pactuada** com o Ministério da Saúde, o público alvo estabelecido para as ações de prevenção do câncer do colo do útero é constituído por mulheres residentes no DF na **faixa etária de risco**, ou seja, com idade entre **25 e 64** anos, onde se concentra a maior incidência de lesões precursoras de alto grau e maior possibilidade do desenvolvimento dessa morbidade.
- Embora a **faixa etária de concentração** de coletas de citologia cérvico-vaginal recomendada pelo INCA seja de 25 a 64 anos, as coletas devem ser realizadas em outras faixas etárias, desde que as pacientes refiram atividade sexual.
- Após dois exames consecutivos anuais normais, considerar o tempo máximo para coleta de três anos e o mínimo de 1 ano.
- O exame citológico cérvico-vaginal somente deve ser realizado em mulheres que já tiveram ou tenham atividade sexual.

Recomendações para a realização da coleta dos exames preventivos:

- As pacientes devem ser informadas para evitar relações sexuais (sem o uso da camisinha) 48 horas antes da realização do exame. Entretanto, caso a paciente tenha tido relação sexual em período menor que o recomendado e suas condições para retorno à UBS sejam desfavoráveis, cabe ao profissional realizar a coleta para que não se perca a oportunidade de rastreamento.
- As pacientes não devem utilizar duchas, cremes vaginais, espermicidas ou realizar exames transvaginais em até 48 horas antes da realização do exame;
- Evitar a coleta em paciente menstruada, pois a presença de sangue pode dificultar o diagnóstico citopatológico. Entretanto, deve-se avaliar cuidadosamente se o sangramento é menstrual ou trata-se de sangramento transvaginal de outra origem, ou história de sangramento após relações sexuais. Nestes casos, a coleta é mandatória.
- Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. A coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, (HUNTER; MONK; TEWARI, 2008); é necessário seguir recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
- Pacientes que tenham colo de útero e em cujas amostras não estejam representadas o epitélio glandular ou metaplásico sofrem uma limitação na representatividade do exame, devendo-se repetir a coleta.
- Pacientes que foram submetidas à **histerectomia total por motivos não neoplásicos**, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais; o que não exclui a necessidade de realização do exame ginecológico periodicamente.
- Pacientes submetidas à **histerectomia subtotal (parcial)** deverão realizar exames de acordo com a rotina normal.
- **Imunossuprimidas:** o exame deve ser realizado neste grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano, e se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção

dos níveis de CD4 e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada 6 meses.

- **Pós-menopausa:** mulheres sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero apresentam baixo risco para desenvolvimento de câncer. Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder a estrogenização (tópica) prévia à realização da coleta.

7- Critérios de Exclusão

.Não se faz exame colpocitológico para o diagnóstico de corrimento vaginal e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O diagnóstico nesses casos é clínico e pela abordagem sindrômica.

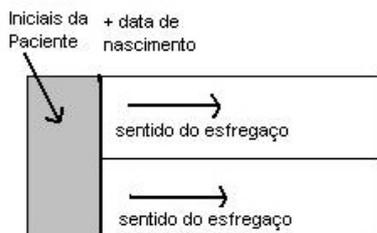
Mulheres que nunca tiveram contato sexual, a não ser que exista indicação clínica.

8- Conduta

...O atendimento a mulher deve ser feito em todas as Unidades Básicas de Saúde. Independente das metas pactuadas e do recorte do público alvo, a coleta do exame colpocitológico deve ser feita por médicos e enfermeiros a qualquer tempo, desde que haja indicação clínica e a paciente esteja em condições adequadas para o procedimento. Deve-se reservar para a consulta ginecológica 25 minutos por paciente tendo em vista a complexidade desta assistência, no entanto quando o atendimento previsto ocorrer em tempo inferior ao estabelecido, o profissional estará disponível para os atendimentos referenciados pelo acolhimento. Esse tempo estabelecido não se aplica quando o ambulatório for exclusivamente para a coleta de exame colpocitológico, como por exemplo, em campanhas. O profissional deve estar acompanhado durante a consulta por técnico de enfermagem.

- O formulário de Requisição do Exame Citopatológico do Colo do Útero (Modelo nº 81.120/ Código 40.179-6) deve ser preenchido com letra de forma, de forma legível, contendo obrigatoriamente:
 - **Identificação da Regional de Saúde com nome e número da Unidade de Saúde;**
 - **Nome completo, data de nascimento, endereço e telefone para contato da paciente;**
 - **Nome da mãe da paciente;**
 - **Identificação de quem realizou o exame;**
 - **Preenchimento de todos os dados da anamnese;**
 - **Nº do cartão do SUS.**

- Cabe ao técnico de enfermagem preencher os dados relativos à identificação da lâmina de ponta fosca e tubete (porta-lâminas), preenchimento do formulário (informações pessoais) e identificação da Unidade de Saúde. Cabe ao profissional que realiza o exame (médico ou enfermeiro) o preenchimento dos dados da anamnese.
- O adequado preenchimento do formulário é fundamental, pois dados incorretos, incompletos ou a falta de dados comprometem a identificação do local da coleta ou do endereço da paciente, prejudicam a entrega dos resultados e outras ações necessárias para o acompanhamento, tratamento e controle do Câncer do Colo do Útero. A omissão de alguns dados, como por exemplo, a **data da última menstruação**, pode comprometer a acurácia do laudo.
- **Os exames coletados por profissionais da SES/DF nos serviços da instituição devem ser enviados aos laboratórios da SES/DF (Núcleo Central de Citopatologia).**
- A lâmina de ponta fosca deve conter, **somente**, os seguintes dados (escritos a lápis):
 - **Iniciais do nome da paciente;**
 - **Data de nascimento da paciente.**
- O esfregaço do material coletado deve ser feito na superfície lisa do lado fosco da lâmina, disposto de maneira uniforme, preferencialmente na posição longitudinal, dividindo a lâmina em duas metades (superior e inferior), onde são feitos, obrigatoriamente, os esfregaços da ectocérvice e endocérvice, conforme figura a seguir:



- Após a coleta do material, a lâmina de ponta fosca deve ser colocada imediatamente em um tubete (porta-lâminas) reutilizável, contendo álcool de 92% a 96% em quantidade suficiente para que todo o esfregaço fique submerso (mergulhado). Após três horas de imersão, o material já estará fixado, ou seja, caso o transporte possa ser comprometido em virtude do álcool, nada impede que o mesmo seja descartado para facilitar o transporte das lâminas até o laboratório.
- Não é recomendado o uso do fixador devido a curta vida útil do mesmo, o que compromete a qualidade do exame.
- O tubete deverá conter apenas o esfregaço do exame colpocitopatológico. Caso a paciente realize outro tipo de exame, encaminhar em tubetes separados, e com a devida identificação.

- Identificar o tubete com fita crepe contendo **apenas** as **iniciais do nome da paciente e data de nascimento**.
- Os tubetes são **recicláveis** indeterminadamente até que eles se danifiquem, quando deverão ser descartados. Podem ser lavados na UBS, em água corrente com detergente comum ou sabão em pó, por imersão dos tubetes em solução com essas substâncias ou em solução de água com água sanitária, a razão de 02 colheres de chá de água sanitária por cada litro de água. (Nota técnica – memo. Nº12/11-NCC/DAS/HRAS) de 31/01/11.
- Quando necessário, para tornar o resultado mais ágil, utilizar as palavras **“PRIORIDADE”** ou **“URGENTE”** bem destacado nos tubetes e formulários. São considerados como prioritários ou urgentes os casos de:
 - **Lesões suspeitas;**
 - **Pré-operatório;**
 - **Inserção de DIU;**
 - **Outras situações a critério do profissional.**
- Após a coleta, identificação do material e registro no livro do serviço, o tubete com a lâmina e a requisição de exame citopatológico deverão ser armazenados em caixas apropriadas e encaminhados **periodicamente** pelo meio de transporte adequado, conforme fluxo orientado pela Regional.
- A fragmentação de material biológico e a dupla coleta de material para a prevenção do câncer do colo do útero não são recomendáveis, já que o resultado é altamente coleta-dependente, isto é, células neoplásicas podem estar presentes em uma das amostras e em outra não.
- Repetição de coleta por exames alterados, salvo indicação concreta do citopatologista, só deve ser realizada com intervalo mínimo de 90 dias.
- Cabe aos gestores das Unidades Básicas de Saúde (gerentes, chefes de enfermagem), chefes das Unidades de Ginecologia e Obstetrícia nas Unidades Hospitalares juntamente com os coordenadores de PAISM, a responsabilidade pelo fluxo da pronta e adequada distribuição dos laudos nas Unidades que gerenciam, logo após a chegada dos mesmos às Unidades de Saúde. Ressaltamos que os profissionais responsáveis pelo atendimento na UBS são encarregados de garantir a busca-ativa de todos os casos de rastreamento positivo.

Os seguintes diagnósticos:

1. Carcinoma invasor
2. Adenocarcinoma invasor
3. Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
4. Adenocarcinoma *in situ*
5. Lesão intraepitelial de alto grau

6. Atipias citológicas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau, tanto em epitélio escamoso como em epitélio glandular
7. Presença de células endometriais fora do ciclo menstrual, acima de 40 anos
8. Presença de células malignas de origem indeterminada
9. Outras neoplasias malignas

Encontram-se regulados, sendo a GECAN responsável pela inserção da paciente no SISREG/SES-DF. Não obstante, uma via do exame será sempre encaminhada para a UBS de origem a fim de manter a contra-referência.

Daí a importância da recomendação de sempre colocar o telefone de contato da mulher na requisição do exame colpocitológico.

- Cabe ao Núcleo Central de Citopatologia o controle e normatização sobre o fluxo/leitura dos exames e monitoramento da qualidade dos laudos na SES-DF.
- Cabe ao NUSM, GECAN e NCC, em parceria com as Regionais organizar capacitações dos profissionais da rede no âmbito da Atenção Básica, para o **rastreo citológico de qualidade (captação, coleta e atualizações técnicas);**

8.1 Conduta Preventiva

...A diminuição das taxas de mortalidade e morbidade por câncer do colo do útero representa uma das prioridades dos programas de assistência integral à saúde da mulher.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) ressalta que para um efetivo controle do câncer são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos. Em relação ao câncer do colo do útero o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para detecção precoce.

No Brasil a principal estratégia para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exame citopatológico cérvico-vaginal.

O papel da mulher dentro do núcleo familiar e da sociedade é de grande importância. O encurtamento de sua vida por neoplasias malignas passíveis de detecção precoce e de cura total, como no caso do câncer do colo do útero, causa um enorme impacto sobre a saúde física e psicológica da família, além de constituir um dado indicativo de pobre acesso aos serviços de saúde.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

- **Exame citopatológico normal:** dentro dos limites da normalidade no material examinado.
Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico prazo máximo trienal e mínimo anual.
- **Atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASC – US).** A conduta será a repetição do exame citopatológico em intervalo de 6 meses, precedida quando necessário do tratamento de processos infecciosos e de melhoria do trofismo genital com

preparo estrogênico após a menopausa quando necessário, na Unidade de Atenção Primária. Se o resultado da citologia de repetição for igual ou mais significativa, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.

- **Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC – H).**
Todas as mulheres com laudo citopatológico de ASC-H devem ser encaminhadas à Unidade Especializada para colposcopia. Para as mulheres em que o exame for satisfatório e sem alterações colposcópicas, uma nova citologia deverá ser realizada em 6 meses nessa mesma unidade e deverá retornar à Unidade de Atenção Primária após duas citologias negativas seguidas.
- **Atipias de significado indeterminado em células glandulares (AGC):**
 - Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas**
 - Células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau**Pacientes com diagnóstico de AGC devem ser encaminhadas para colposcopia. É recomendável a avaliação endometrial com ultrassonografia e/ou estudo anatomopatológico em pacientes acima de 35 anos. Abaixo dessa faixa etária a investigação endometrial deverá ser realizada se presente sangramento uterino anormal.
Nos casos de persistência de AGC, em que não foi possível concluir o diagnóstico de patologia no colo, mesmo com ultrassonografia normal, está indicada a avaliação histológica endometrial.
- **Atipias de origem indefinida:**
 - Células atípicas de origem indefinida possivelmente não neoplásicas,**
 - Células atípicas de origem indefinida, quando não se pode excluir lesão de alto grau.**Encaminhar para a Unidade especializada para avaliação colposcópica. Deve-se realizar a investigação do endométrio e anexos por meio de exames de imagens em mulheres com mais de 35 anos, mesmo sem irregularidade menstrual, assim como nas mais jovens com sangramento uterino anormal.
- **Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)**
Mulheres com diagnóstico citopatológico de LSIL devem repetir o exame citopatológico em 6 meses na atenção primária. Processos infecciosos ou atrofia genital identificados devem ser tratados antes dessa nova coleta.
Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar a rotina de rastreamento na Unidade de Atenção Primária. Se qualquer citologia subsequente for positiva encaminhar a unidade de referência para colposcopia.
- **Lesão intraepitelial de alto grau (LIAG)**
Todas as mulheres que apresentarem citologia sugestiva de lesão intraepitelial de alto grau na unidade de atenção primária deverão ser encaminhadas à unidade de referência especializada para realização de colposcopia.
- **Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor**

Todas as mulheres com esta suspeita diagnóstica deverão ser encaminhadas imediatamente à unidade especializada para colposcopia como conduta inicial.

- **Adenocarcinoma in situ (AIS) e invasor**
Mulheres com exames sugestivos de AIS ou adenocarcinoma invasor devem ser encaminhadas para colposcopia na atenção especializada como conduta inicial.

8.3 Tratamento Farmacológico

...Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

...Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

...Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

..Não se aplica.

8.4 Benefícios Esperados

..Diminuição das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero através do diagnóstico e tratamento das lesões precursoras.

Ampliação do acesso ao programa preventivo de câncer do colo do útero

Aumento da cobertura da população-alvo do programa.

9- Monitorização

Acompanhamento dos dados inseridos no SISCAN relativos ao número de coletas de exames citopatológicos cérvico-vaginal, incidência e prevalência de lesões precursoras do câncer do colo do útero e câncer do colo uterino na população feminina do Distrito Federal.

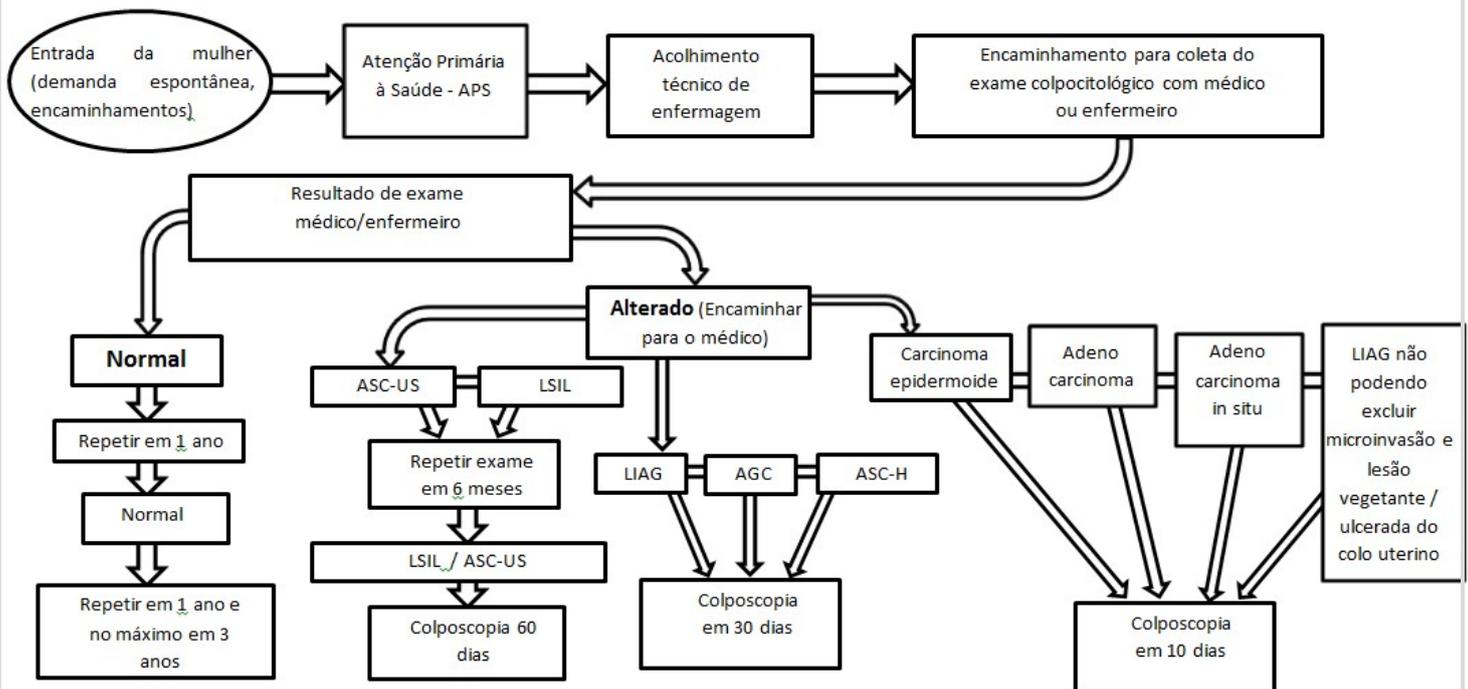
10- Acompanhamento Pós-tratamento

.Cabe a GECAN em parceria com o NUSM, o acompanhamento pós tratamento através do indicador pactuado com o Ministério da Saúde: percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer do colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III, em determinado local, ano. (Siscolo-DF, Gecan/Diase/SAS/SES-DF; Sispacto; site INCA, 2011.

Objetivos do acompanhamento:

- Avaliar o grau de informação sobre o seguimento de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau do colo do útero;
- Estimular a estruturação de unidades especializadas de assistência para o diagnóstico e tratamento das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau do colo do útero;

11- Fluxograma



Legenda:

ASC-US: atipias de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas.

ASC-H: atipias de significado indeterminado em células escamosas não podendo excluir lesão de alto grau.

AGC: atipias de significado indeterminado em células glandulares.

LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau

LIAG: lesão intraepitelial de alto grau

NIC: neoplasia intraepitelial cervical

12- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

.Cabe à GECAN o controle, avaliação e monitoramento dos dados acerca do programa preventivo do câncer do colo do útero, que são fornecidos em base mensal pelo Núcleo Central de Citopatologia (NCC/HMIB) pela plataforma SISCAN, do Ministério da Saúde.

13- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica...

14- Referências Bibliográficas

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/Secretaria de Atenção à Saúde-Brasília: Ministério da Saúde, 2006. xx p.: - (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Estimativa 2014: incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional do Câncer José Alencar da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

Hunter MI, Monk BJ, Tewari KS. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: screening and management of preinvasive disease. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199(1):3-9

Instituto Nacional do Câncer Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.