

**PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER
NO RASTREAMENTO, NO DIAGNÓSTICO
E NO ACOMPANHAMENTO DO
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**



**PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO, NO
DIAGNÓSTICO E NO ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO
ÚTERO**

GUSTAVO RAMOS PERISSINOTTO
Prefeito Municipal

MARIA DO CARMO GUILHERME
Vice-Prefeito Municipal

MARCO AURELIO MESTRINEL
Secretário Municipal de Saúde
Presidente da FMSRC

RAFAEL PAVEZI GARCIA
Diretor de Departamento de Atenção à Saúde


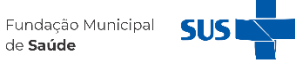
Elaboração:

KARLA SANTANA AZEVEDO DAMASCENO
(Seção de Educação em saúde)

Colaboradores:

Camila Zanchetta Lemes
Daiane Aparecida Camapnela
Alcione A. Oliveira Buzo
Vania Cristina Molke
Mariana Noronha Rotta
Juliana Milene Francisco de Oliveira
Marta Tereza G. L. Bianchi

CADERNO 2
FMSRC
FEVEREIRO-2025

		NR:	Páginas: 00 a 43
<p>SAÚDE DA MULHER: PROTOCOLO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO, NO RASTREAMENTO, NO DIAGNÓSTICO, NO TRATAMENTO E NO ACOMPANHAMENTO.</p>	Data de Emissão: 07/10/2024		
	Revisão nº 1		
	Data desta revisão: 07/02/2025		
<p>Este documento destina-se a ordenação do cuidado a saúde da mulher no Câncer de colo de útero, como também servirá de material para capacitação dos profissionais envolvidos.</p> <p>Inclusão do novo rastreamento proposto através de teste moleculares.</p>			
<p>Elaborado por: Karla S. A. Damasceno Seção de Educação em Saúde, Treinamento e Desenvolvimento</p>			
<p>Aprovação – Diretor Médico:</p>	<p>Aprovação – Secretário da Saúde:</p>		

SIGLAS E CONCEITOS

ACS: American Cancer Society

ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

DIU: Dispositivo Intrauterino

DNA: Ácido Desoxirribonucleico

EZT: Exérese da Zona de Transformação

FEBRASGO: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

HPV: Papilomavírus Humano

INCA: Instituto Nacional de Câncer

JEC: Junção Escamocolunar

NIC 2: Neoplasia Intraepitelial Grau 2

NIC 3: Neoplasia Intraepitelial Grau 3

PCR: Reação em Cadeia da Polimerase

SBC: Sociedade Brasileira de Citopatologia

SUS: Sistema Único de Saúde

PTGI- Patologia do Trato Genital Inferior

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
OBJETIVO GERAL	9
Objetivos específicos	9
FATORES DE RISCO	10
PREVENÇÃO.....	11
Preservativo.....	11
Vacina.....	11
Teste para ISTs	12
PARTE I- ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	13
Atribuições dos profissionais da atenção primária a saúde	13
Equipe multiprofissional	13
Enfermeiro.....	13
Médico.....	13
Técnico de enfermagem.....	14
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	14
Recomendações para rastreamento do câncer do colo do útero	14
Público-alvo para rastreamento	14
Rastreio em situações especiais.....	16
Obtenção da amostra da citologia cérvico vaginal	17
Recomendação prévia a coleta.....	17
Técnica de coleta	17
Manejo dos principais resultados citológicos	20
1. Citologia insatisfatória	20
2. Citologia negativa sem componente glandular ou metaplásico.....	20
3. Citologia negativa com células endometriais (mulheres com idade ≥ 45 anos)	20
4. Citologia negativa com atrofia	21
5. Citologia negativa com inflamação.....	21
6. Células atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) * ou Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LIEBG ou LSIL).....	22
7. Resultados que indicam encaminhamento para centro especializado ..	22
8. Indicações de colposcopia	22

Situações especiais	23
1. Mulheres com menos de 25 anos	23
2. Gestantes.....	23
3. Imunocomprometidas.....	24
PARTE II- ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	26
Profissionais	26
Enfermeiro.....	26
Ginecologista	26
Psicólogo.....	26
Assistente social	26
Procedimentos ginecológicos realizados pela AAE	26
Colposcopia	27
Indicação.....	27
Técnica.....	27
Indicações de conização utilizando cirurgia de alta frequência (CAF)	27
Indicações de conização a frio	28
Indicações de cauterização.....	28
Tipo de excisão	28
Seguimento conforme resultado da biópsia	28
Resultado negativo	28
Resultado Lesão intraepitelial de baixo grau.....	29
Resultado Lesão intraepitelial de alto grau / In SITU	30
Resultado Carcinoma ou adenocarcinoma invasor	30
Seguimento após tratamento de HSIL	30
PARTE III- HOSPITALAR	33
Câncer do colo do Útero	33
Tipos histológicos.....	33
Sintomas	33
Exames de avaliação	33
1. Diagnóstico:	33
2. Estadiamento	33
3. Acompanhamento	33
ANEXO1- Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos do colo do útero	35
ANEXO 2- Colposcopia	37

ANEXO 3- Indicadores	38
Anexo IV.....	39
Rastreamento organizado do câncer de colo do útero utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico.	39
Introdução.....	39
Justificativa:	39
Recomendações para rastreamento do câncer do colo do útero por teste moleculares DNA-HPV	40
Rastreamento organizado	40
Público-alvo para rastreamento	40
Técnica de rastreamento.....	41
Manejo conforme resultado da pesquisa DNA HPV oncogênico	42
Situações especiais	43
Mulheres com menos de 25 anos	43
Gestantes.....	44
Pós menopausa	44
Histerectomizada	44
Não iniciou a vida sexual:.....	44
HIV:	44

INTRODUÇÃO

O controle do câncer do colo do útero mantém-se como uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Promoção da Saúde, dada a magnitude e o impacto dessa doença na saúde pública no Brasil.

Estima-se que 0,04 por cento de mulheres entre 25 e 64 anos, por ano, necessitarão de tratamento em centros especializados para câncer de colo do útero. No ano de 2023, o município de Rio Claro, realizou 35 encaminhamentos de mulheres para tratamento de lesões precursoras, câncer in situ e/ou invasor de colo do útero, e no ano de 2024, 55 encaminhamentos.

No Brasil, o câncer do colo do útero atinge altas taxas de mortalidade, e segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), em 2020, ocorreram 6.627 óbitos por essa neoplasia, o que corresponde a uma taxa de 4,6/100 mil mulheres.

Entre os desafios para reduzir a mortalidade está organização do rastreamento, que hoje se dar de forma oportunística, o exame é oferecido quando a mulher procura o serviço de saúde para consulta com médico ou enfermeiro, e dessa forma acabar por rastrear muitas vezes a mesma mulher e não rastreando outras. Além disso, o exame disponível para rastreamento, citologia oncótica, apresenta baixa sensibilidade, em torno de 50%.

Este documento visa atualizar as recomendações de rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero, organizando a rede de assistência à saúde da mulher com base na lógica do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O modelo sugere o conhecimento da população-alvo residente em um território de saúde, de acordo com a complexidade do estado de saúde da usuária, contemplando as intervenções necessárias para uma resposta adequada a cada estrato de complexidade.

O foco dessa organização está em processos integrados da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), os quais são vistos como ponto de ordenação do fluxo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) integral.

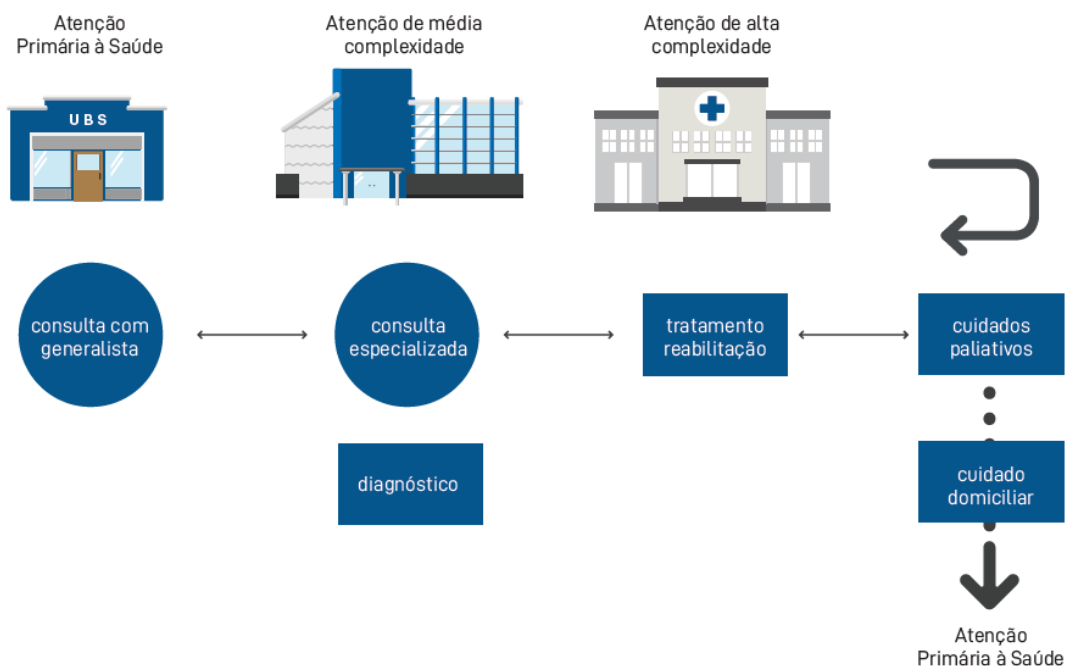
OBJETIVO GERAL

Criar, implementar e disponibilizar de forma online e física um protocolo que ofereça elementos para a qualificação da Atenção à Saúde da Mulher no rastreamento, no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero e do câncer propriamente dito na Atenção Primária à Saúde integrada à Atenção Ambulatorial Especializada.

Objetivos específicos

- Orientar a rotina de rastreio de câncer de colo de útero e o manejo diante dos resultados Citopatológicos cérvico-vaginal;
- Ordenar o fluxo de pacientes dentro do ambulatório especializado;
- Articular todos os serviços envolvidos no tratamento e seguimento da mulher com câncer de colo uterino.
- Apresentar as novas recomendações para rastreio organizado com pesquisa de DNA-HPV

Figura 1- Níveis de atenção à saúde trabalhados neste documento



Fonte: Adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023)

FATORES DE RISCO

O principal fator de risco é a exposição ao **Papiloma Vírus Humano (HPV)**. Essa exposição se torna mais possível na ausência do preservativo nas relações sexuais (o uso do preservativo oferece proteção relativa para a infecção pelo HPV, mas protege contra outras Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST); início precoce da vida sexual; e na multiplicidade de parceiros. O tabagismo, a obesidade e a imunossupressão influenciam na progressão das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Quadro 1- Fatores de risco para o câncer de colo do útero

Baixo nível socioeconômico
Idade da primeira relação sexual (menor que 16 anos)
Infecção pelo papilomavírus humano (HPV)
Imunossupressão crônica
Multiparidade
Multiplicidade de parceiros sexuais
Não realização de rastreamento
Tabagismo

Fonte: própria autora

O HPV é o vírus de transmissão sexual que mais infecta o trato genital inferior, e sua ligação com os cânceres que envolvem o trato anogenital é bem estabelecida. A literatura mostra que existem aproximadamente 40 tipos de HPV que infectam o trato genital inferior (área anogenital). Os tipos do HPV são separados com base na associação com o risco de desenvolver o câncer do colo do útero. De acordo com o potencial oncogênico, considerando variações entre autores, são classificados em tipos de HPV de alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68) e tipos de HPV de baixo risco (6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81).

Os tipos de HPV de alto risco estão associados com o aparecimento de lesões no colo do útero e risco de câncer, sendo o HPV 16 e o HPV 18 os mais prevalentes. O HPV 16 é o mais prevalente nas lesões intraepiteliais escamosas, sendo mais comumente encontrado nos NIC grau III (HSIL) do que nas NIC I (LSIL). O HPV 18 é o mais prevalente nas lesões glandulares.

PREVENÇÃO

A prevenção do câncer de colo do útero implica em evitar o início da relação sexual precoce (antes de 18 anos), postergar a primeira gestação, evitar múltiplos parceiros e/ou alguém que tenha múltiplos parceiros sexuais, além do uso do preservativo, da aplicação da vacina e da detecção precoce de lesões precursoras.

Preservativo

O uso de preservativos em todas as relações sexuais pode ajudar nessa prevenção e contribui também diminuindo a chance de contrair infecções por clamídia e outras IST. As IST facilitam a entrada do HPV no colo do útero por ação local e predispõem à doença inflamatória pélvica (DIP) e à infertilidade tubária.

Vacina

Atualmente, a imunização para HPV encontra-se disponível no SUS para meninas e meninos de 9 a 14 anos. O ideal é que eles sejam vacinados antes de iniciarem a vida sexual, devido à maior eficácia na proteção quando não expostos aos tipos virais presentes na vacina. A vacina é quadrivalente e cobre os subtipos 6, 11, 16 e 18.

O Ministério da Saúde ampliou a vacinação contra HPV para pessoas imunossuprimidas de 9 a 45 anos de idade, aquelas vivendo com HIV/AIDS, transplantadas e portadoras de cânceres, porque a imunossupressão causada por qualquer patologia que leve a um quadro comum de baixa imunidade é um dos principais fatores de risco para a infecção pelo HPV. Em 2024, o MS adotou a dose única de HPV no Programa Nacional de Imunizações, para os adolescentes de 9 a 14 anos. Na mesma nota técnica, recomendou ainda a realização de uma estratégia de resgate de adolescentes até 19 anos, 11 meses e 29 dias, (aqueles com dose zero de vacina HPV), que dependendo da disponibilidade da vacina, devem também receber dose única.

Quadro 2- Esquema da vacina contra HPV disponível nas unidades de saúde do SUS

Situação	Intervenção
Meninas e meninos de 9 a 14 anos	Vacina quadrivalente contra HPV: dose única ¹
Mulheres até 45 anos, com imunossupressão, vivendo com HIV/AIDS, transplantadas e portadoras de cânceres. Vítima de violência sexual	Vacina contra HPV: 3 doses, com intervalo 0, 2 e 6 meses ²

Fonte: 1-Brasil (2024). 2- Brasil 2021

Teste para ISTs

A testagem para infecções sexualmente transmissíveis como Sífilis, HIV e hepatite B e C deve ser oferecida durante consulta com enfermeiro ou médico, e deve ser reforçada a importância quando do achado de outra ISTs, exemplo HPV. A testagem pode ser feita através de teste rápido ou mesmo sorologias.

Sífilis	VDRL, TPHA, TR
HIV	Anti HIV 1 e 2, TR
Hepatite B	HBsAg, TR
Hepatite C	Anti HCV, TR

TR= teste rápido

PARTE I- ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Atribuições dos profissionais da atenção primária a saúde

Equipe multiprofissional

- Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas, para esclarecimento dos fatores de proteção e fatores de risco para o câncer de colo do útero e sobre o rastreamento desse câncer;
- Estimular ações de prevenção primária: oferta de vacina contra HPV conforme faixa etária recomendada;
- Fortalecer orientações de combate ao tabagismo;
- Acompanhar as mulheres com exame citopatológico alterado na APS e aquelas com contrarreferência a AAE, após diagnóstico e tratamento.

Enfermeiro

- Realizar exame especular, coletar material para exame citopatológico do colo do útero e realizar os testes de Schiler;
- Encaminhar para avaliação médica as mulheres com alterações no exame especular;
- Realizar busca ativa das mulheres e dos homens transgênero de seu território de atuação que não estejam realizando exames citopatológico de rotina e aquelas que tiveram seu exame citopatológico alterado ou que tenham indicação de seguir na AAE;
- Supervisionar a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para coleta de Papanicolau;
- Oferecer teste rápido para HIV, sífilis, Hepatite B e C.

Médico

- Realizar exame clínico-ginecológico, quando indicado;
- Rastrear o câncer de colo do útero, tendo autonomia de decidir sobre a coleta em situações específicas que justifiquem a coleta fora da faixa etária preconizada;

- Monitorar os exames citopatológicos alterados coletados pela ESF;
- Encaminhar as mulheres e homens transgênero para a AAE, quando indicado;
- Discutir casos que gerem dúvidas, quando possível, com a AAE;
- Oferecer teste rápido para HIV, sífilis, Hepatite B e C.

Técnico de enfermagem

- Registrar as ações de enfermagem no prontuário da paciente
- Manter disponibilidade de suprimentos necessários para coleta de exames.

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- Conhecer a importância da coleta de exame de citopatológico;
- Manter a ESF informada sobre as mulheres e homens transgênero em situação de alto risco;
- Realizar busca ativa de mulheres e homens transgênero de sua área de abrangência para realização de exame de Papanicolau ou que tenham exames alterados.

Recomendações para rastreamento do câncer do colo do útero

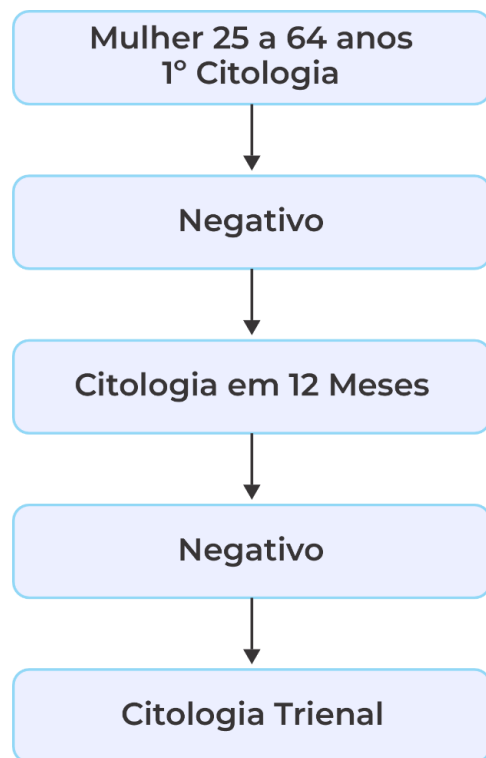
Público-alvo para rastreamento

Segundo as Diretrizes Brasileiras para rastreamento de câncer de colo do útero –Ministério da Saúde/INCA, 2016 – existe a recomendação de rastreio em mulheres ou qualquer pessoa que tenha colo do útero na faixa de 25 a 64 anos e quem tenham tido atividade sexual com penetração vaginal:

- Início: aos 25 anos
- Método: exame citopatológico
- Intervalo: anual e, após 2 exames negativos consecutivos, trienal.
- Interromper: aos 64 anos, nas mulheres sem histórico de lesões cervicais que tiveram pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Não é recomendado o rastreamento em pacientes ASSINTOMÁTICAS que não iniciaram vida sexual.

Figura 2– Modelo de rastreamento pela citologia convencional



Fonte: própria autora

Diferentemente da Diretriz Brasileira, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2010) orienta que o rastreio para câncer de colo uterino em mulheres jovens pode ser iniciado após três anos do início da atividade sexual.

Este modelo de rastreamento é oportunístico, no qual o convite para realização do teste é realizado por ocasião de uma consulta ou por entender como rotina anual.

A pesquisa DNA-HPV para rastreio do câncer de colo do útero está em discussão pelo Ministério da Saúde e será implementada nos próximos anos. No anexo IV apresentaremos as novas recomendações da CONITEC: *Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico.*

Rastreo em situações especiais

Quadro 3. Recomendação para coleta do exame citopatológico de acordo com a situação clínica:

Situação	Recomendação
Histerectomizada	<ul style="list-style-type: none"> - Em pacientes que realizaram histerectomia total por doença benigna, sem histórico de lesões cervicais de alto grau e com citologias anteriores normais, não é necessário seguir rastreamento; -Realizar a coleta quando histerectomia total por lesão precursora do câncer do colo do útero; -Mulheres com história de NICII/III com margens livres: realizar coleta de Papanicolau em 6 e 12 meses. Se ambos os exames forem negativos, manter rastreamento citológico a cada 3 anos, independentemente da idade; -Mulheres com história de NIC II/III com margens comprometidas ou sem informação: seguimento na AAE
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> -Seguir as recomendações de periodicidade para coleta e faixa etária; -Considerar a oportunidade para coleta quando a gestante procurar o serviço de saúde; -Considerar apenas o uso da espátula de Ayre para coleta se a JEC exteriorizada na ectocérvice.
Imunossuprimidas	<ul style="list-style-type: none"> -Deve-se iniciar rastreo após o início da atividade sexual, semestral no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual; -Pessoas HIV-positivo, com $CD4 < 200 \text{ cel/mm}^3$, manter coleta semestral até melhora dos níveis de CD4 (a prevalência de HPV é alta, sendo mais frequente a ocorrência de lesões multicêntricas em vulva, vagina e região perianal).
Homem transgênero não histerectomizado	<ul style="list-style-type: none"> -Seguir as recomendações de periodicidade para coleta e faixa etária como para as mulheres em geral, até que seja realizada histerectomia; -Avaliar a possibilidade de estrogenizar quando em uso de terapia hormonal com testosterona; -Evitar qualquer situação que possa exacerbar a disforia e conflito emocional entre autopercepção e a anatomia
Pessoas com colo do útero e homem transgenero SEM história de	<ul style="list-style-type: none"> -Não dever ser realizado Papanicolau de rotina -Se condilomatose na genitália externa, é indicativo de exame do colo uterino com o devido cuidado, respeitando a vontade da pessoa

atividade sexual com penetração vaginal	
Mulheres na pós menopausa	-Seguir as recomendações de periodicidade para a coleta e faixa etária; -Avaliar indicação de estrogênico previamente à realização da coleta

Fonte: Adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023).

Obtenção da amostra da citologia cérvico vaginal

Recomendação prévia a coleta

- Evitar no período de 48 horas antes da coleta do exame:
 - Relação sexual
 - Duchas vaginais
 - Medicamentos vaginais
 - Exames intravaginais, exemplo ultrassom transvaginal, laser
- Aguardar o término da menstruação para evitar presença de sangue no esfregaço
- Prescreve estrogênio tópico (intravaginal) às mulheres na pós menopausa com atrofia genital, quando houver indicação. Prescrever a aplicação de 1g (aplicador-dosador) a noite por 21 noites de estriol1%.

Técnica de coleta

Identificar a lâmina que será enviada ao laboratório

- Usar lápis preto ou lápis grafite
- Identificar na parte fosca da lâmina com as iniciais do nome da paciente
- Identificar o frasco ou caixa em que será colocado a lâmina
- Preencher a ficha de requisição do exame do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

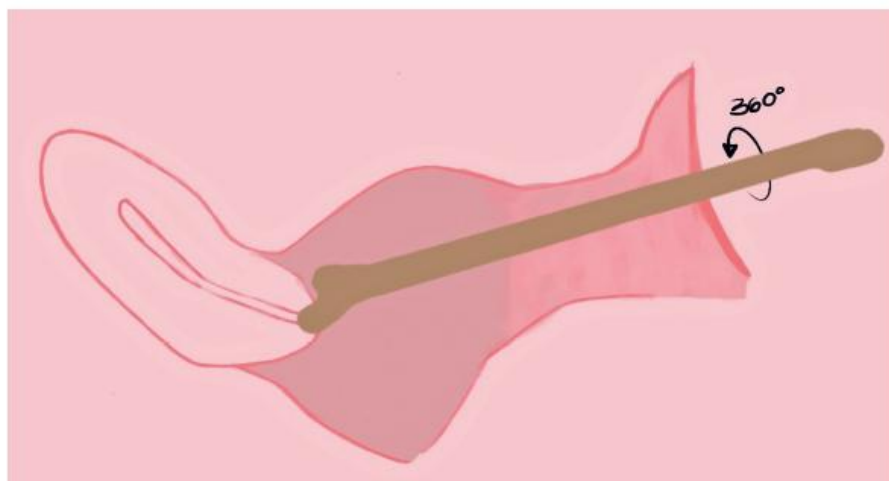
Exame ginecológico

- Examinar a genitália externa, procurando adequar o tamanho do espéculo com as características perineais e vaginais da mulher;
- Utilizar pouco lubrificante;
- Introduzir o espéculo na vagina delicadamente na posição vertical, ligeiramente inclinado, fazendo rotação suavemente de forma que o espéculo fique na posição horizontal, prossiga com a abertura dele expondo completamente o colo do útero. Se houver dificuldade, pode solicitar para paciente apoiar os pés na perneira (onde se posiciona a articulação do joelho);
- Para o homem transgênero: observar a genitália, procurando adequar o tamanho do espéculo; colocar se houver necessidade lidocaína tópica, para facilitar a introdução do espéculo, documentar no impresso do laboratório o uso de terapia hormonal com testosterona, caso o paciente utilize.

Ectocérvice

- Usar espátula de Ayre;
- Utilizar o lado da espátula que apresenta reentrância no orifício externo do colo (OEC);
- Apoiar e girar 360° em todo do OEC, delicadamente para não sangrar (vide figura 2);
- Colocar o material da ectocérvice na lâmina (vide figura 4).

Figura 3. Coleta de ectocérvice

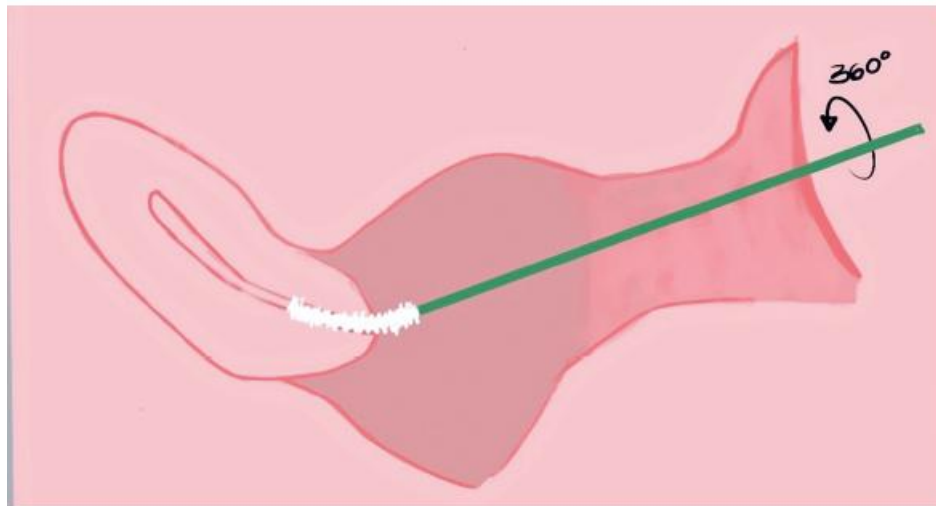


Fonte: Adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023).

Endocérvice

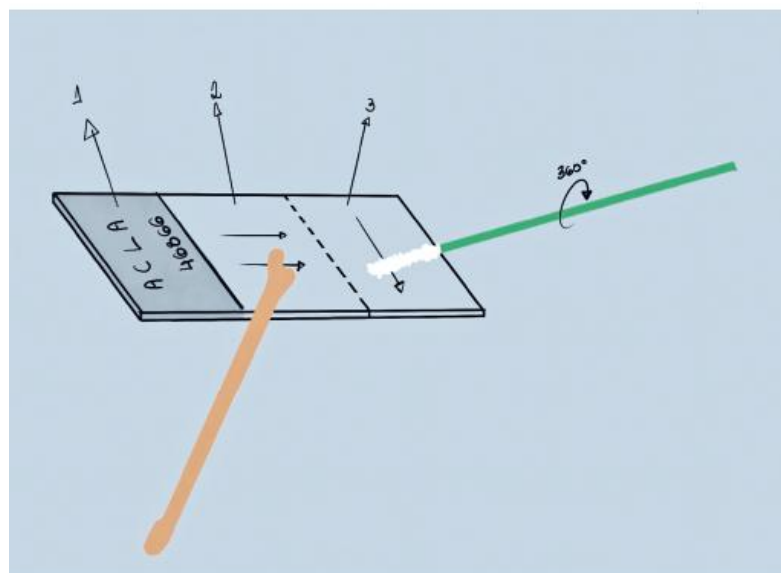
- Usar escova endocervical;
- Introduzir a escova no OEC;
- Fazer movimento giratório suave 360° (vide figura 3);
- Colocar o material da endocérvice na lâmina (figura 4).

Figura 4. Coleta de material da endocérvice



Fonte: Adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023).

Figura 5. Colocação do material coletado na lâmina



Fonte: Adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023). 1=parte fosca; 2= material da ectocérvice; 3= material da endocérvice

Fixação do material coletado

Em seguida procede-se a fixação da lâmina com substância fixadora que reage com o material coletado, preservando a estrutura. A fixação pode ser feita com:

- A imersão da lâmina em frasco próprio, contendo álcool a 96% (pode ser 70%), no mínimo, 20 minutos, para que ocorra a fixação adequada do esfregaço (material coletado);
- Usar o spray fixador. Quando da utilização do spray, deve-se ter uma distância de, aproximadamente, 20 cm da lâmina, para que o excesso do produto não danifique o material coletado.

Transporte do material coletado

As citologias devem ser enviadas ao laboratório em caixas identificadas juntamente com as folhas de requisição dos exames

Manejo dos principais resultados citológicos

1. Citologia insatisfatória

Recomenda-se repetir citologia com 2 a 4 meses (Tratar atrofia ou inflamação se necessário).

2. Citologia negativa sem componente glandular ou metaplásico

Recomenda-se que mulheres com esfregaços normais somente com células escamosas repitam exame com intervalo de um ano.

3. Citologia negativa com células endometriais (mulheres com idade \geq 45 anos)

Tais alterações podem sinalizar alguma anormalidade glandular do endométrio. Recomenda-se avaliar investigação da cavidade endometrial.

4. Citologia negativa com atrofia

Na presença de atrofia, recomenda-se seguir a rotina de rastreamento citológico como para as mulheres com resultado normal, exceto se o laudo mencionar dificuldade de leitura decorrente de atrofia. Nestes casos, repetir o exame após tratamento tópico da paciente com estrogênio vaginal por 21 dias.

5. Citologia negativa com inflamação

Na presença de inflamação sem identificação do agente e sem queixa, seguir normalmente. Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, a paciente deverá ser conduzida conforme diretriz para o tratamento de corrimento genital e doenças sexualmente transmissíveis. Se achados microbiológicos (*Gardnerella*, *Mobiluncus* sp, *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp ou *Actinomyces* sp), tratamento conforme quadro 4.

Na ausência de queixa ou evidência clínica de colpíte, não há necessidade de encaminhamento para exame ginecológico ou tratamento ou repetição do exame citopatológico.

Fazem parte da microbiota normal: lactobacilos, cocos e bacilos. Recomenda-se seguir a rotina de rastreamento citológico para as mulheres com resultado normal.

Quadro 4- Medicamentos disponíveis na farmácia da APS

Achado	Tratamento
Candida sp	-Miconazol creme vaginal- 01 aplicador a noite, por 7 noites -Nistatina creme vaginal- 01 aplicador a noite, por 7 noites -Fluconazol 150mg, Via Oral, dose única
Gardnerella	-Flagyl 400mg- 1 comprimido 12/12h por 7 dias Metronidazol 500mg- 1 comprimido 12/12h por 7 dias -Metronizadol creme vaginal- 01 aplicador a noite, por 7 noites

Trichomonas vaginalis	-Flagyl 400mg- 1 comprimido 12/12h por 7 dias -Metronidazol 500mg- 1 comprimido 12/12h por 7 dias (tratar parceiro e solicitar teste rápido para outras IST)
------------------------------	--

Fonte: própria autora

6. Células atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) * ou Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LIEBG ou LSIL).

- < 25 anos, repetir o exame em 3 anos ou quando completar 25 anos.
- ≥ 25 anos, repetir o exame em 6 meses.

*Essa recomendação é de determinação local para melhor organização do cuidado, e não de acordo com o MS e demais documentos referenciados. Vide figura 6.

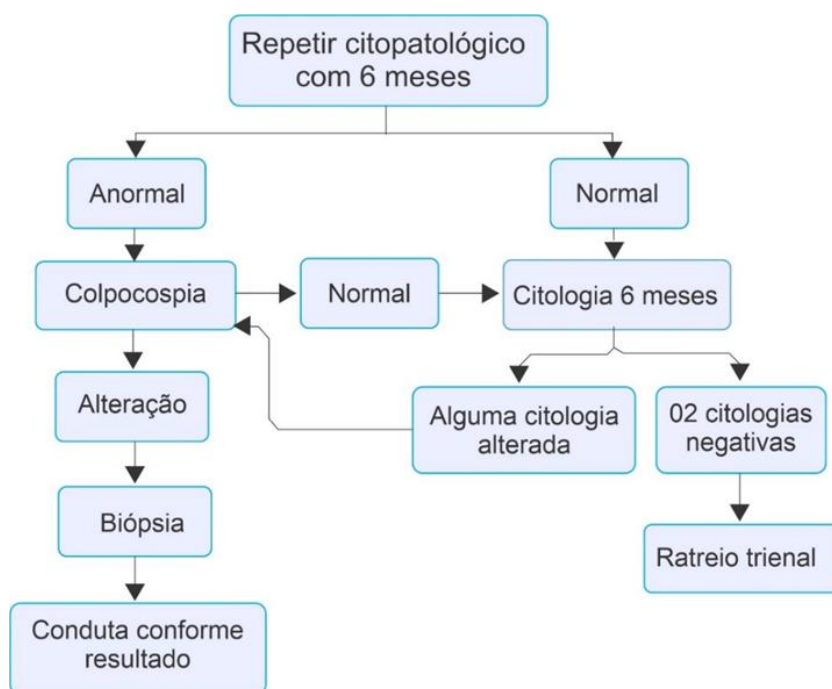
7. Resultados que indicam encaminhamento para centro especializado

- Células escamosas atípicas, não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) com características suspeitas de invasão;
- Carcinoma de células escamosas.
- Células com atipia glandulares (todas)
- Adenocarcinoma endocervical “in situ”
- Adenocarcinoma endometrial;
- Adenocarcinoma, sem outras especificações (SOE).

8. Indicações de colposcopia

- Sinusorragia
- Lesão em colo ou vagina perceptíveis ao exame especular
- Anormalidades citológicas do item 7
- Controle pós-tratamento de lesões intraepiteliais ou câncer

Figura 6- ASC-US ou Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) em mulheres ≥25 anos.



Fonte: Adaptado PRO.MED-GIN-MEAC.038

Situações especiais

1. Mulheres com menos de 25 anos

Pelas Diretrizes Brasileiras, a população de mulheres com esta faixa etária não está incluída no rastreamento, porém se for realizada citologia oncológica cervical e o resultado for ASC-US ou LSIL, recomenda-se repetição da citologia com 3 anos. Se o resultado for superior (alterações em células epiteliais glandulares, ASC-H, HSIL ou mais), recomenda-se encaminhamento para colposcopia. Nestas pacientes não é aceitável o ver e tratar, devendo sempre ser realizado biópsia na suspeita de lesão de alto grau. Pode-se optar por manejo conservador em jovens com histopatológico de NIC 2, mantendo seguimento semestral por 2 anos. Caso o achado persista, opta-se, então, por tratamento. Nos casos em que o histopatológico é NIC 3 prefere-se tratamento à conduta conservadora.

2. Gestantes

Lesão intraepitelial de baixo grau na gestação:

As gestantes portadoras de LSIL não deverão ser encaminhadas para a colposcopia devido ao fato de as alterações do colo na gestação serem a causa de vários mimetismos que poderão causar condutas agressivas desnecessárias. Uma nova propedêutica deverá ser realizada 90 dias após o parto.

Lesão intraepitelial de alto grau na gestação:

O exame colposcópico poderá ser realizado em qualquer etapa da gestação, lembrando que a partir do segundo trimestre esse procedimento torna-se dificultoso devido ao edema gravídico, que prejudica em muito a correta avaliação do colo uterino. A biópsia pode ser realizada com segurança, devendo ser indicada quando existe a possibilidade de invasão. O tratamento das lesões de alto grau em gestantes deverá ser postergado para 90 dias após o parto, quando as condições retornam à normalidade. A presença da lesão de alto grau não muda a via de parto, sendo a indicação obstétrica a que prevalece.

3. Imunocomprometidas

Quando citologia oncótica cervical tem resultado ASC-US ou LSIL, recomenda-se colposcopia imediata, diferente de mulheres imunocompetentes, quando é recomendado repetição. Nos casos em que está indicado tratamento, prefere-se procedimento excisional.

Referências

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. - 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016.
2. MASSAD, L. STEWART, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstetrics & Gynecology* 121.4 (2013): 829-846.
3. E. J. MAYEAUX, JR. MD; J. THOMAS COX, MD. Tratado e atlas de colposcopia moderna. ASCCP. Terceira edição 2012.
4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. - 2. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

5. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//consulta_publica_nomenclatura_do_exame_citopatologico_do_colo_do_uterio_site_040620.pdf.

6-Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro:

Inca; 2021 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precocedo-cancer.pdf>

7. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO, NO DIAGNÓSTICO E NO ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2023.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica Nº 41/2024 - CGICI/DPNI/SVSA/MS: Atualização das Recomendações da Vacinação Contra HPV no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 07 de Fevereiro de 2025.

PARTE II- ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

O serviço de Atenção Ambulatorial Especializado em saúde da mulher é realizado pelo CEAD, e posteriormente será transferido ao ACOLHE. A seguir os profissionais atuantes do serviço.

Profissionais

Enfermeiro

- Manter contato contínuo com as mulheres com resultado alterado, estimulando adesão ao tratamento e identificar as faltosas.

Ginecologista

- Realizar as colposcopias;
- Realizar biópsia de colo, vulva, vagina e endométrio;
- Realizar encaminhamento ao nível terciário (hospitalar) quando necessário.

Psicólogo

- Realizar atendimento quando do diagnóstico de câncer de colo do útero ou outro.

Assistente social

- Manter cadastro atualizado das pacientes e auxiliá-las no caminhar pela RAS.

Procedimentos ginecológicos realizados pela AAE

- Colposcopia – Código no Maestro (1177)
- Biópsia (colo, vulva (1557), vagina e endométrio (1558))
- Exérese de pólipo endocervical
- Exérese de lesões
- Cauterização química
- Eletrocauterização

Colposcopia

Indicação

- Sinusorragia
- Lesão em colo ou vagina perceptíveis ao exame especular
- Anormalidades citológicas (vide parte I)
- Controle pós-tratamento de lesões intraepiteliais ou câncer

Técnica

- Exame realizado sob visão colposcópica, utilizando-se de soluções reagentes: ácido acético de 2 a 5 % e lugol forte;
- Proceder biópsia incisional conforme os achados colposcópicos;
- Preencher em duas vias o laudo de colposcopia (anexo 2), assinar e entregar uma a paciente.

Indicações de conização utilizando cirurgia de alta frequência (CAF)

Ver de tratar (pacientes maiores de 25 anos)

- Citologia com LIEAG e achado maior em colposcopia
- Citologia com ASC-H e achado maior em colposcopia

Após biópsia

- LIEAG
- Suspeita de microinvasão com JEC visível
- Citologia com LIE-AG e colposcopia normal, porém com JEC não visível;
- Citologia com LIE-AG persistente por 6 meses com colposcopia normal, mesmo com JEC visível;
- Citologia com ASC-H persistente por 6 meses com colposcopia normal, mesmo com JEC visível;
- Citologia com atipias de células glandulares, confirmada por escovado do canal e colposcopia normal;

- Citologia com atipias de células de células glandulares, confirmada por escovado do canal, em colposcopia anormal com biópsia negativa ou compatível com NIC 1

Indicações de conização a frio

- Adenocarcinoma in situ
- LIEAG/carcinoma in situ
- Suspeita histológica de microinvasão, em casos de ZT tipo 3 ou lesão adentrando Canal
- LIEBG persistente por 18 meses ou mais em mulheres acima de 25 anos, com JEC visível a colposcopia

Indicações de cauterização

- Condilomatose cervical

Tipo de excisão

A nova Terminologia de 2011 inclui a normatização para a descrição dos tipos de tratamento excisional do colo uterino. São considerados três tipos de excisão: tipo 1, tipo 2 e tipo 3, de acordo com os tipos de ZT.

Quando a excisão é feita com cirurgia de alta frequência, na excisão tipo 1, destinada a tratar a doença ectocervical ou que não se estende mais de 1 cm no canal endocervical, a alça de tamanho 2 x 1,5 cm é apropriada. Na excisão tipo 2, na qual é necessário retirar maior porção do canal endocervical, o suficiente para ultrapassar a JEC, em geral usa a alça de 2 x 2 cm ou maior. Por fim, na excisão tipo 3, uma alça ainda maior é necessária, entre 2-2,5 cm.

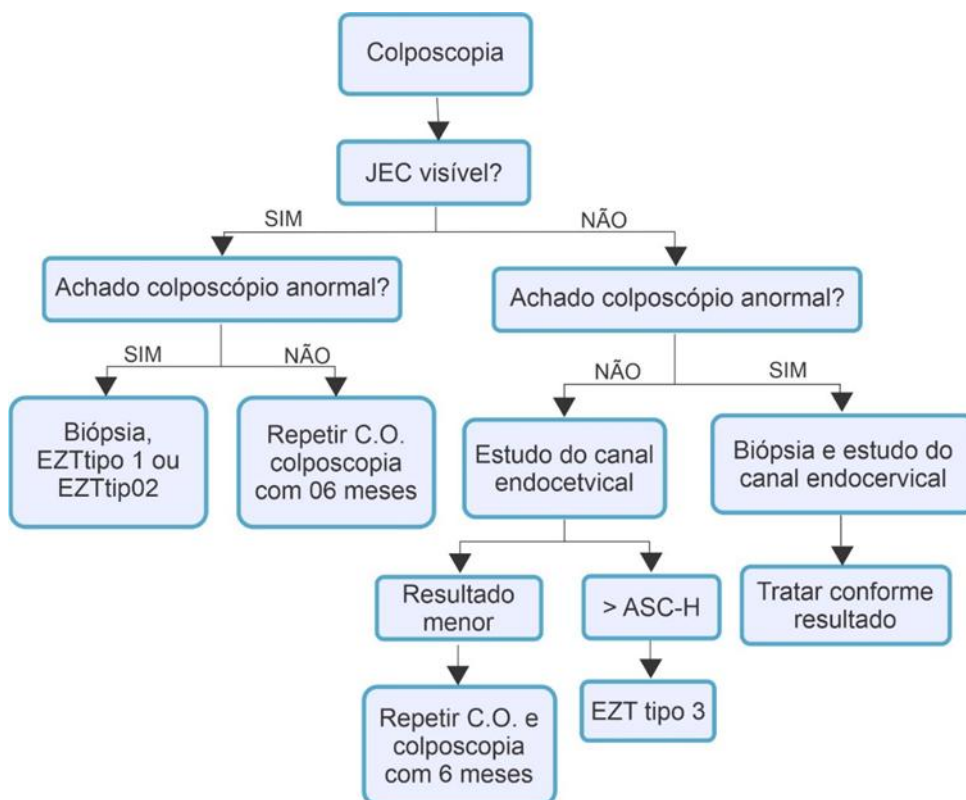
Seguimento conforme resultado da biópsia

Resultado negativo

Quando resultado da biópsia for negativo e, portanto, discordante da citologia do encaminhamento, a paciente deve ser seguida de forma semestral

com citologia e colposcopia até que se obtenha dois resultados consecutivos negativos. Caso a citologia de encaminhamento tenha sido uma ASC-H, vide figura 7.

Figura 7-ASC-H (células escamosas atípicas não podendo excluir HSIL)



Fonte: PRO.MED-GIN-MEAC.038

Resultado Lesão intraepitelial de baixo grau

Nos resultados com Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL), a paciente deve ser seguida de forma semestral com citologia, colposcopia e biópsia por 12 meses, e ao final desse período se as lesões persistirem (persistência por 18 meses) serão encaminhadas para exérese da zona de transformação, ou ainda para conização caso a lesão tenha evoluído para alto grau.

Resultado Lesão intraepitelial de alto grau / In SITU

Quando lesão de alto grau, deve-se solicitar exames pré-operatório: hemograma, glicemia de jejum, creatinina e coagulograma; exames de sorologia (pode ser teste rápido): HIV, VDRL, HBsAg e Anti HVC; e encaminhar para conização no setor de ginecologia da Santa Casa.

Resultado Carcinoma ou adenocarcinoma invasor

Diante do resultado de câncer de colo uterino invasor, deve-se solicitar ressonância magnética de pelve, imunohistoquímica e encaminhar ao setor de oncologia da Santa Casa.

Seguimento após tratamento de HSIL

Devido ao risco de doença residual ou recorrente especialmente nos primeiros 2 anos após o tratamento, o seguimento deve ser realizado no serviço de AAE com citologia oncótica e colposcopia semestrais, por 2 anos. Após este período, a paciente deve fazer citologia anualmente na unidade básica de saúde até 5 anos, podendo depois retornar ao rastreio trienal. Se no seguimento paciente tiver HSIL, deve-se repetir novo procedimento excisional; caso não seja factível, histerectomia é recomendada.

O risco de recorrência varia de 4 a 18% e é maior se as margens do cone forem comprometidas, em pacientes imunossuprimidas, com mais de 50 anos de idade, tabagistas e quando há persistência do HPV oncogênico.

A sociedade americana (ASCCP) recomenda o seguimento com teste de DNA-HPV, 6 meses após o procedimento (e colposcopia se HPV positivo), mas coloca como aceitável o seguimento com citologia e colposcopia, atentando para a importância do escovado endocervical.

Figura 8- Fluxograma do atendimento e seguimento das pacientes dentro da AAE

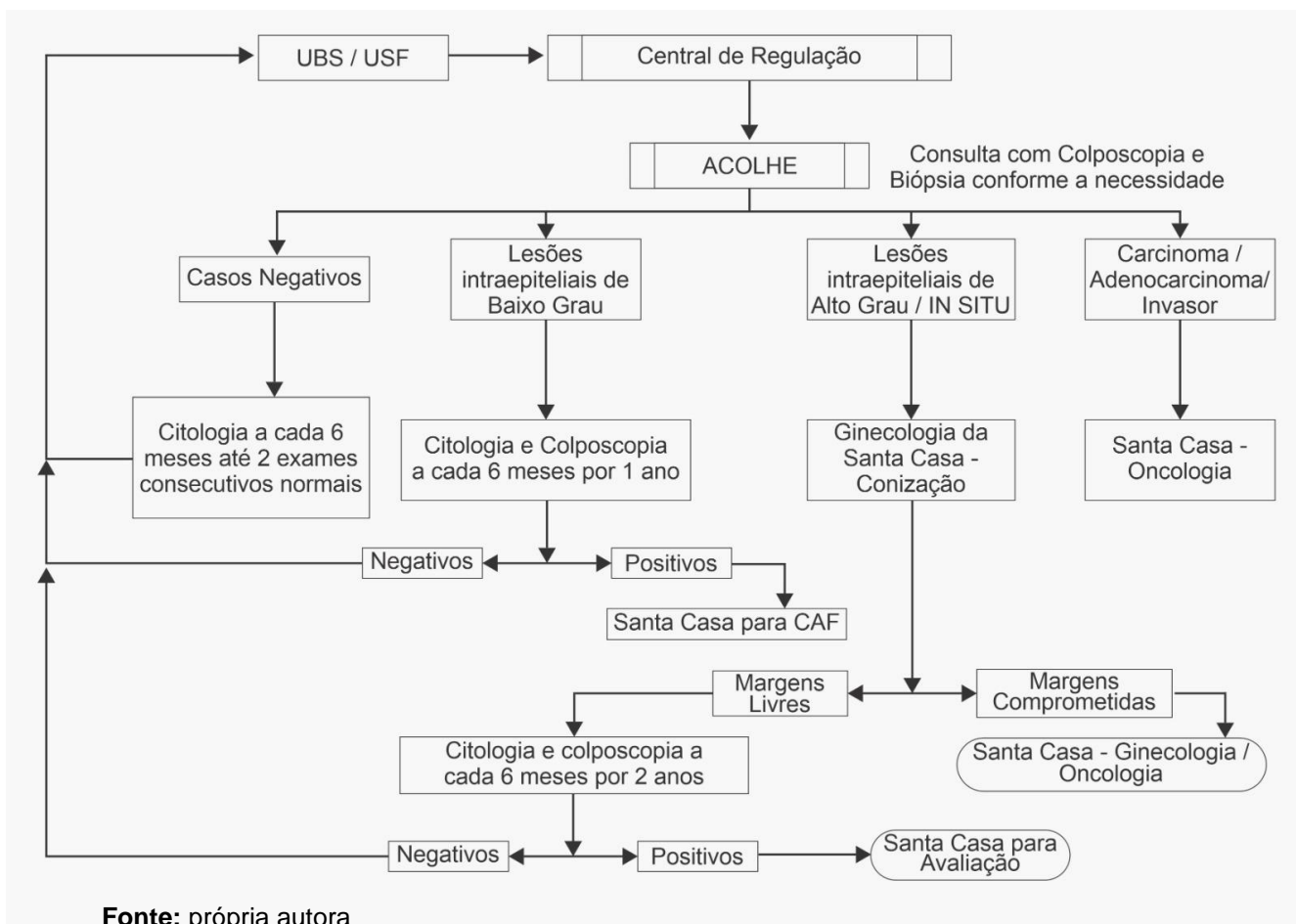
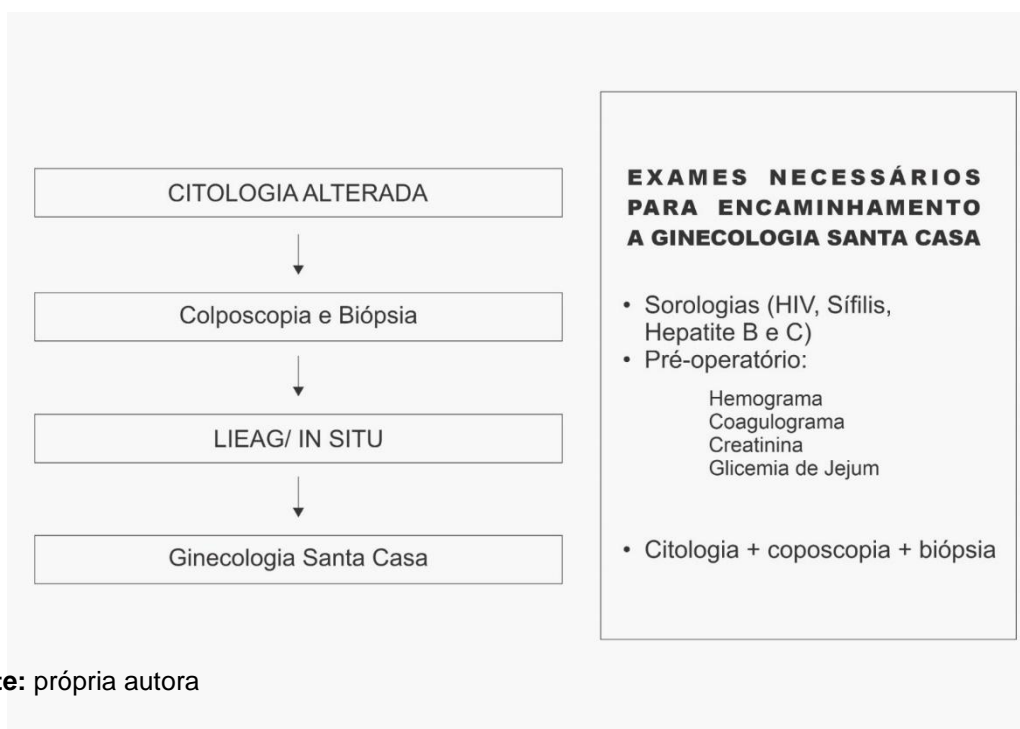


Figura 9- Fluxograma diante do diagnóstico de Lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG/ in SITU)



Referências:

1. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero *Rio de Janeiro; INCA; 2 ed. rev., atual; 2016.*
2. Terminologia colposcópica 2011 da Federação Internacional de patologia Cervical e colposcopia. Bornstein J et al. *Obstet Gynecol* 2012 Jul; 1:166-72. Disponível em: <http://www.ifcpc.org/pt/healthcare-professionals-3/recurso-material/nomenclatura-ifcpc-2011>.
3. Roteiro para laudo colposcópico do colo, vagina e tratamento excisional do colo uterino. Disponível em: colposcopia.org.br/files/laudos/roteiro-para-laudo-1180138663.pdf.
4. Tratado e Atlas Colposcopia Moderna. E.J Mayeux, J Thomas Cox. ASCCP.

PARTE III- HOSPITALAR

A parte hospitalar é realizada pela Santa Casa de Rio Claro (UNACON).

Câncer do colo do Útero

Tipos histológicos

- 80% dos tumores são do tipo escamoso e 20% são adenocarcinomas.

Sintomas

- Nos estágios iniciais, o tumor costuma ser assintomático, podendo haver, entretanto, queixa de corrimento aquoso, sinusorragia ou sangramento intermenstrual.

Exames de avaliação

1. Diagnóstico:

- Anamnese e Exame físico geral e ginecológico;
- Citopatologia: o diagnóstico precoce pode ser suspeitado em até 90% dos casos;
- Colposcopia: realizada em caso de exame citopatológico anormais ou achados anormais em exame físico;
- Biópsia: deve ser feita ao julgamento do colposcopista;
- Conização: permite diagnóstico definitivo de lesão pré-invasiva ou de microinvasão;
- Observação: considerar teste de HIV e outras sorologias.

2. Estadiamento

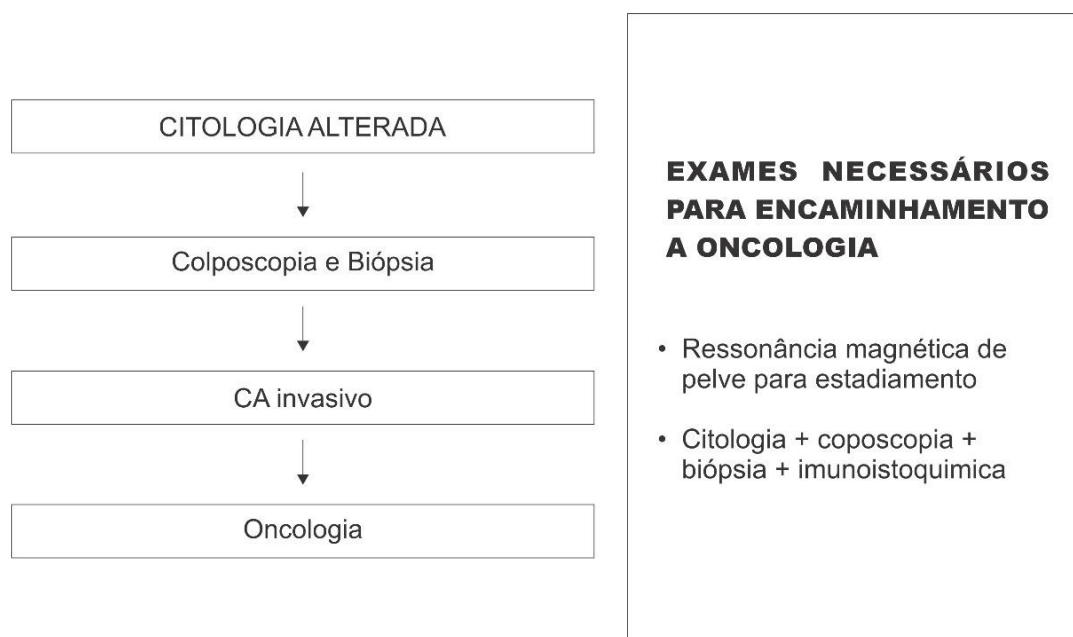
- A avaliação por imagem pode ser usada sempre que os recursos permitirem. Os exames auxiliares no estadiamento são: Ressonância Magnética.

3. Acompanhamento

- Anamnese e exame físico a cada 3-6 meses por 2 anos, seguido de a cada 6 -12 meses por 3 a 5 anos, depois anualmente com base no risco de recorrência da doença da paciente;
- Citologia cervical/vaginal anualmente;
- Diagnóstico por imagem (radiografia torácica, TC, PET-TC, RNM) se suspeita de recidiva (por sintomas ou alterações ao exame físico);

- Avaliação laboratorial (hemograma, uréia, creatinina) se suspeita de recidiva (por sintomas ou alterações ao exame físico);
- Educação da paciente sobre os sintomas de possível recorrência, estilo de vida, obesidade, exercício e aconselhamento nutricional;
- Educação da paciente em relação à saúde sexual, uso de dilatador vaginal e lubrificantes/hidratantes vaginais (ex. creme de estrogênios);
- Se tratamento preservando fertilidade, no estágio I, considerar RM de pelve com contraste 6 meses após o procedimento e anual por 2 a 3 anos.

Figura 10- Fluxograma diante do diagnóstico de Câncer de colo do útero



Fonte: própria autora

Referência

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Informações sobre câncer de colo do útero. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao.> Acesso em: 05 Dez. 2016.

ANEXO1- Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos do colo do útero

1- NEGATIVO PARA LESÃO INTRAEPITELIAL OU MALIGNIDADE NA AMOSTRA ANALISADA

• ACHADOS NÃO NEOPLÁSICOS

a. Variações celulares não neoplásicas

- Metaplasia escamosa;
- Alterações ceratóticas;
- Metaplasia tubária;
- Atrofia;
- Alterações relacionadas a gravidez.

b. Alterações celulares reativas associadas a:

- Inflamação (inclui reparo típico);
- Cervicite linfocítica / folicular;
- Radiação;
- Dispositivo intrauterino (DIU).

c. Células glandulares pós histerectomia.

d. Organismos:

- Trichomonas vaginalis;
- Candida sp;
- Desvio da flora sugestivo de vaginose bacteriana;
- Bactérias morfológicamente consistentes com Actinomyces sp;
- Alterações celulares consistentes com vírus herpes simples;
- Alterações celulares consistentes com citomegalovírus.

• OUTRO:

- Células endometriais (em mulheres com idade igual ou superior a 45 anos).

2. ANORMALIDADES EM CÉLULAS EPITELIAIS

• Escamosas

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US);

- Células escamosas atípicas, não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
- Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL);
- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) com características suspeitas de invasão;
- Carcinoma de células escamosas.

• Glandulares

- Células endocervicais atípicas, sem outras especificações (SOE);
- Células endometriais atípicas, sem outras especificações (SOE);
- Células glandulares atípicas, sem outras especificações (SOE);
- Células endocervicais atípicas, favorecendo neoplasia;
- Células glandulares atípicas, favorecendo neoplasia;
- Adenocarcinoma endocervical “in situ”;
- Adenocarcinoma endocervical;
- Adenocarcinoma endometrial;
- Adenocarcinoma extrauterino;
- Adenocarcinoma, sem outras especificações (SOE).

ANEXO 2- Colposcopia

GENITOSCOPIA

Paciente: _____ Idade: _____ D.U.M. _____

Resumo Clínico: _____

1. () Colposcopia Satisfatória

Local da junção escamo colunar (JEC): () -3 () -2 () -1 () zero O () +1 () +2 () +3

() Colposcopia Insatisfatória

() JEC não visualizada Atrofia () Inflamação () Colo não visualizado ()

2. () Achados Normais: () Epitélio estratificado escamoso () Epitélio cilíndrico

Zona transformação normal (ZNT) - última glândula (UG): () -3 () -2 () -1 () zero O () +1 () +2 () +3

3. () Achados Anormais (ZTA) - última glândula (UG): () -3 () -2 () -1 () zero O () +1 () +2 () +3

() Epitélio acetobranco fino*

() Epitélio acetobranco grosseiro°

() Mosaico Regular*

() Orifícios glandulares abertos espessados°

() Pontilhado Regular*

() Mosaico Irregular°

() Iodo negativo*

() Pontilhado irregular°

() Vasos atípicos°

() Dentro ZT () Fora ZT () *Menores () °Maiores

4. () Achados Vários: () Pólipo () Condiloma () Úlcera () Endometriose () Esclerose () Leucoplasia

() Outros: _____

5. () Achados Sugestivos de Invasão: _____

6. Teste de Schiller: () Iodo Positivo () Iodo Negativo

() Iodo claro/malhado () Não realizado

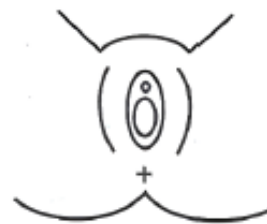
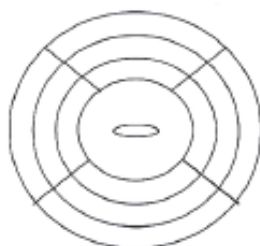
7. Vaginoscopia: _____

8. Vulvoscopia: _____

9. Região Perianal: _____

10. Hipótese diagnóstica Colposcópica: _____

11. Local da Biópsia:



Examinador: _____ Data: _____ Local: _____

ANEXO 3- Indicadores

Indicadores que possibilitam o monitoramento dos processos de cuidado e a avaliação dos resultados de impacto no estado de saúde.

Indicadores de processo	
Cobertura	-Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária
Qualidade	-Proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero. -Índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero
Diagnóstico	-Proporção de seguimento informado para mulheres com lesão intraepitelial de alto grau do colo do útero
Impacto	- Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero

Fonte: Adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023).

Anexo IV

Rastreamento organizado do câncer de colo do útero utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico.

Introdução

A diminuição da mortalidade por Câncer de colo do útero, doença curável em estágios iniciais, é um desafio em todo o mundo. Em 2018 a OMS fez um chamamento Global para eliminação do CA de colo do útero como problema de saúde pública, e definiu uma redução da incidência para 4 por 100.000 mulheres-ano, e em 2020 lançou a seguinte estratégia:

- 90% das meninas vacinadas contra HPV até 15 anos;
- 70% das mulheres rastreadas com teste moleculares para detecção de HPV oncogênico aos 35 anos e aos 45 anos;
- 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras e câncer de colo do útero recebendo tratamento.

Dentro deste contexto, estudos foram realizados no Brasil para buscar entender a viabilidade dos testes moleculares, que apresentam maior sensibilidade quando comparados a citologia. Após análise destes, o CONITEC emitiu o documento: DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO. PARTE I, em novembro 2024, que servirá como documento norteador para o rastreamento logo mais.

Justificativa:

No Brasil o rastreamento do câncer de colo do útero é feito de forma oportunística, a paciente ao procurar a unidade de saúde para consulta com médico ou enfermeiro, o exame é oferecido, e desta forma acaba por rastrear a mesma mulher por vários anos e deixa de rastrear outras que poderiam ser identificadas ainda com lesões pré-malignas. Assim, deu-se a necessidade de propor o rastreamento organizado, que será descrito neste documento.

Outro ponto importante é a sensibilidade do exame de rastreio realizado atualmente, o Papanicolau, que conta com uma sensibilidade por volta de 50%, levando a um número maior de falsos negativos.

Recomendações para rastreamento do câncer do colo do útero por teste moleculares DNA-HPV

Rastreamento organizado

Rastreamento é um processo em que uma população assintomática é submetida a um teste para identificar quais pessoas apresentam risco de doença. O rastreamento organizado é feito através da identificação e convocação ativa e individual das pacientes a cada rodada de rastreamento, na periodicidade recomendada.

Público-alvo para rastreamento

O primeiro rastreio será agendado pela unidade de saúde através de busca ativa de **todas a mulheres entre 25 e 60 anos** que tenha iniciado a vida sexual com penetração vaginal. Os exames subsequentes (seja novo rastreio ou teste de triagem) serão agendados conforme o resultado dos exames. As mulheres convocadas para o rastreamento inicial que não comparecerem, serão identificadas e reconvocadas. Não é recomendado realizar a pesquisa DNA HPV em mulheres antes dos 25 anos.

É recomendado encerrar o rastreamento com teste de DNA-HPV oncogênico em mulheres acima dos 60 anos, cujo último resultado aos 60 anos, tenha sido negativo. Se uma mulher acima dos 60 anos nunca tenha realizado um teste de DNA-HPV, este deve ser realizado, e se negativo, deve encerrar o rastreamento.

Mulheres com mais de 60 anos e história prévia de tratamento de NIC 2, NIC 3 ou *in situ*, devem manter o rastreamento até 25 anos após o tratamento.

A prioridade para o rastreamento serão mulheres de 30 a 49 anos com atraso no rastreamento citopatológico. O teste DNA-HPV não depende do status vacinal contra HPV, dessa forma deve ser realizado inclusive em quem tomou a vacina.

Técnica de rastreamento

O método de rastreio será pesquisa de DNA-HPV por PCR e será colhida pelo médico ou enfermeiro da unidade de saúde. A amostra utilizará os mesmos sítios anatômicos indicados para coleta de citologia (ectocérvice e endocérvice)

Figura 1- Demonstração da coleta em meio líquido



Figura 2- Alguns kits não necessitam destacar a ponta



Antes da coleta, realizar aconselhamento objetivando esclarecer que se trata de um exame de rastreio e que um possível resultado positivo não indica necessariamente presença de lesões ou mesmo câncer.

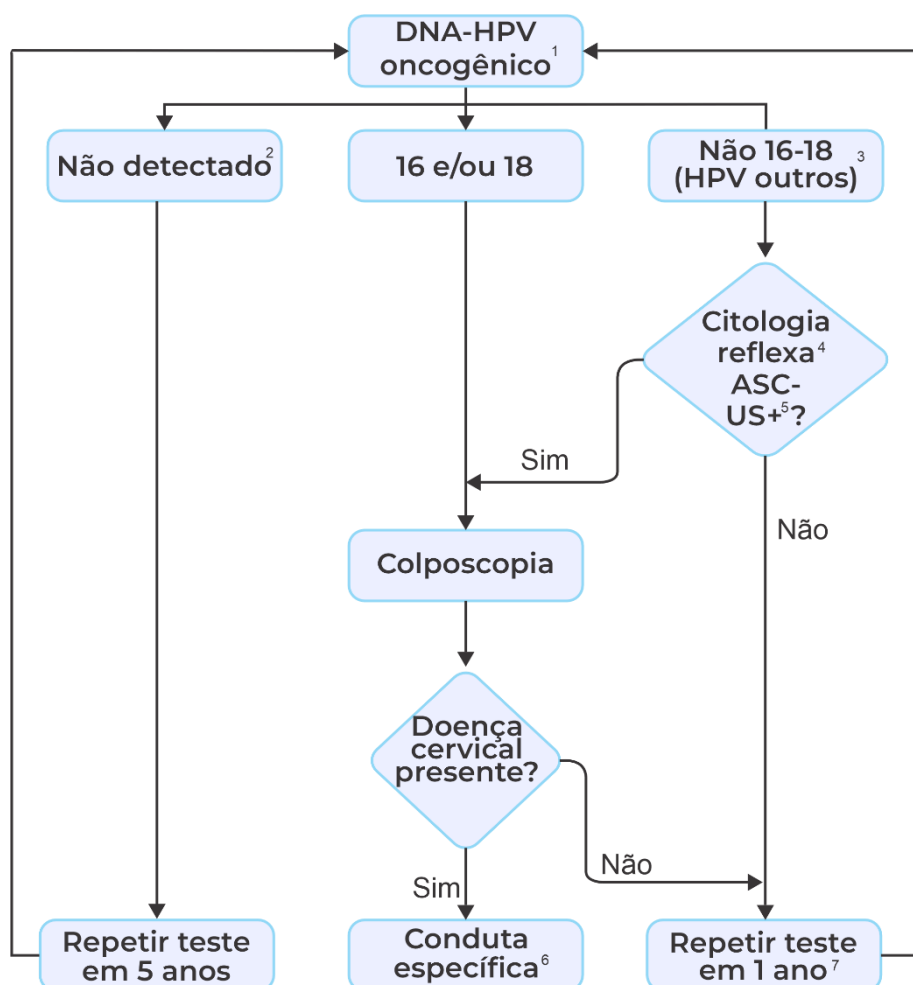
Manejo conforme resultado da pesquisa DNA HPV oncogênico

Mulheres com DNA-HPV detectado devem ser comunicadas e orientadas sobre as próximas etapas da investigação. Se HPV 16 ou 18, encaminhar diretamente para colposcopia, se HPV outro (não 16 ou 18), colher citologia oncológica. Se HPV não detectado, orientar a repetir a cada 5 anos, se permanecerem assintomáticas. O rastreio não substitui consulta ginecológicas com sintomas.

Nas mulheres submetidas a exame de triagem (citologia oncológica), se o resultado for ASCUS ou mais (LSIL, HSIL, ASC-H), essas devem ser encaminhadas para colposcopia. Se triagem negativa (citologia normal) deve agendar uma nova coleta de DNA HPV em um ano. Caso o novo teste DNA HPV se mantenha positivo (não 16 ou 18) por 24 meses, mesmo com citologia negativa, deve encaminhar para colposcopia.

Mulheres previamente identificadas no rastreamento citológico com indicação de colposcopia não devem ser testadas para DNA-HPV oncogênico para reavaliar a indicação.

Figura 3- Fluxograma de condutas após resultado do teste de DNA-HPV oncogênico em mulheres com risco padrão



Fonte: BRASIL, 2024, p.10. 1- pesquisa de DNA-HPV por PCR, 2-Nenhum tipo oncogênico foi identificado,3-detectado algum tipo HPV que não 16 ou 18, 4-Realizar citologia oncótica (teste de triagem), 5-Resultado da citologia alterado (ASCUS, LSIL, HSIL), encaminhar para colposcopia, 6-Condução específica no ambulatório de especialidades, 7-Se citologia negativa, repetir o DNA HPV em 1 ano.

Situações especiais

Mulheres com menos de 25 anos

Caso o rastreamento tenha sido feito inadvertidamente antes dos 25 anos, um eventual resultado com presença de qualquer tipo de HPV não deve ser considerado e a mulher deve ser orientada sobre a história natural da infecção pelo vírus e a repetir exame aos 25 anos.

Gestantes

As mulheres gestantes que precisam regularizar seu rastreamento para câncer de colo do útero, podem realizar o teste molecular de pesquisa do DNA-HPV durante o pré-natal.

Pós menopausa

As mesmas recomendações para mulheres com risco padrão.

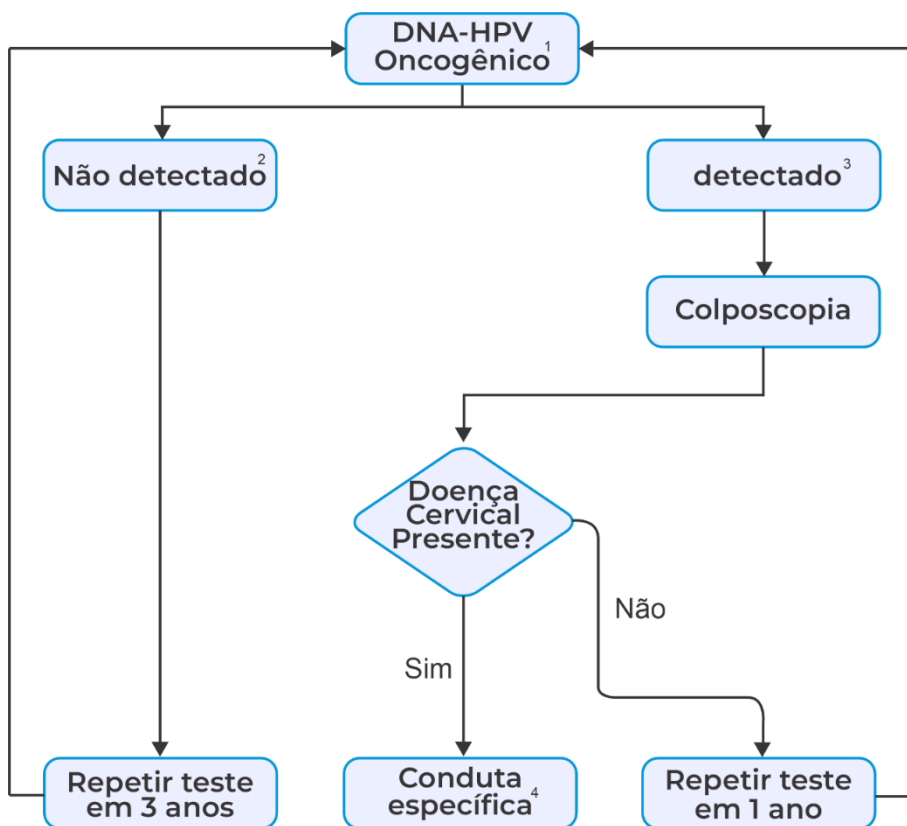
Histerectomizada

Mulheres com histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de lesão de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento. Se a histerectomia se deu por lesão precursora ou câncer de colo do útero, manter rastreamento por pelo menos 25 anos.

Não iniciou a vida sexual: Não rastrear

HIV: Iniciar após início da vida sexual, conforme figura abaixo

Figura 4- Fluxograma de condutas após resultado do teste de DNA-HPV oncogênico para mulheres vivendo com HIV/Aids e outras situações de imunossupressão ou imunossupressão



Fonte: BRASIL, 2024, p.32

As recomendações após colposcopia serão tratadas na próxima atualização.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Rastreamento do Cancer de Colo de Utero - Rastreamento Organizado Utilizando Testes Moleculares para Detecção de DNA-HPV Oncogênico. Parte I. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: 07 de Fevereiro de 2025.

