

Unidade 4

Cuidados à mulher na prevenção do
câncer do colo do útero

UNIDADE 4

Cuidados à mulher na prevenção do câncer do colo do útero

Tendo como referência o panorama nacional, esta unidade foca a prevenção do câncer do colo do útero, as recomendações de condutas diante dos possíveis diagnósticos do exame citopatológico do colo do útero. Trata-se de uma patologia com grande potencial de prevenção e cura, se diagnosticada precocemente.

Ao final desta unidade, o profissional deve ser capaz de:

- identificar, na área de abrangência, as ações a serem realizadas na APS para ampliar a cobertura de exames para a detecção precoce do câncer do colo do útero.

Seção 1

Prevenção do câncer do colo do útero

No mundo ocorrem, aproximadamente, 530 mil casos novos de câncer do colo do útero por ano, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma. É responsável por 265 mil óbitos por ano e, ainda, é a quarta causa de morte por câncer em mulheres.

Em 2018, no Brasil, foram esperados 16.370 casos novos, com risco estimado de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres, sendo a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer nas mulheres brasileiras, excluindo os de pele não melanoma (BRASIL, 2019a).

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos. A incidência desse câncer começa a ocorrer a partir da faixa etária de 25 a 29 anos. No entanto, o pico de incidência (maior risco) ocorre entre 45 a 50 anos. No Brasil, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte, onde ocorre também a maior incidência de mortalidade por esse câncer; ocupa a segunda posição nas regiões Centro-Oeste e Nordeste; é o terceiro mais incidente na região Sudeste e ocupa a quarta posição na região Sul (BRASIL, 2019a).

Sem considerar o câncer da pele não melanoma, esse tipo de câncer é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, se o diagnóstico ocorrer precocemente.

Embora a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) seja considerada o principal fator precursor do câncer de colo do útero, ele por si só não representa uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia. Desse modo, é necessário um conjunto de fatores, entre eles: o tipo e a carga viral, a ocorrência de infecção única ou múltipla, além de fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a principal e mais ampla estratégia de rastreamento adotada para o controle do câncer do colo do útero no Brasil e no mundo.

1.1 Periodicidade do rastreamento do câncer do colo do útero e população-alvo

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e das lesões precursoras é o exame citopatológico ou citologia oncológica ou, ainda, o exame preventivo, nome com o qual é conhecido popularmente. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, as próximas coletas devem ser realizadas a cada três anos.

O intervalo de idade preconizado para o rastreamento com a coleta do exame citopatológico é de 25 a 64 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. É consenso que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença, que é a presença de infecção persistente pelo HPV de alto risco (oncogênico), sendo os mais prevalentes os tipos 16 e 18. 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 e, se ambos os resultados forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2016).

Situações especiais em que os exames citopatológicos devem ser realizados:

- **Gestantes:** seguir as mesmas recomendações de periodicidade da coleta e faixa etária como as demais mulheres.
- **Mulheres na pós-menopausa:** devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Caso necessário, usar estrogênio antes da realização da coleta (deve ser utilizado creme de estrogênios conjugados por via vaginal em baixa dose (0,5 g de um aplicador, o que contém 0,3 mg do princípio ativo) ou estriol vaginal 1 g, com aplicador vaginal, à noite, durante 21 dias. A coleta deve ser feita entre cinco a sete dias após a parada do uso do creme vaginal. Nas mulheres com história de câncer de mama ou outras contraindicações ao uso do estrogênio devem ser avaliadas individualmente.
- **Histerectomizadas:** mulheres submetidas a histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia ou diagnóstico de tratamento de lesões de alto grau, não precisam ser rastreadas, desde que os exames anteriores sejam normais. No entanto, em caso de histerectomia por lesão precursora do câncer do colo do útero, a mulher deve ser acompanhada de acordo com a lesão que foi tratada.
- **Mulheres sem história de atividade sexual:** não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.

- **Imunossuprimidas:** o exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto a imunossupressão permanecer. Mulheres HIV positivo, com contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células/mm³, devem ser rastreadas a cada seis meses.

1.2 Coleta do material para o exame citopatológico

A coleta deverá ser feita com a espátula de Ayre. Caso a junção escamocolunar não seja atingível pela espátula, utilizar também a escova endocervical. A dupla coleta (espátula/escova) constitui-se na melhor opção para o exame. É importante manter o registro dos dados referentes à coleta em um livro – data da coleta, data de nascimento, nome da mulher, número de prontuário, número de identificação do frasco e o resultado do teste de Schiller e do laudo citopatológico do colo do útero. Para o controle das datas de retorno das usuárias, é importante organizar um arquivo rotativo, com uma ficha espelho que contenha dados básicos. Esse arquivo permite o agendamento nos prazos recomendados e a busca ativa das mulheres pelos agentes comunitários de saúde, em caso de esquecimento do dia aprazado, por parte delas.

1.3 Nomenclatura do exame citopatológico e adequabilidade da amostra

A nomenclatura utilizada para a leitura e interpretação do exame citopatológico do colo do útero foi sendo modificada.

O conhecimento e entendimento dessa nomenclatura é importante para a comunicação entre os profissionais e o estabelecimento de condutas clínicas no diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências (Quadro 11).

Quadro 11 - Nomenclatura citopatológica e correspondência histopatológica (biópsia) e suas equivalências – interpretação do exame citopatológico do colo do útero

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Sistema de Bethesda	Classificação citopatológica brasileira (2006) – utilizada atualmente
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve Displasia moderada e acentuada	NIC I NIC II e NIC III	LSIL HSIL	LSIL HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fonte: BRASIL, 2016bb. p.26.

OMS: Organização Mundial de Saúde; NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical; LSIL: *Low-grade intraepithelial lesion* ou lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; HSIL: *High-grade intraepithelial lesion* ou lesão intraepitelial escamosa de alto grau; AIS: Adenocarcinoma *in situ*.

O profissional da saúde, ao receber o resultado do exame citopatológico do colo do útero, precisa avaliar a adequabilidade da amostra para estabelecer o seguimento de acordo com os protocolos vigentes. Na nomenclatura brasileira atual, a adequabilidade da amostra é definida como “satisfatória” ou “insatisfatória”. A interpretação é da seguinte forma:

- **Amostra insatisfatória para avaliação:** são aquelas cuja leitura pelo citopatologista foi prejudicada por natureza técnica, material acelular ou hipocelular, presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos, superposição celular ou outra causa.

- **Amostra satisfatória para avaliação:** são aquelas cujas células são representativas em quantidade, bem distribuídas, bem fixadas e coradas, permitindo conclusão diagnóstica.
- **Células presentes na amostra:** podem estar presentes células escamosas, células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas. A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC) é considerada como indicador de qualidade de boa coleta, local onde se situa a maioria dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 2016ba; BRASIL, 2016bb).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016ba) recomenda que, em caso de esfregaços normais somente com células escamosas de mulheres com colo do útero presente, o exame deve ser repetido com intervalo de um ano; após dois exames normais consecutivos, o intervalo deve ser de três anos. Para garantir representação celular do epitélio do colo do útero, deve-se, preferencialmente, colher o exame do canal endocervical com escova apropriada e, na ectocérvice, com a espátula tipo ponta longa.

1.4 Recomendações preconizadas diante do resultado citopatológico anormal

Após a coleta do exame citopatológico do colo do útero, é importante a interpretação pelo profissional para que o seguimento da pessoa seja adequado, conforme recomendações a serem seguidas nos serviços de atenção primária (Quadro 12).

Quadro 12 - Conduta inicial diante de resultados de exames citopatológicos alterados

Diagnóstico citopatológico do colo do útero		Recomendações	
		Faixa etária	Conduta inicial
I - Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance)	a - Possivelmente não neoplásicas (ASCUS)	25 anos	Repetir a citologia em três anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em três anos
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 12 meses
	b - Não é possível afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia	
II - Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	a - Possivelmente não neoplásicas b - Não é possível afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia	
III - Células atípicas de origem indefinida (AOI)	a - Possivelmente não neoplásicas b - não é possível afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia	
IV - Lesão de baixo grau (Low-grade squamous intraepithelial lesion - LSIL)		25 anos	Repetir a citologia em três anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em seis meses
V - Lesão de alto grau (HSIL)		Encaminhar para colposcopia	
VI - Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para colposcopia	
VII - Carcinoma escamoso invasor		Encaminhar para colposcopia	
VIII - Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor		Encaminhar para colposcopia	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016bb, p.31.

Se houver necessidade de encaminhamento da mulher para a atenção secundária e/ou terciária, com resultado citopatológico alterado após diagnóstico e tratamento, a paciente deve retornar para a atenção básica com relatório de contrarreferência, contendo resumo da história clínica, diagnóstico e tratamento realizados com orientação de como deve ser o seguimento pelos profissionais da atenção primária.

PARA SABER MAIS, LEIA

a) os parâmetros técnicos do Ministério da Saúde que fundamentam as condutas para ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) e as condutas para LSIL Low-grade squamous intraepithelial lesion (página 69).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede – 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2016c. 114p.: il. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/parametros-tecnicos-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama>.

b) os quadros com os esquemas de todas as condutas e procedimentos para o rastreamento do câncer do colo do útero e as atribuições de cada profissional da Equipe Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 173 e 180 a 184. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

