

**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-2026

	NR: _____ Páginas: 00 a 46
SAÚDE DA MULHER: PROTOCOLO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO, NO RASTREAMENTO, NO DIAGNÓSTICO, NO TRATAMENTO E NO ACOMPANHAMENTO.	Data de Emissão: 07/10/2024
	Revisão nº 2
	Data desta revisão: 03/06/2026
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. Inclusão dos CDIs que compõem as OCIs na ginecologia e acrescentar mais um critério para vacina quadrivalente para HPV no SUS : pacientes com lesões NIC 2, NIC 2 e in situ	
Elaborado por: Karla S. A. Damasceno Seção de Educação em Saúde, Treinamento e Desenvolvimento	
Aprovação – Diretor Médico: 	Aprovação – Secretário da Saúde:

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 Escamocolumnar

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	10
Objetivos específicos	10
FATORES DE RISCO	11
PREVENÇÃO	11
Preservativo	12
Vacina	12
Teste para ISTs	13
PARTE I- ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	14
Atribuições dos profissionais da atenção primária a saúde	14
Equipe multiprofissional	14
Enfermeiro	14
Médico	14
Técnico de enfermagem	15
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	15
Recomendações para rastreamento do câncer do colo do útero	15
Público-alvo para rastreamento	15
Rastreio em situações especiais	17
Obtenção da amostra da citologia cérvico vaginal	18
Recomendação prévia a coleta	18
Técnica de coleta	18
Manejo dos principais resultados citológicos	21
1. Citologia insatisfatória	21
2. Citologia negativa sem componente glandular ou metaplásico	21
3. Citologia negativa com células endometriais (mulheres com idade ≥ 45 anos)	21
.....	21
4. Citologia negativa com atrofia	21
5. Citologia negativa com inflamação	21
6. Células atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas	22
(ASC-US) * ou Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LIEBG ou LSIL) ..	22
7. Resultados que indicam encaminhamento para centro especializado	23
8. Indicações de colposcopia	23
Situações especiais	24

1. Mulheres com menos de 25 anos	24
2. Gestantes.....	25
3. Imunocomprometidas.....	25
PARTE II- ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	26
Profissionais	26
Enfermeiro.....	26
Ginecologista	26
Psicólogo.....	26
Assistente social	26
Cirurgião dentista	26
Procedimentos ginecológicos realizados pela AAE.....	26
Colposcopia	27
Indicação.....	27
Técnica.....	27
Seguimento conforme resultado da biópsia	27
Resultado negativo	27
Resultado Lesão intraepitelial de baixo grau.....	27
Resultado Lesão intraepitelial de alto grau / In SITU	27
Resultado Carcinoma ou adenocarcinoma invasor.....	28
Seguimento em caso de ASC-H	28
Indicações de conização utilizando cirurgia de alta frequência (CAF)	28
Indicações de conização a frio	29
Indicações de cauterização.....	29
Tipo de excisão	29
Seguimento após tratamento de HSIL	30
PARTE III- HOSPITALAR.....	32
Câncer do colo do Útero	32
Tipos histológicos.....	32
Sintomas	32
Exames de avaliação	32
1. Diagnóstico:	32
2. Estadiamento	32
3. Acompanhamento	32
Referencias	34
ANEXO1- Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos do colo do útero	36

ANEXO 2- Colposcopia	38
ANEXO 3- Indicadores	39
Anexo IV- Rastreamento organizado do câncer de colo do útero utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico.	40
Histerectomizada	43

INTRODUÇÃO

O controle do câncer do colo do útero permanece entre as prioridades estratégicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando sua elevada magnitude epidemiológica, potencial de prevenção e impacto na morbimortalidade feminina no Brasil.

Apesar de ser uma neoplasia amplamente prevenível e passível de detecção precoce, o câncer do colo do útero ainda apresenta importantes desafios assistenciais relacionados ao acesso, à organização do rastreamento e à continuidade do cuidado. Segundo estimativas epidemiológicas, aproximadamente 0,04% das mulheres entre 25 e 64 anos necessitarão, anualmente, de tratamento em serviços especializados para lesões precursoras ou câncer do colo do útero.

Atualmente, o rastreamento ocorre predominantemente de forma oportunística, isto é, o exame citopatológico é realizado quando a mulher procura espontaneamente o serviço de saúde. Esse modelo pode resultar em super-rastreamento de parte da população feminina e subcobertura de mulheres em maior vulnerabilidade ou com menor acesso aos serviços. Soma-se a isso a limitação inerente à citologia oncótica convencional, cuja sensibilidade diagnóstica apresenta variação moderada na literatura científica.

Diante desse cenário, este protocolo assistencial institucional tem como finalidade atualizar e padronizar as recomendações para rastreamento, diagnóstico, acompanhamento e tratamento das alterações relacionadas ao câncer do colo do útero, organizando a Rede de Atenção à Saúde da Mulher segundo os princípios do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O MACC propõe o conhecimento da população adscrita ao território sanitário, a estratificação das usuárias conforme o grau de complexidade clínica e a implementação de intervenções adequadas às necessidades assistenciais de cada grupo populacional.

Para fins de padronização assistencial, este protocolo contempla os principais Códigos Internacionais de Doenças (CID-10) relacionados ao câncer do colo do útero e às afecções do trato genital inferior, incluindo:

Neoplasias malignas ginecológicas (C51–C58):

C51 – Neoplasia maligna da vulva;

C52 – Neoplasia maligna da vagina;

C53 – Neoplasia maligna do colo do útero;

C54 – Neoplasia maligna do corpo do útero;

C55 – Neoplasia maligna do útero, porção não especificada;

C56 – Neoplasia maligna do ovário;

C57 – Neoplasia maligna de outros órgãos genitais femininos e dos não especificados.

Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (N70–N77):

N70 – Salpingite e ooforite;

N71 – Doença inflamatória do útero, exceto do colo do útero;

N72 – Doença inflamatória do colo do útero;

N73 – Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas;

N74 – Transtornos inflamatórios da pelve feminina classificados em outra parte;

N75 – Doenças da glândula de Bartholin;

N76 – Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva;

N77 – Ulceração e inflamação vulvovaginal em doenças classificadas em outra parte.

Outros transtornos do trato genital inferior relacionados ao escopo deste protocolo:

N84 – Pólipo do trato genital feminino;

N85 – Outros transtornos não inflamatórios do útero, exceto do colo do útero;

N86 – Erosão e ectrópio do colo do útero;

N87 – Displasia do colo do útero;

N88 – Outros transtornos não inflamatórios do colo do útero;

N89 – Outros transtornos não inflamatórios da vagina;

N90 – Outros transtornos não inflamatórios da vulva e do períneo.

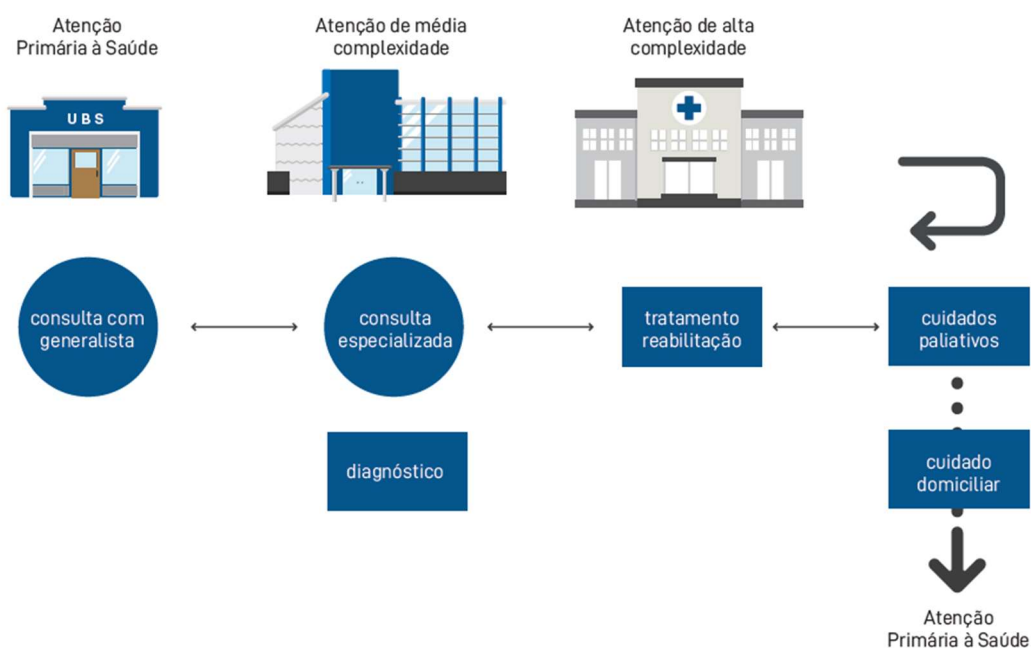
OBJETIVO GERAL

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

Existem aproximadamente 40 tipos de HPV capazes de infectar a região anogenital. Conforme seu potencial oncogênico, os tipos virais são classificados em alto risco e baixo risco para desenvolvimento de câncer. Os principais tipos de alto risco incluem os HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68, enquanto os HPV 6 e 11 destacam-se entre os tipos de baixo risco, mais frequentemente relacionados a lesões benignas.

Os HPV de alto risco estão associados ao desenvolvimento de lesões precursoras e câncer do colo do útero, sendo os tipos HPV 16 e HPV 18 os mais prevalentes. O HPV 16 apresenta maior associação com lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL/NIC III), enquanto o HPV 18 está mais frequentemente relacionado às lesões glandulares do colo uterino.

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

A vacina utilizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) é a quadrivalente, com cobertura para os subtipos 6, 11, 16 e 18. Desde 2024, o Ministério da Saúde adotou o esquema de dose única para adolescentes de 9 a 14 anos e recomendou estratégia de resgate vacinal para adolescentes de até 19 anos, 11 meses e 29 dias sem vacinação prévia, conforme disponibilidade de doses.

O SUS também disponibiliza vacinação contra HPV para pessoas imunossuprimidas de 9 a 45 anos, incluindo pessoas vivendo com HIV/AIDS, transplantados e pacientes oncológicos, devido ao maior risco de infecção persistente pelo HPV e desenvolvimento de lesões associadas.

A partir de 2026, a vacinação passou a ser recomendada no SUS para mulheres diagnosticadas com Neoplasia Intraepitelial Cervical de alto grau (NIC 2+) ou Adenocarcinoma in situ (AIS) submetidas a tratamento excisional do colo uterino (LEEP/conização).

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

Situação	Intervenção
Meninas e meninos de 9 a 19 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
Mulheres tratadas por lesões intraepiteliais cervicais de alto grau (NIC 2+ e AIS). Independentemente da idade. No mesmo ano	Três doses (0, 2 e 6 meses).

do procedimento, podendo ser realizada no período perioperatório ou até 12 meses após o tratamento.	
---	--

Fonte: 1-Brasil (2024). 2- Brasil 2021. Brasil 2026

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

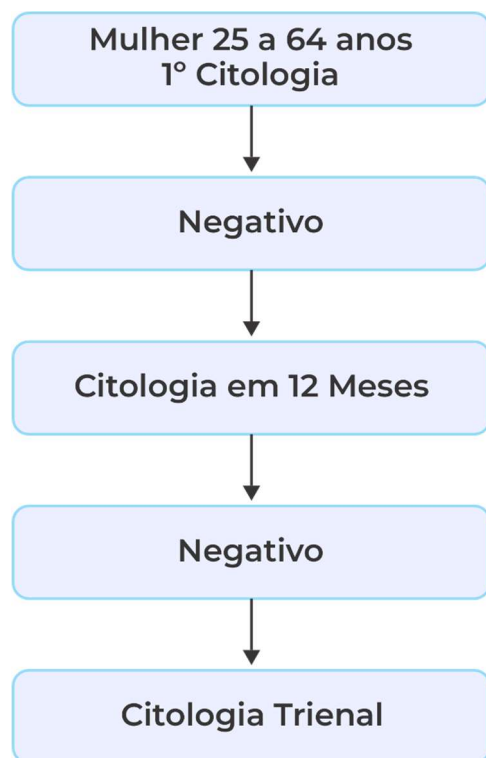
Público-alvo para rastreamento

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*.

Rastreamento em situações especiais

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

Situação	Recomendação
Histerectomizada	- 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	-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	-Deve-se iniciar rastreamento 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	-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	-Não dever ser realizado Papanicolau de rotina

história de atividade sexual com penetração vaginal	-Se condilomatose na genitália externa, é indicativo de exame do colo uterino com o devido cuidado, respeitando a vontade da pessoa
Mulheres na pós menopausa	-Seguir as recomendações de periodicidade para a coleta e faixa etária; -Avaliar indicação de estrogênizar 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

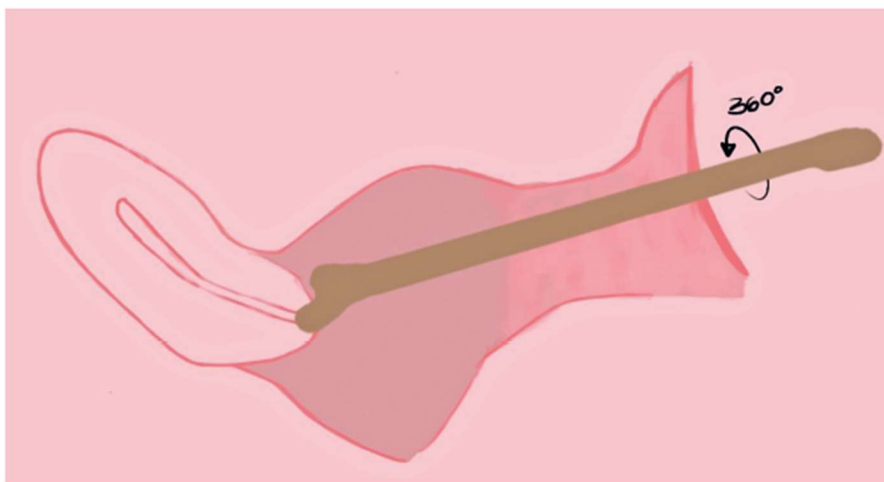
- Examinar a genitália externa, procurando adequar o tamanho do espéculo com as características perineais e vaginais da mulher;
- Utilizar pouco lubrificante;

- Introduzir o espéculo na vagina delicadamente na posição vertical, ligeiramente inclinado, fazendo rotação suavemente de forma que o espéculo fique na posição horizontal, prosiga 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

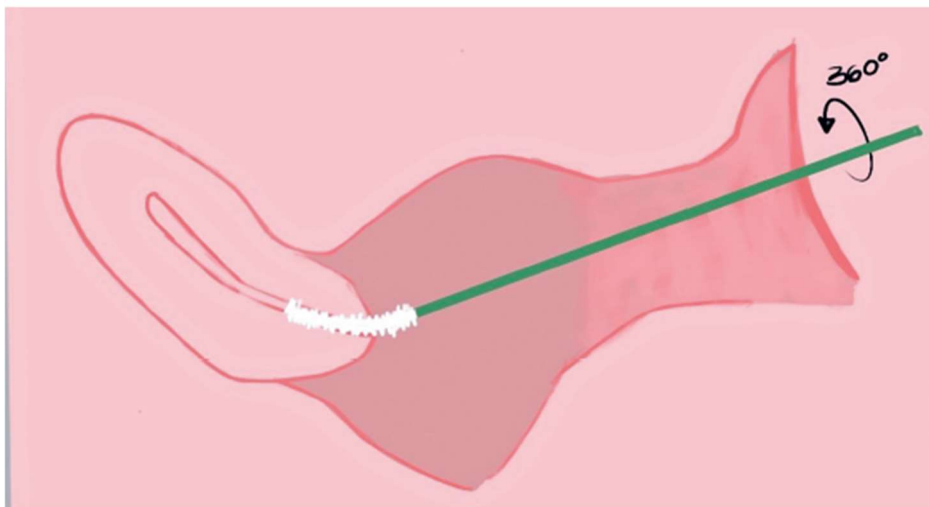


Fonte: Adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023).

Endocérvice

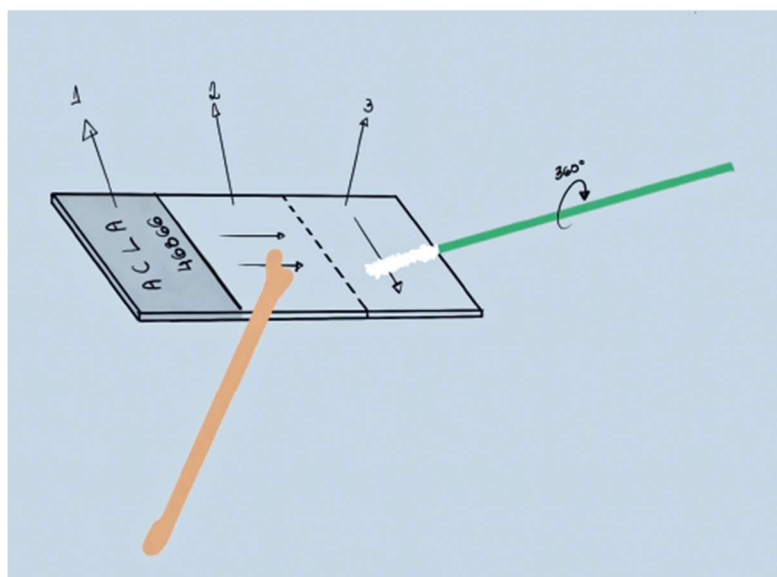
- Usar escova endocervical;
- Introduzir a escova no OEC;
- Fazer movimento giratório suave 360° (vide figura 3);
- Colocar o material da endocérvice na lâmina (figura 4).

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 ≥ 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	-Metronidazol 500mg- 1 comprimido 12/12h por 7 dias -Metronizadol creme vaginal- 01 aplicador a noite, por 7 noites
Tricomonas vaginalis	-Metronidazol 500mg- 1 comprimido 12/12h por 7 dias (tratar parceiro e solicitar teste rápido para outras IST)

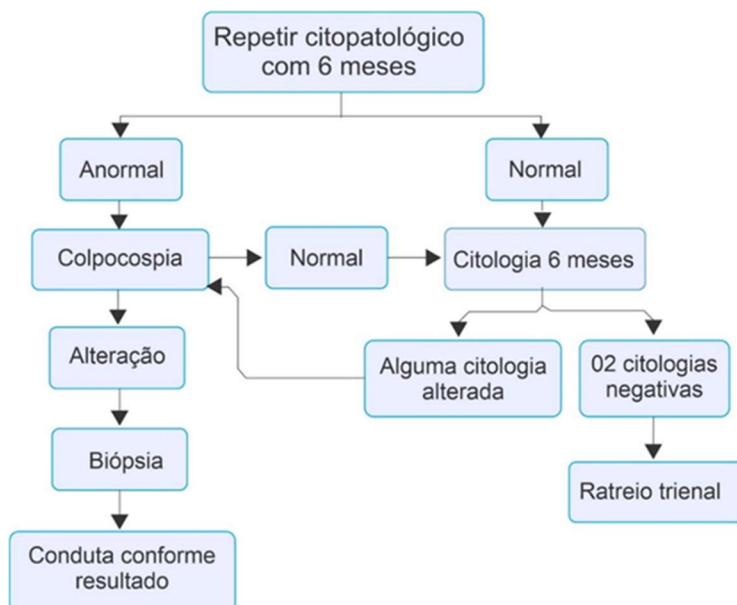
Fonte: própria autora

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.

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



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

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” ou sem outras especificações (SOE)
- Adenocarcinoma endometrial;

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

Quadro 5- Resumo dos resultados citopatológicos e condutas clínicas para o rastreamento de câncer de colo do útero.

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas de significado indeterminado	Possivelmente Não neoplásico (ASCUS)	<25 anos	Repetir CO em 3 anos
		≥25 anos	Repetir CO em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares de significado indeterminado			Encaminhar para colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL)		<25 anos	Repetir CO em 3 anos
		≥25 anos	Repetir CO em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma in situ ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: própria autora

Situações especiais

1. Mulheres com menos de 25 anos

Pelas Diretrizes Brasileiras, a população de mulheres com esta faixa etária não está incluída no rastreio, porém se for realizado 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.

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.

Cirurgião dentista

- Vide protocolo de Manejo Odontológico em Pacientes Oncológico
-

Procedimentos ginecológicos realizados pela AAE

- Colposcopia – Código IDS Maestro (1177)
- Vulvosopia- Código IDS Maestro (1557)
- Biópsia de endométrio- Código IDS Maestro (1558)
- Biópsia de colo, vulva, vagina.
- Exérese de pólipos endocervicais
- 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.

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.

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

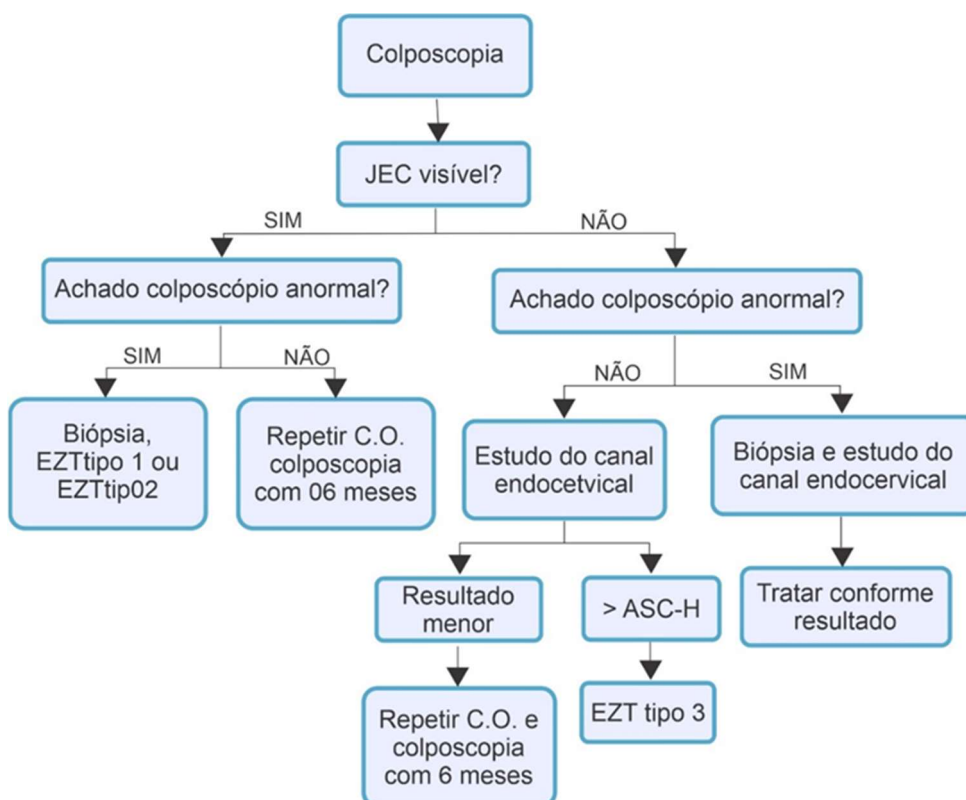
Quando lesão de alto grau, deve-se solicitar exames pré-operatório: hemograma, glicemia de jejum, creatinina e coagulograma; exames de sorologia (pode ser teste rápido): HIV, VDRL, HBsAg e Anti HVC; e encaminhar para conização no setor de ginecologia da Santa Casa.

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 em caso de ASC-H

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



Fonte: PRO.MED-GIN-MEAC.038

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
- LIEBG persistente por 18 meses ou mais em mulheres acima de 25 anos, com JEC visível a colposcopia
-

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
-

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.

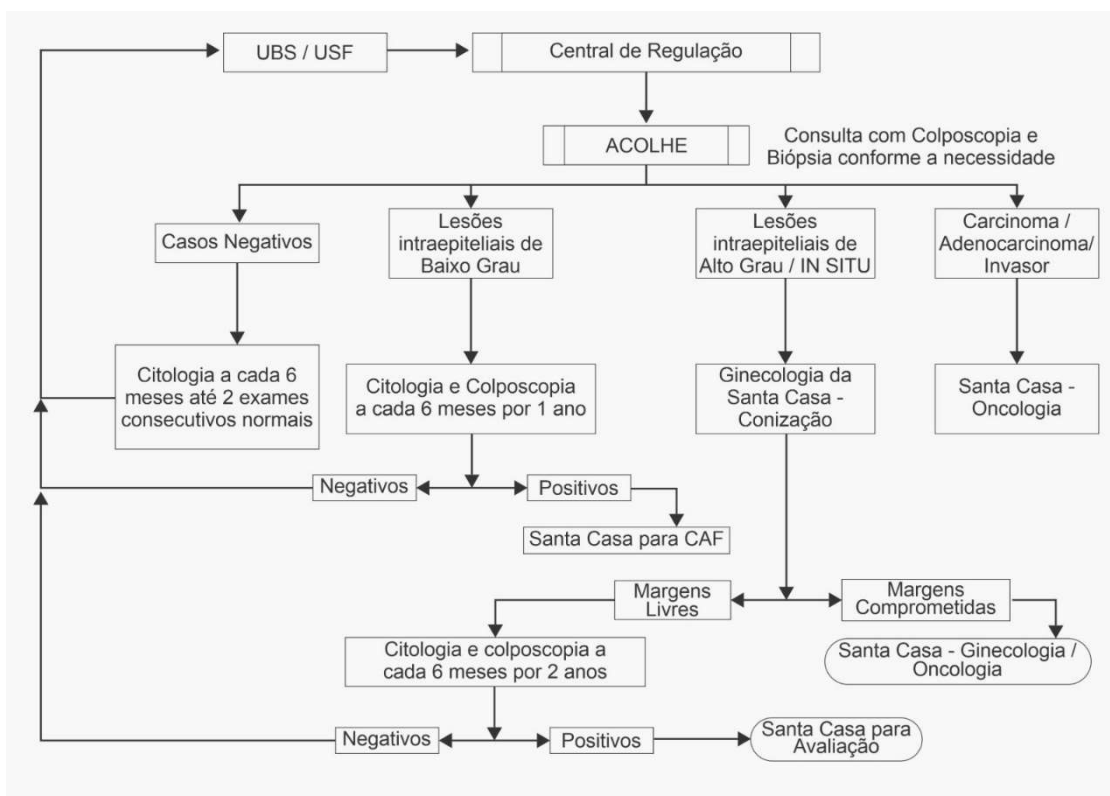
Seguimento após tratamento de HSIL

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. **Todas as pacientes devem receber 3 doses da vacina quadrivalente contra HPV**, independentemente da idade.

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.

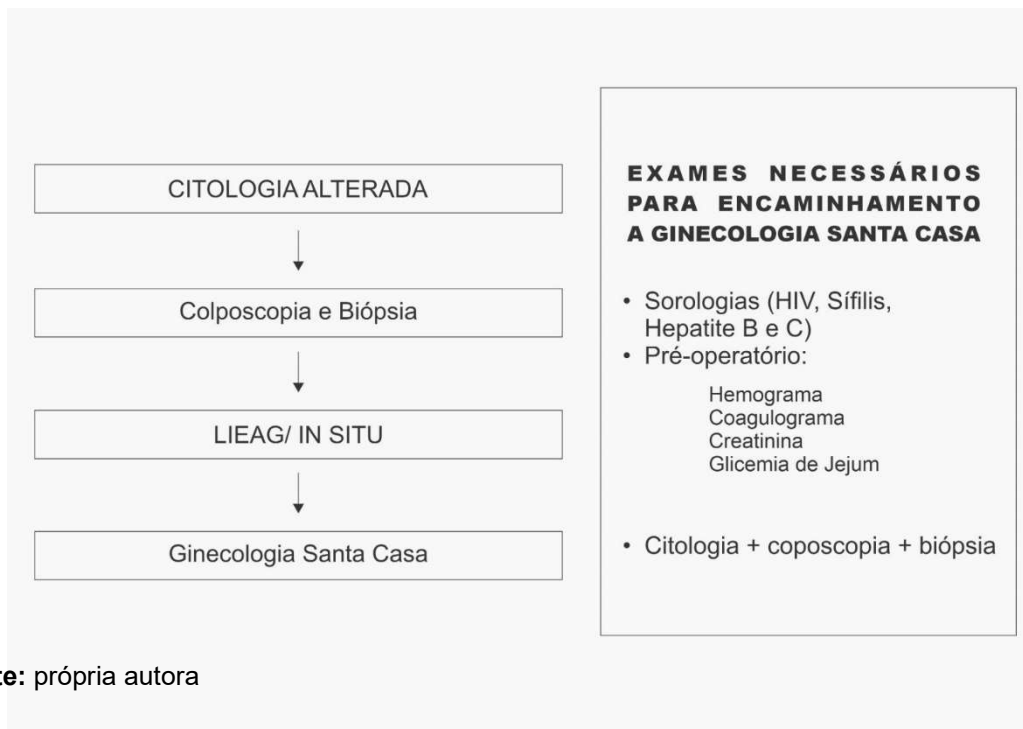
A sociedade americana (ASCCP) recomenda o seguimento com teste de DNA-HPV, 6 meses após o procedimento (e colposcopia se HPV positivo), mas coloca como aceitável o seguimento com citologia e colposcopia, atentando para a importância do escovado endocervical.

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



Fonte: própria autora

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



PARTE III- HOSPITALAR

A parte de cirurgia ginecológica e oncológica é realizada pela Santa Casa de Rio Claro (UNACON). Cirurgias: conizações clássica (a frio) e por CAF (cirurgia de alta frequência), histerectomia ampliada.

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

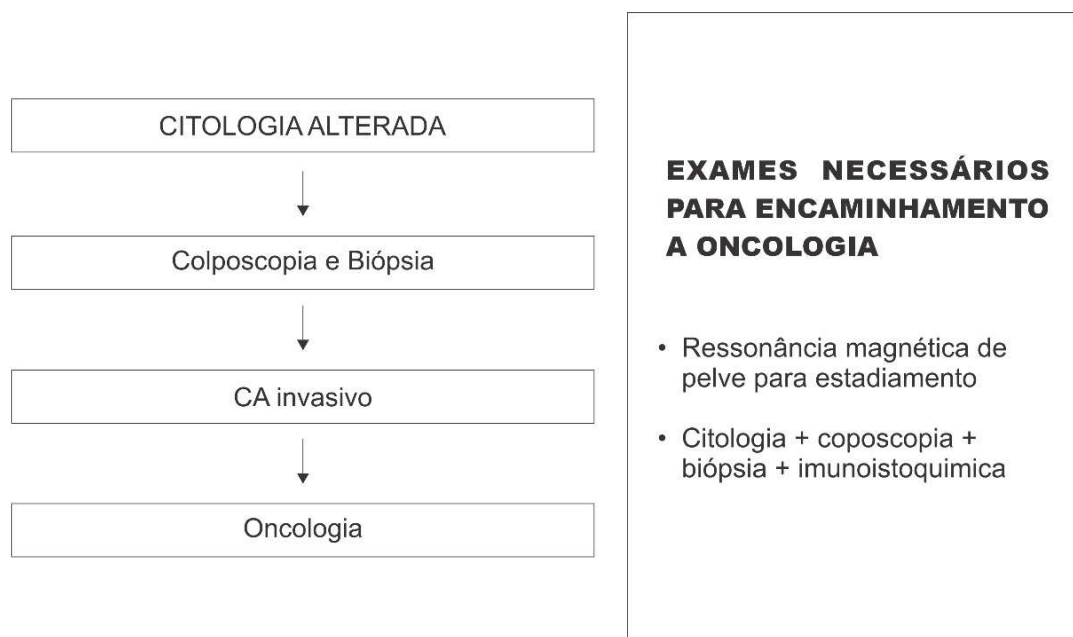
- A avaliação por imagem pode ser usada sempre que os recursos permitirem. Os exames auxiliares no estadiamento são: Ressonância Magnética.

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

Referencias

BORNSTEIN, J. et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 120, n. 1, p. 166-172, 2012. Disponível em: <http://www.ifcpc.org/pt/healthcare-professionals-3/recurso-material/nomenclatura-ifcpc-2011>. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Consulta pública: nomenclatura do exame citopatológico do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: 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. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precocedo-cancer.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Informações sobre câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, [s.d.]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Nota Técnica nº 32/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Nota Técnica nº 41/2024 - CGICI/DPNI/SVSA/MS**: atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_organizacao_acesso_externo=0. Acesso em: 03 jun. 2026.

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.

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.

MASSAD, L. S. et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 121, n. 4, p. 829-846, 2013.

MAYEAUX JUNIOR, E. J.; COX, J. T. **Tratado e atlas de colposcopia moderna**. 3. ed. [S.l.]: ASCCP, 2012.

ROTEIRO para laudo colposcópico do colo, vagina e tratamento excisional do colo uterino. [S.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <http://colposcopia.org.br/files/laudos/roteiro-para-laudo-1180138663.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2026.

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**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2023

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 grosso*

() 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: () Pólio () Condiloma () Úlcera () Endometriose () Esclerose () Leucoplasia

() Outros: _____

5. () Achados Sugestivos de Invasão: _____

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

() Iodo claro/malhado () Não realizado

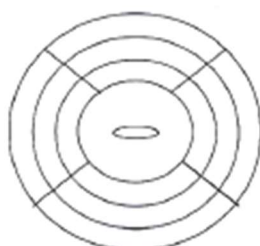
7. Vaginoscopia: _____

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 64 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.

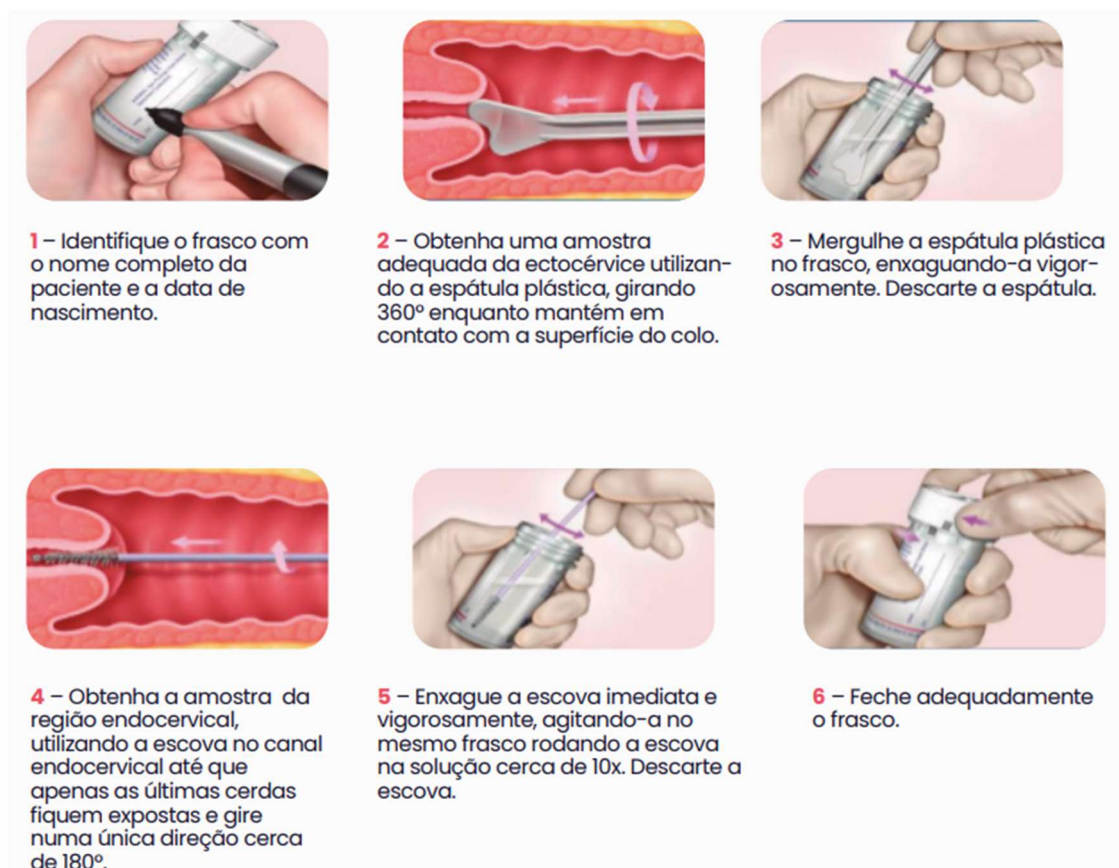
Técnica de rastreamento

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 oncótica. Se HPV não detectado, orientar a repetir a cada 5 anos, se permaneceram assintomáticas. O rastreio não substitui consulta ginecológicas com sintomas.

Nas mulheres submetidas a exame de triagem (citologia oncótica), 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.

Situações especiais

Mulheres com menos de 25 anos

Caso o rastreio 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 precisem 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.

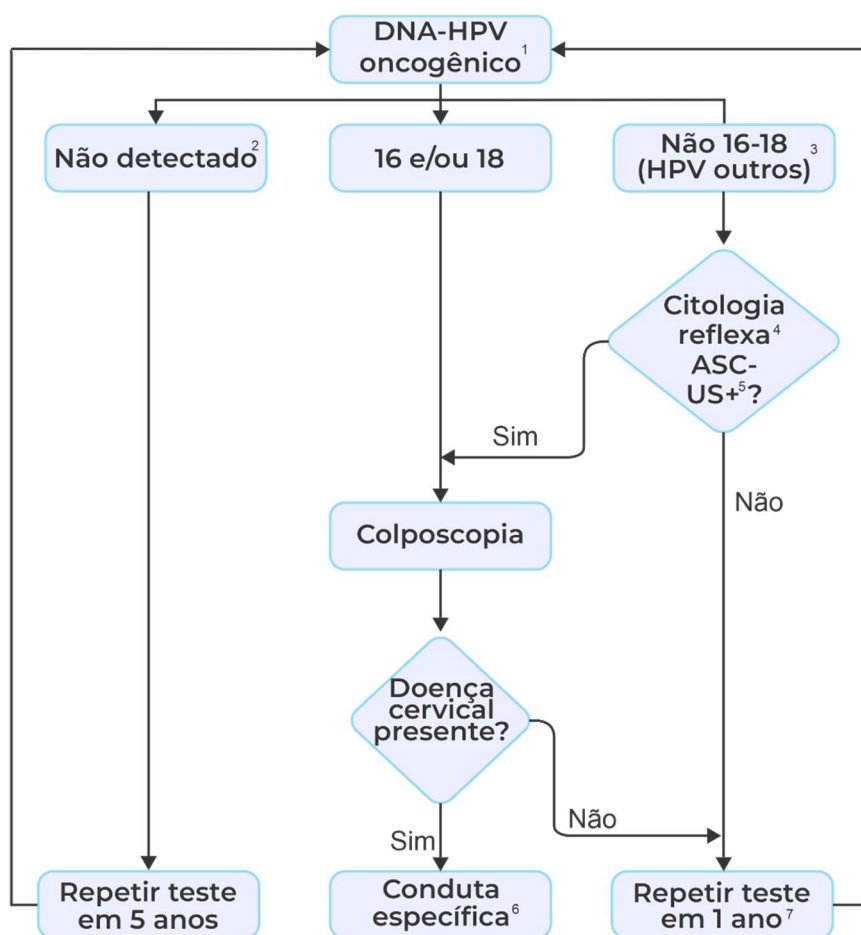
Histectomizada

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

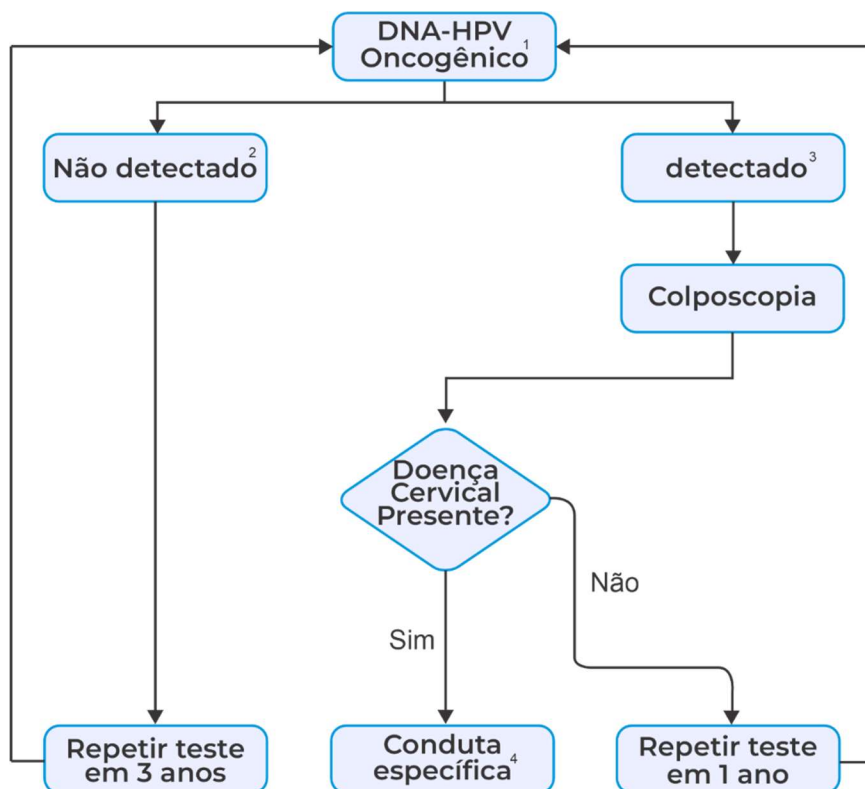
HIV: Iniciar após coitarca, conforme figura abaixo

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 oncológica (teste de triagem), 5-Resultado da citologia alterado (ASCUS, LSIL, HSIL), encaminhar para colposcopia, 6- Conduta específica no ambulatório de especialidades, 7-Se citologia negativa, repetir o DNA HPV em 1 ano.

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.

