



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Diretrizes Brasileiras para o
Rastreamento do Câncer do Colo
do Útero no Brasil

**Sumário Executivo para
a Atenção Básica**

Esta publicação é uma síntese direcionada à Atenção Básica da 2ª edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), do Ministério da Saúde em 2016.

O Sumário Executivo orienta o leitor quanto à força das recomendações e apresenta orientações para a detecção precoce do câncer do colo do útero, com as respectivas recomendações e diretrizes clínicas.

MÉTODO

As novas recomendações foram elaboradas a partir da busca, análise e aplicação, no cenário nacional, de evidências na literatura científica, em coerência com a Lei nº 12.401, de 2011, o Decreto nº 7.508, de 2011, e a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2010).

A revisão e a atualização dos capítulos da versão anterior contaram com a colaboração de especialistas de várias partes do país.

Foram realizadas buscas na literatura nacional e internacional com objetivo de se determinar as melhores evidências sobre o balanço entre riscos e benefícios de cada intervenção. As novas contribuições incorporadas e ratificadas resultaram em um texto que foi submetido à Consulta Pública e posteriormente publicado. Sua versão completa está disponível no site do INCA (www.inca.gov.br).

Força das recomendações

Para caracterização da força das recomendações e níveis de evidência, foram utilizados parâmetros adaptados da U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), nos Quadros 1 e 2. Cada recomendação é seguida por uma letra maiúscula entre parênteses, que denota sua força, baseada no grau de certeza advindo da melhor evidência científica e do julgamento dos participantes sobre os riscos e benefícios envolvidos.

Quadro 1. Força da recomendação

Grau	Definição*	Sugestões para a prática
A	A prática é recomendada. Há alta convicção de que o benefício líquido é substancial	Ofereça ou forneça a prática
B	A prática é recomendada. Há alta convicção de que o benefício líquido seja moderado ou existe moderada convicção de que o benefício líquido é moderado ou substancial	Ofereça ou forneça a prática
C	A prática não é recomendada rotineiramente. Pode haver considerações que embasam a prática para um indivíduo. Existe pelo menos moderada convicção de que o benefício líquido é pequeno	Ofereça ou forneça a prática apenas se outras considerações embasam essa decisão para um indivíduo
D	A prática não é recomendada. Existe moderada ou alta convicção de que a prática não tem benefício líquido ou os danos superam os benefícios	Desencorage o uso dessa prática
I	A evidência atual é insuficiente para avaliar o balanço entre benefícios e danos decorrentes da prática. Não há evidência ou é de baixa qualidade ou conflitante e o balanço entre benefícios e danos recorrentes da prática não pode ser determinado	Leia o texto introdutório contendo evidências obtidas na revisão da literatura que fundamenta a recomendação. Se a prática for oferecida, os pacientes devem entender que existe incerteza do balanço entre benefícios e danos

* A USPSTF define convicção como a "probabilidade de que a avaliação pela USPSTF do benefício líquido de uma prática preventiva é correta". O benefício líquido é definido como o benefício menos o dano da prática quando implementado numa população geral.

Quadro 2. Nível de certeza

Nível de certeza*	Descrição
Alta	A evidência disponível usualmente inclui resultados consistentes de estudos bem desenhados e bem conduzidos em populações representativas dos cuidados aos quais se aplicam. Esses estudos avaliam os efeitos da prática preventiva sobre os desfechos de saúde. Essa conclusão é então improvável de ser fortemente afetada pelos resultados de estudos futuros
Moderada	A evidência disponível é suficiente para determinar os efeitos da prática preventiva sobre os desfechos de saúde, mas a confiança nessa estimativa é limitada por fatores como: <ul style="list-style-type: none">• o número, tamanho ou qualidade dos estudos individuais• inconsistência de achados entre os estudos individuais• limitada possibilidade de generalização dos achados à prática rotineira• falta de coerência na cadeia de evidência À medida que mais informações se tornem disponíveis, a magnitude ou direção do efeito observado pode mudar e essa mudança pode ser grande o suficiente para alterar a conclusão
Baixa	A evidência disponível é insuficiente para avaliar os efeitos nos resultados para a saúde porque: <ul style="list-style-type: none">• número ou tamanho limitados de estudos• importantes limitações nos desenhos dos estudos ou em seus métodos• inconsistência de achados entre os estudos individuais• falhas na cadeia de evidências• falta de informação sobre importantes resultados para a saúde Mais informações podem permitir estimativas de efeitos nos resultados para a saúde

* A USPSTF define convicção como a "probabilidade de que a avaliação pela USPSTF do benefício líquido de uma prática preventiva é correta". O benefício líquido é definido como o benefício menos o dano da prática quando implementado numa população geral.

O uso judicioso dessas recomendações, considerando a experiência do profissional e os valores da paciente, configura uma boa prática médica e deve nortear a tomada de decisão em busca do maior benefício e da melhor qualidade de vida para o maior número de mulheres brasileiras.

RECOMENDAÇÕES PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

1. Periodicidade e população-alvo

Decisões de como rastrear, quem rastrear e quando rastrear o câncer do colo do útero e suas lesões precursoras em populações assintomáticas são complexas e requerem uma análise balanceada e cuidadosa das vantagens e desvantagens para as mulheres. Nesse balanço, deve ser considerada a ansiedade causada na mulher ou as possíveis consequências da abordagem diagnóstica ou terapêutica no futuro obstétrico com um teste alterado. O padrão predominante do rastreamento no Brasil é oportunístico, ou seja, as mulheres têm realizado o exame de Papanicolaou quando procuram os serviços de saúde por outras razões. Assim, há um contingente de mulheres rastreadas em excesso e outro contingente sem qualquer exame de rastreamento.

Periodicidade

Quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu as recomendações que deram origem às normas brasileiras, em 1988, um estudo publicado um ano antes tinha demonstrado que a proteção conferida em até dez anos por um exame prévio negativo era de 58% e, se dois exames fossem negativos, de 80% (evidência alta).

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

População-alvo

A incidência do câncer invasor do colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixa e o rastreamento é menos eficiente para detectá-lo. Por outro lado, o início mais precoce representaria um significativo aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, que apresentam grande probabilidade de regressão, resultando num aumento significativo de colposcopias e na possibilidade de tratamentos desnecessários, o que acarretaria maior risco de morbidade obstétrica e neonatal associado a uma futura gestação. Assim, os riscos do rastreamento indiscriminado em mulheres até 24 anos superam os possíveis benefícios.

Já em mulheres mais maduras, mesmo em países com população de alta longevidade, não há dados objetivos de que o rastreamento seja efetivo após 65 anos.

Recomendações

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos (A).

O início da coleta deve ser aos 25 anos para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual (A). O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado (D). Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B).

Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (B).

2. Situações especiais

Gestantes

Não há restrições para a coleta do exame citopatológico durante a gestação, inclusive com amostra endocervical.

Recomendações

O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal (A).

Mulheres na pós-menopausa

Recomendações

Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres (A). Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta, conforme sugerido adiante [vide Exame citopatológico normal – Resultado indicando atrofia com inflamação] (B).

Mulheres sem história de atividade sexual

Recomendações

Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero (D).

Para outras situações especiais, como mulheres histerectomizadas e imunossuprimidas, consultar a versão completa das diretrizes.

3. Adequabilidade da amostra

Na atual Nomenclatura Citológica Brasileira, a adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória.

Amostra insatisfatória para avaliação

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por fatores de natureza técnica e outros de amostragem celular.

Recomendações

O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório (A).

Amostra satisfatória para avaliação

Recomendações

Esfregaços normais somente com células escamosas em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos (B). Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa [espátula de Ayre] (A).

4. Resultados Citológicos

4.1 Resultado citológico normal, alterações benignas e queixas ginecológicas

Resultado citológico dentro dos limites da normalidade no material examinado

É um diagnóstico completamente normal. A inclusão da expressão “no material examinado” visa a estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido ao exame (evidência alta).

Recomendações

Seguir a rotina de rastreamento citológico (A).

Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas) ou metaplasia escamosa imatura ou indicando reparação

Recomendações

Seguir a rotina de rastreamento citológico (A).

Inflamação sem identificação de agente

Recomendações

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 (A). Seguir a rotina de rastreamento citológico para as mulheres com resultado normal (A). Na ausência de queixa ou evidência clínica de colpíte, não há necessidade de encaminhamento para exame ginecológico, tratamento ou repetição do exame citopatológico (D). O exame citopatológico não deve ser utilizado para diagnóstico dos processos inflamatórios ou infecciosos vaginais (D).

Resultado citológico indicando atrofia com inflamação

Recomendações

Seguir a rotina de rastreamento citológico (A). Na eventualidade do laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal com creme de estrogênios conjugados em baixa dose (0,5 grama de um aplicador, o que contém 0,3 miligrama do princípio ativo) ou estriol vaginal, 1 grama com aplicador vaginal toda noite, durante 21 dias (B). A nova citologia será coletada entre cinco a sete dias após a parada do uso (B).

Nas pacientes com história de câncer de mama ou outras contraindicações, o uso de estrogênios deve ser avaliado individualmente. O esquema recomendado pode ser o mesmo utilizado para as mulheres da população geral, como descrito acima, pelo período máximo de 21 dias (B).

Resultado citológico indicando alterações decorrentes de radiação ou quimioterapia

Recomendações

Seguir a rotina de rastreamento citológico (A). A radioterapia ou a quimioterapia prévias devem ser mencionadas na requisição do exame (A).

Achados microbiológicos

Lactobacillus sp., cocos e outros bacilos.

Recomendações

Seguir a rotina de rastreamento citológico (A). A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital anormal, na presença de agentes patogênicos (*Gardnerella/mobiluncus sp.*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp.*), deve ser abordada conforme diretriz específica (A).

Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa

Recomendações

Seguir a rotina de rastreamento citológico (A). Avaliar indicação de investigação da cavidade endometrial (I).

Situações especiais

Mulheres na pós-menopausa, gestantes e imunodeprimidas com alterações celulares benignas não demandam recomendações especiais.

4.2 Resultados Citológicos Positivos

Resumo das recomendações para a Atenção Básica à Saúde

A seguir, encontra-se o resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de Atenção Básica.

Quadro 3. Recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de Atenção Básica

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para coloscopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para coloscopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para coloscopia
Lesão de baixo grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL)			Encaminhar para coloscopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para coloscopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para coloscopia
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor			Encaminhar para coloscopia

2018 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 4.500 exemplares - 2018

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
 Coordenação de Prevenção e Vigilância
 Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
 Rua Marquês de Pombal, 125
 Centro – Rio de Janeiro – RJ – Cep 20230-240
 Tel.: (21) 3207-5512 | E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Edição

COORDENAÇÃO DE ENSINO
 Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica
 Área de Edição e Produção de Materiais Técnico-Científicos
 Rua Marquês de Pombal, 125
 Centro – Rio de Janeiro – RJ – Cep 20230-240
 Tel.: (21) 3207-5500

Elaboração de conteúdo: Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede.

Edição e Produção Editorial: Christine Dieguez.

Revisão: Rita Rangel de S. Machado, Karen Paula Quintarelli (estagiária de Letras).

Projeto Gráfico e Diagramação: Mariana Fernandes Teles.

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS

Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer
<http://controlecancer.bvs.br/>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**GOVERNO
FEDERAL**