

Normas e Recomendações do Instituto Nacional de Câncer/MS

The Brazilian National Cancer Institute - Norms and Recommendations

RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO CÓLO DO ÚTERO NO BRASIL

Basic Recommendations for Cervix Cancer Control in Brazil

Introdução

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem naquelas com menos de 30 anos. Essas características, somadas à existência de um método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo, o exame citopatológico, torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais, justificando os esforços para se atingir, prioritariamente, essa faixa etária nos programas de rastreamento em massa (WHO, 1998).

São considerados fatores de risco de câncer do colo do útero a multiplicidade de parceiros e história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro); a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais (Pontén et al, 1995).

Atualmente, considera-se que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) representa o principal fator de risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero. Estudos que utilizam métodos de hibridização têm demonstrado que mais de 90% dos casos podem ser atribuídos a alguns tipos de HPV (Muñoz, 1997; Walboomers et al, 1999), sendo o HPV 16 o responsável pela maior proporção de casos (50%), seguido do HPV 18 (12%), HPV 45 (8%) e o HPV 31(5%). Sugere-se

que o modelo de associação entre HPV e câncer do colo do útero assemelha-se ao existente entre o tabagismo e o câncer de pulmão (Sanjosé, 1997).

Outra característica marcante do câncer do colo do útero é a sua consistente associação em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social, (Sanjosé, 1997). É nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso a rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços, e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros.

De forma geral, o câncer do colo do útero corresponde a cerca de 15% de todos os tipos de câncer femininos, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo. Em alguns países em desenvolvimento é o tipo mais comum de câncer feminino, enquanto que em países desenvolvidos chega a ocupar a sexta posição (WHO, 1998). Na América Latina e no Sudeste Asiático, as taxas de incidência são geralmente altas, enquanto na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste Europeu são consideradas baixas (Figura 1).

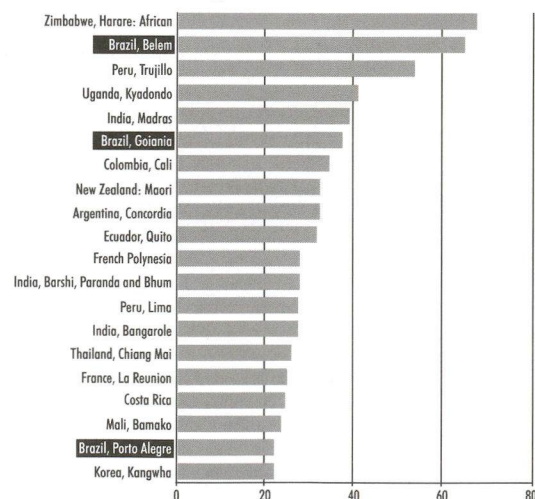
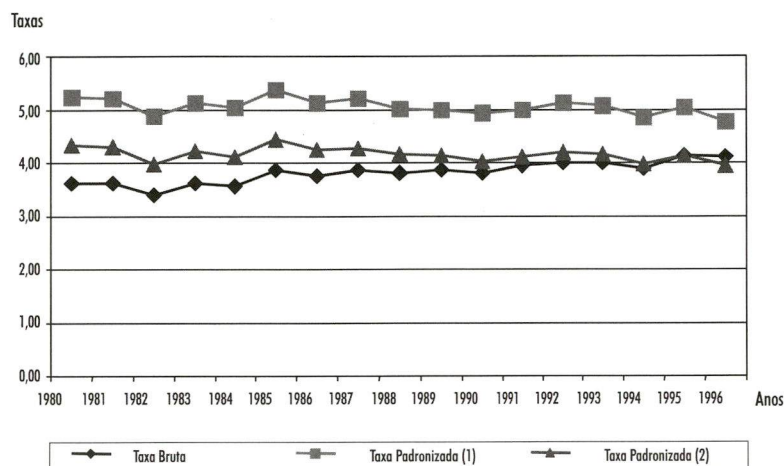


Figura 1 - Incidência do câncer do colo do útero nos cinco continentes

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citopatologia para a detecção precoce do câncer do colo do útero, aqui as taxas de mortalidade continuam elevadas. Historicamente, permaneceram relativamente estáveis desde 1985, tendo sido, em 1997, de 4,23/100.000 (Ministério da Saúde, 2000). Para o ano 2000, as taxas brutas de mortalidade e incidência estimadas são, respectivamente, de 4,25/100.000 e 20,48/100.000.

A Figura 2 apresenta a evolução ao longo de 16 anos (1980 – 1996) das taxas brutas e padronizadas de mortalidade por 100.000 mil habitantes por câncer do colo do útero, no Brasil, observando-se que a curva se mantém praticamente constante.



- (1) População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1996).
- (2) População Padrão Brasileira da Recontagem Populacional de 1996 (IBGE).

Fonte: SIM/DATASUS/ INCA /MS; IBGE.

Figura 2 – Taxas brutas e padronizadas de mortalidade por 100.000 habitantes por câncer do colo do útero no Brasil - 1980-1996.

Quanto ao estágio do tumor no momento do diagnóstico, o Quadro 1 mostra que nos hospitais considerados, mais de 70% das pacientes, entre

aquelas cujos prontuários registram o estágio, apresentam-se em fase avançada da doença, o que limita, em muito, a possibilidade de cura.

Quadro 1 - Distribuição dos casos de câncer do colo do útero segundo o estadiamento.

Hospital	Região do Brasil	Ano do diagnóstico	Estádio (%) (0-I)	Estádio (%) (II – III- IV)
I. Ofir Loiola	Norte	1994	29,4	54,4
H. Aristides Maltez	Nordeste	1994	9,7	85,3
H. do Câncer I	Sudeste	1994	19,3	64,7
H. Erasto Gaertner	Sul	1994	12,8	51,3
H. Araújo Jorge	Centro-oeste	1991	25,2	70,1

Fonte: Registros Hospitalares de Câncer.

Outra dificuldade encontrada refere-se à cobertura da população feminina de risco. Segundo pesquisa realizada pelo IBOPE, em 1994, apenas 30% das mulheres submeteram-se ao exame citopatológico pelo menos três vezes na vida. Esta taxa não pode ser considerada como cobertura, já que não se sabe quando foi o último exame, mas pode-se aceitá-la como um parâmetro, até que outras pesquisas regionais e nacionais sejam realizadas. Essas pesquisas serão fundamentais para a avaliação do impacto das ações empreendidas.

Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

Durante muitos anos a realização do exame citopatológico, no Brasil, ocorreu fora do contexto de um programa organizado, não havendo qualquer mecanismo que estimulasse a procura e garantisse o acesso das mulheres aos serviços de saúde, especialmente daquelas que se encontravam sob maior risco de desenvolver o câncer do colo do útero. Urgia, portanto, a necessidade da estruturação de um Programa, isto é, de um conjunto de métodos e medidas contínuas capazes de controlar essa doença.

A partir da Conferência Mundial Sobre a Mulher, ocorrida na China, em 1995, o Governo Brasileiro passou a investir esforços na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero. Em 1997 e 1998, o Instituto Nacional de Câncer coordenou o projeto piloto “Viva Mulher,” em cinco municípios (Belém, Curitiba, Distrito Federal, Recife e Rio de Janeiro) e no estado de Sergipe, com o objetivo de fazer uma avaliação geral das estratégias até então utilizadas no Brasil e testar a viabilidade da execução de um programa organizado, considerando-se as diferenças sócioeconômicas e epidemiológicas regionais (INCA/Ministério da Saúde, 1996). Na ocasião, as bases para o planejamento e a articulação gerencial das etapas de um Programa (recrutamento, coleta, exame citopatológico, tratamento e avaliação), bem como a definição de normas técnicas e a introdução do “Ver e Tratar” (tratamento ambulatorial imediato das lesões precursoras do câncer - NIC, por técnica cirúrgica de alta frequência à realização da colposcopia) foram consolidados.

A experiência obtida com o “Viva Mulher” permitiu que em agosto de 1998 fosse dado o primeiro passo para a expansão nacional do Programa de Controle do

Câncer do Colo do Útero. Essa fase representou uma intensificação das ações de prevenção e ocorreu em um período de 48 dias (18 agosto a 30 de setembro), tendo como grupo alvo as mulheres de 35 a 49 anos que nunca se submeteram a exame preventivo. No entanto, em função da grande mobilização nacional gerada, essa população foi ampliada para outras faixas etárias. As ações foram coordenadas pela Secretaria de Políticas de Saúde e Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, em parceria com as 27 Secretarias de Estado da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Sociedades Científicas e organizações não governamentais (Rede de Defesa da Espécie Humana, Forças Armadas, Sociedade Brasileira de Patologia, Sociedade Brasileira de Citopatologia, Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, Associação Brasileira de Enfermagem, Fundação Ary Frauzino para a Pesquisa e Controle do Câncer e Empresa de Correios e Telégrafos).

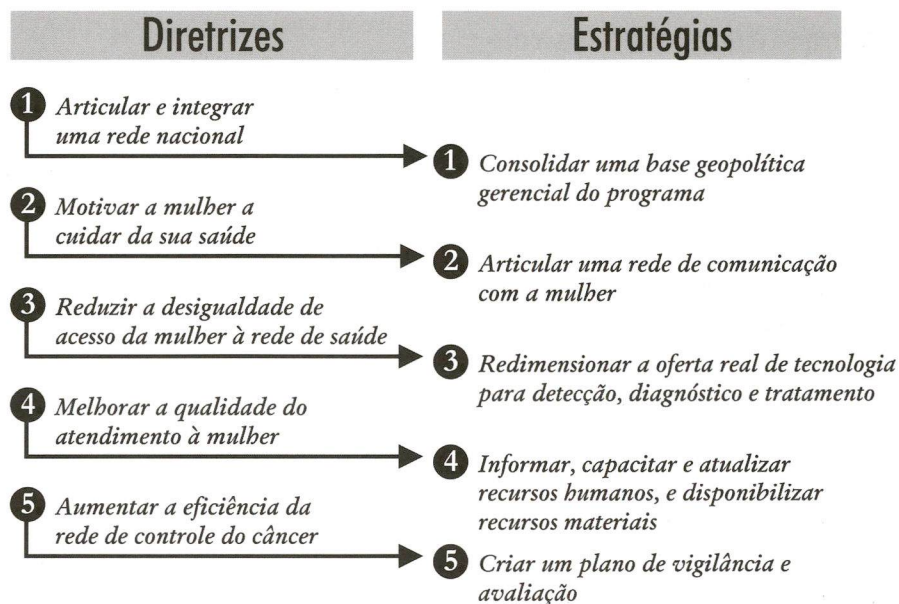
Participaram da fase de intensificação 98% dos municípios brasileiros (5.389), sendo realizados 3.177.740 exames citopatológicos, conforme dados do sistema SIA/SUS, o que equivaleu a mais de 50% do total de exames realizados durante o ano de 1997, que somaram 6.334.265. Foram registrados no Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO, 60.662 exames que apresentaram algum tipo de alteração. Desses, 48.537 (80%) apresentaram positividade para lesões de baixo risco de evolução para câncer (Neoplasia Intraepitelial Cervical - NIC I / Vírus do Papiloma Humano - HPV) ou foram classificadas como ASCUS (atipias de significado indeterminado em células escamosas) ou AGUS (atipias de significado indeterminado em células glandulares); 12.125 exames apresentaram positividade para câncer ou lesões precursoras de alto risco de evolução para câncer tais como NIC II ou NIC III, necessitando de colposcopia com biópsia para confirmação do diagnóstico e definição de condutas.

Ao Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero associou-se o planejamento do controle do câncer de mama, constituindo o VIVA MULHER - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama. Este Programa vem sendo estruturado com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e o tratamento

e reabilitação das mulheres. Desta forma, as diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Com relação ao controle do câncer do colo do útero contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico; a garantia do tratamento adequado

da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos, e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas diferentes etapas do Programa. Além disso, a capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede assistencial para o controle do câncer. O Quadro 2 apresenta as diretrizes e estratégias utilizadas.

Quadro 2 - Diretrizes e Estratégias do Viva Mulher



A seguir, descrevem-se as recomendações básicas para o controle do câncer do colo do útero e que resultaram de um processo de discussão, aprendizado e consenso conduzido pelo INCA/MS e desenvolvido conjuntamente com as sociedades científicas (Sociedade Brasileira de Patologia, Sociedade Brasileira de Citopatologia e Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia).

a. População-alvo do Programa

Toda mulher que tem ou teve vida sexual ativa deve submeter-se ao exame citopatológico. No entanto, sem deixar de garantir o acesso ao exame a todas as mulheres, o Programa orienta que os esforços das ações de comunicação social para captação e motivação das mulheres sejam dirigidos às da faixa etária de maior risco, ou seja, entre 35 e 49 anos e, em especial, àquelas que nunca se submeteram ao exame citopatológico.

b. Periodicidade do exame citopatológico

A periodicidade recomendada é a realização de um exame citopatológico a cada três anos, após a realização de dois exames anuais consecutivos com resultados negativos, ou seja, exames que não apresentaram alterações neoplásicas malignas (Ministério da Saúde, 1988). Esta periodicidade é considerada ideal, porém o Programa teve como objetivo inicial a realização de pelo menos um exame citopatológico em cada mulher pertencente à população-alvo e, após isso, repetir o exame citopatológico naquelas que já se submeteram a pelo menos um exame. Assim, durante a Fase de Intensificação, a recomendação depois de um exame citopatológico negativo foi a sua repetição após 3 anos, de modo que, com a continuidade do Programa, fosse conseguido o aumento da cobertura do exame citopatológico no prazo de 3 anos e, então, iniciada a repetição periódica das coletas entre as mulheres.

c. Cuidados prévios à coleta do material cervical

- Não ter relações sexuais até 48 horas antes da coleta.
- Não usar duchas ou medicação vaginais até 48 horas antes da coleta.
- Não ter se submetido a exames intravaginais, como por exemplo, ultra-sonografia, nas 48 horas que antecedem o exame.
- Não estar em período menstrual, já que o sangramento pode mascarar o resultado do exame.

A inobservância dessas recomendações poderá interferir nos exames, levando a resultados falsos negativos.

d. Coleta do material cervical

O Programa tem preconizado a padronização de condutas para todo o território nacional, visando a um melhor controle de qualidade dos procedimentos e uma maior eficácia na cobertura da população a ser examinada. A qualidade da coleta, portanto, é muito importante para o êxito do diagnóstico, e sua execução não se resume ao procedimento em si, mas em um processo que vai desde o correto preenchimento dos dados individuais no formulário de requisição do exame e organização do material necessário para o procedimento, até o envio ao laboratório do material coletado.

Assim, o primeiro passo, quando a mulher apresenta-se para a coleta, é o adequado preenchimento do formulário de requisição do exame citopatológico do Programa, que contempla informações pessoais e médicas. O preenchimento dos dados pessoais, correto e com letra legível, faz-se imprescindível tanto para o pagamento do exame, como para a identificação e busca ativa da mulher. São exigidos os seguintes dados:

- nome e apelido;
- nome da mãe;
- data do nascimento ou idade;
- endereço completo e, se caso existir, ponto de referência;
- número identificador da Unidade de Saúde e, num futuro próximo, o número identificador personalizado da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS).

O preenchimento correto desses dados permitirá a identificação e a localização das mulheres cujo exame teve resultado positivo e que não retornaram à Unidade de Saúde para dar continuidade às condutas subseqüentes; fato esse observado com frequência em todo o Brasil, principalmente entre as mulheres de baixa renda, que são as mais vulneráveis aos riscos de desenvolver o câncer do colo do útero.

Antes de iniciar o exame, a mulher é orientada a ir ao banheiro, esvaziar a bexiga e vestir um avental apropriado. O profissional de saúde conversa com a mulher, preparando-a psicologicamente para o exame, confere os dados pessoais preenchidos anteriormente e colhe dados referentes ao exame citopatológico anterior (caso já tenha sido realizado), uso de hormônios ou DIU, gravidez e realização de radioterapia pélvica prévia. Além disso, confirma se ela está em condições de se submeter ao exame, ou seja, se está fora do período menstrual, pois a presença de sangue dificulta a leitura da lâmina e pode tornar o esfregaço inadequado para o diagnóstico citopatológico. Caso haja sangramento fora do período menstrual, registra o fato no formulário, e procede ao exame especular, pois o mesmo pode detectar alterações no colo do útero e indicar a fonte do sangramento. Neste artigo não abordaremos os procedimentos referentes ao preparo do material necessário para a coleta, realização e confecção do esfregaço, que estão contidos em um Manual apropriado, em fase de publicação.

Padronização dos Laudos Citopatológicos

Os resultados citopatológicos são emitidos segundo a CLASSIFICAÇÃO MS/SBC, que permite estabelecer parâmetros de comparabilidade, em âmbito nacional, e foi definida pelo Ministério da Saúde, por intermédio do seu Instituto Nacional de Câncer, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Citopatologia, em 1993. O Quadro 3 mostra a correspondência entre as diferentes nomenclaturas para os laudos da citopatologia oncológica (Papanicolaou).

OMS (1952-1973)	RICHART (1968)	BETHESDA (1988)
Displasia Epitelial Leve _____	NIC I _____	LIE de Baixo Grau / HPV
Displasia Epitelial Moderada _____	NIC II _____	LIE de Alto Grau
Displasia Epitelial Acentuada _____	NIC III _____	LIE de Alto Grau
Carcinoma in situ _____	NIC IV _____	LIE de Alto Grau

NIC = Neoplasia intraepitelial cervical

LIE = Lesão intraepitelial escamosa

1. Quanto ao laudo emitido

De acordo com a classificação MS/SBC, o laudo deve conter a avaliação e o registro da adequação da amostra, classificando-a em:

- satisfatória;
- satisfatória, mas limitada por (indicar motivos);
- insatisfatória (indicar motivos).

A amostra é classificada de **satisfatória**, quando preenche os seguintes requisitos:

- identificação correta na requisição e lâminas;
- informações clínicas relevantes (constante da requisição de exame citopatológico);
- células escamosas bem preservadas e em quantidade adequada (aproximadamente 300 células);
- componentes endocervical ou da zona de transformação (células metaplásicas escamosas) adequados em mulheres que tenham colo - no mínimo 2 agrupamentos de células glandulares endocervicais ou metaplásicas escamosas, compostos de pelo menos 5 células bem preservadas.

A amostra é classificada de **satisfatória, mas limitada por**, quando não preenche alguns requisitos:

- faltam informações clínicas pertinentes (requisição de exame citopatológico);
- esfregaço purulento, obscurecido por sangue, áreas espessas, artefatos por dessecação ou contaminantes, que impeçam a interpretação de aproximadamente 50% a 70% das células epiteliais;
- ausência ou escassez de células endocervicais ou metaplásicas representativas da junção escamo-colunar (JEC) ou da zona de transformação.

A amostra é classificada como **insatisfatória**, quando não preenche os requisitos:

- ausência de identificação na lâmina ou requisição;
- lâmina com qualidade inaceitável (quebrada, com material mal preservado);
- componente epitelial escamoso escasso, em que as células bem preservadas cobrem menos de 10% de superfície da lâmina;
- esfregaço totalmente obscurecido por sangue, inflamação, áreas espessas, má fixação, dessecação, contaminantes etc, que impeçam a interpretação de mais de 75% das células epiteliais.

2. Quanto ao diagnóstico citopatológico

As categorias gerais obtidas como resultado da citopatologia são duas:

- dentro dos limites da normalidade;
- alterações em células epiteliais, incluindo-se as de caráter benigno (alterações celulares benignas), aquelas de caráter incerto, e as associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos.

A citopatologia **dentro dos limites da normalidade** apresenta células típicas, sem alterações de qualquer natureza. O laudo citopatológico com **alterações celulares benignas** deve assinalar, nos campos adequados, as alterações encontradas:

- a) *sejam alterações reativas ou reparativas* - inflamação; metaplasia escamosa; reparação; atrofia com inflamação; radiação; outros (especificar).
- b) *sejam alterações referentes à microbiologia* - Lactobacilos; Cocos; Bacilos; sugestivo de Chlamídia sp, Actinomyces sp, Candida sp, Vírus do grupo Herpes, Tri-

chomonas vaginalis, Gardnerella vaginalis, outros (especificar).

As outras alterações em células epiteliais, compreendem as seguintes categorias:

- a) em células escamosas - atipia de significado indeterminado (ASCUS); efeito citopático compatível com HPV; NIC I (displasia epitelial leve); NIC II (displasia epitelial moderada); NIC III (displasia epitelial acentuada/Carcinoma *in situ*); Carcinoma escamoso invasor;
- b) em células glandulares - atipia de significado indeterminado (AGUS); Adenocarcinoma *in situ*; Adenocarcinoma invasor;
- c) outras neoplasias malignas (especificar);
- d) especificar a presença ou ausência de células endometriais.

Conduas Clínicas

1. Conduta clínica de acordo com o resultado do exame citopatológico

a) Amostra insatisfatória

Repetir a coleta, já que não foi possível a avaliação do material enviado. Deve estar justificado no resultado do exame o porque do laudo de amostra insatisfatória.

b) Sem células anormais / alterações celulares benignas

São considerados negativos os exames que não apresentam alterações neoplásicas malignas. Assim, estão aqui incluídos os exames sem células anormais e aqueles com alterações celulares benignas (por exemplo: inflamação). A técnica de coloração para citopatologia permite, também, identificar a microbiologia vaginal nos esfregaços, porém, isto nem sempre significa processo infeccioso, sendo necessário para tal que a estrutura celular apresente reações que caracterizem a infecção. Caso seja detectado algum processo infeccioso, pelo exame clínico ou pelo exame citopatológico, este deve ser tratado de acordo com a etiologia e segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde. Caso este seja o primeiro exame realizado, ele deve ser repetido após um ano. Se o resultado do segundo exame continuar negativo, ele deverá ser para repetido após três anos.

c) Atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) ou células glandulares (AGUS)

Sob este diagnóstico estão incluídos os casos com ausência de alterações celulares que possam ser classificadas como neoplasia intraepitelial cervical, porém com alterações citopatológicas que merecem uma melhor investigação. Nesse caso, a orientação é que se faça o tratamento dos processos infecciosos, se existentes, e a realização de outra coleta após seis meses. Um segundo resultado de ASCUS, AGUS, HPV, NIC ou diagnóstico mais grave no novo exame citopatológico, requer que a mulher seja encaminhada para exame colposcópico.

d) Efeito citopático compatível com Vírus do Papiloma Humano (HPV)

A citopatologia deve ser repetida seis meses após. Caso haja persistência do diagnóstico de HPV, aparecimento de ASCUS, AGUS, NIC ou outro mais grave no novo exame, a mulher deve ser encaminhada para a colposcopia. Caso seja negativa, um novo exame deve ser realizado um ano após.

e) Neoplasia intraepitelial cervical Grau I (NIC I) - Displasia leve

A mulher com NIC I deve repetir o exame citopatológico após seis meses. Os processos infecciosos associados devem ser tratados segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde. Caso haja persistência de NIC, ou aparecimento de HPV, ASCUS, AGUS, ou outro mais grave a mulher deve ser encaminhada para a realização de colposcopia. No caso de resultado negativo para neoplasia, a mulher deve realizar novo exame um ano após.

OBSERVAÇÃO: Os casos diagnosticados como ASCUS, AGUS, HPV e NIC I não devem ser encaminhados para colposcopia ou para qualquer conduta mais agressiva porque estudos têm mostrado regressão dessas alterações em percentual que varia de 70% a 90% apenas com observação e tratamento das infecções pré-existentes (Projeto Piloto Viva Mulher/MS/INCA, 1997).

f) Neoplasia intraepitelial cervical Grau II (NIC II), Neoplasia intraepitelial cervical grau III (NIC III) / ASCUS, AGUS, HPV e NIC I persistentes após 6 meses

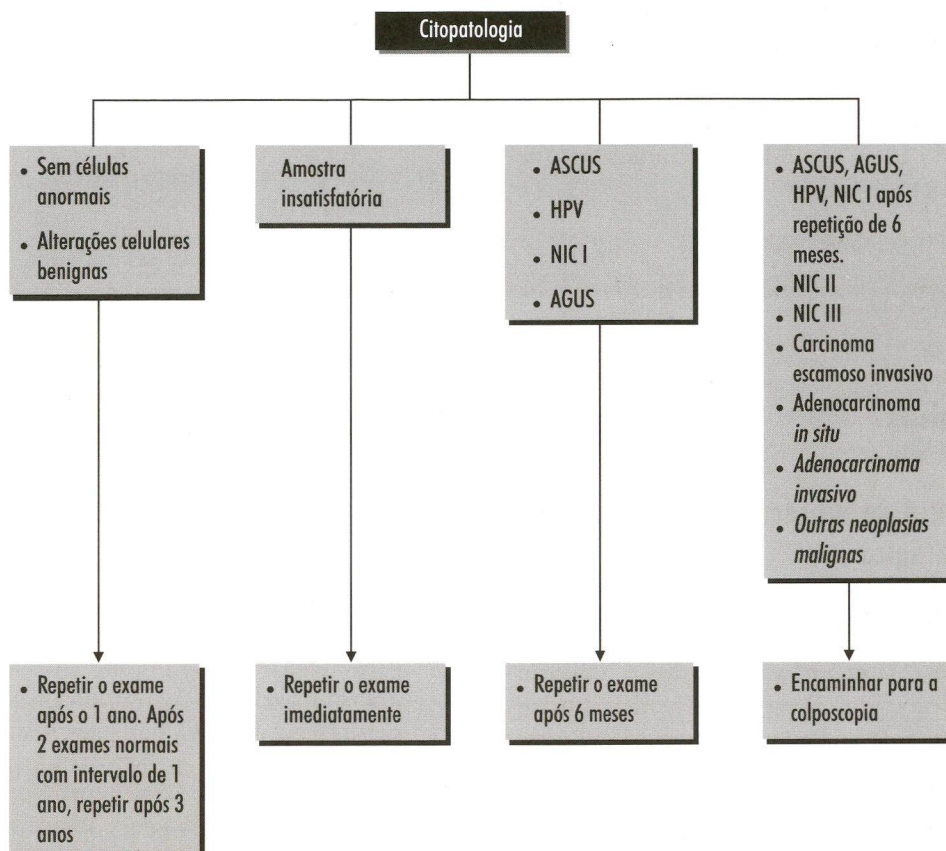
As mulheres com os diagnósticos citopatológicos acima devem ser submetidas à colposcopia, com exérese completa da lesão, quando existente, por alça diatérmica - Cirurgia de Alta Frequência ("Ver e Tratar").

g) **Carcinoma escamoso invasivo e Adenocarcinoma *in situ* ou invasivo / outras neoplasias malignas**

As mulheres com o diagnóstico acima devem ser encaminhadas para a colposcopia e biópsia para

confirmação diagnóstica pela histopatologia, sendo posteriormente encaminhadas à Unidade Terciária, para tratamento adequado. O Quadro 4 resume as condutas preconizadas pelo Programa levando em conta os resultados citopatológicos descritos anteriormente.

Quadro 4 – Condutas clínicas de acordo com o resultado do exame citopatológico.



2. Conduta clínica de acordo com o resultado do exame colposcópico

A colposcopia é um exame utilizado para avaliar o estado dos epitélios do trato genital inferior e orientar as biópsias e a exérese das lesões quando necessário. Atualmente, é considerada uma técnica de exame importante nas ações preventivas do câncer do colo do útero, não devendo se limitar somente ao estudo do colo do útero, mas também da vagina, vulva, região perineal e perianal. Representa, por isso, um grande avanço propedêutico para a infecção viral por HPV, onde recomenda-se, também, sempre que possível, a peniscopia do companheiro da mulher.

No Programa, as mulheres encaminhadas para a colposcopia terão citopatologia com alteração de NIC II,

NIC III, carcinoma invasivo, adenocarcinoma *in situ* ou invasivo. Também serão encaminhadas para colposcopia as mulheres que apresentam diagnóstico persistente de HPV, ASCUS, AGUS e NIC I, seis meses após o exame citopatológico inicial. Assim, a colposcopia não tem no Programa o mesmo valor daquela realizada isoladamente, e as condutas serão tomadas tendo em vista as alterações citopatológicas e colposcópicas. Com a introdução da Cirurgia de Alta Frequência (CAF) no tratamento das neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC), o colposcopista tem a possibilidade de realizar a retirada total da lesão objeto de estudo. Assim, ao mesmo tempo em que está sendo realizada a identificação e a retirada de material para diagnóstico histopatológico final, a mulher está sendo tratada.

O Programa adota a localização topográfica da lesão e a capacidade do método em avaliar todos os epitélios

que são normalmente encontrados no colo, para a adoção das condutas a partir do exame colposcópico.

a) Colposcopia negativa

A colposcopia é considerada negativa (ausência de lesão), quando é possível avaliar os epitélios pavimentoso, metaplásico (delimitado pela junção escamo-colunar) e glandular endocervical e não é possível encontrar lesão visível ao colposcópico. Nesses casos, deve se repetir, imediatamente, a citologia endocervical e a conduta para seguimento da mulher será baseada no resultado da citopatologia. Vale ressaltar que essas mulheres foram encaminhadas por citologia alterada.

b) Colposcopia insatisfatória (JEC não vista)

É considerada insatisfatória quando ao exame não se observa a junção escamo-colunar (JEC), ou quando não é possível avaliar os epitélios pavimentoso, metaplásico e glandular endocervical. Isto permite duas alternativas:

b.1) Colposcopia insatisfatória sem lesão

Quando não é possível avaliar a JEC e, até onde foi feita a observação não se consegue identificar a lesão. Neste caso é possível que a lesão esteja localizada na endocérvice e, para melhor avaliação, uma nova coleta para exame citopatológico apenas de endocérvice deve ser realizada ao fim do exame colposcópico. Outro procedimento factível, embora mais agressivo é a curetagem endocervical. O

seguimento depende do resultado citológico e caso se mantenha a divergência entre a citopatologia e a colposcopia, a conização à bisturi frio está indicada.

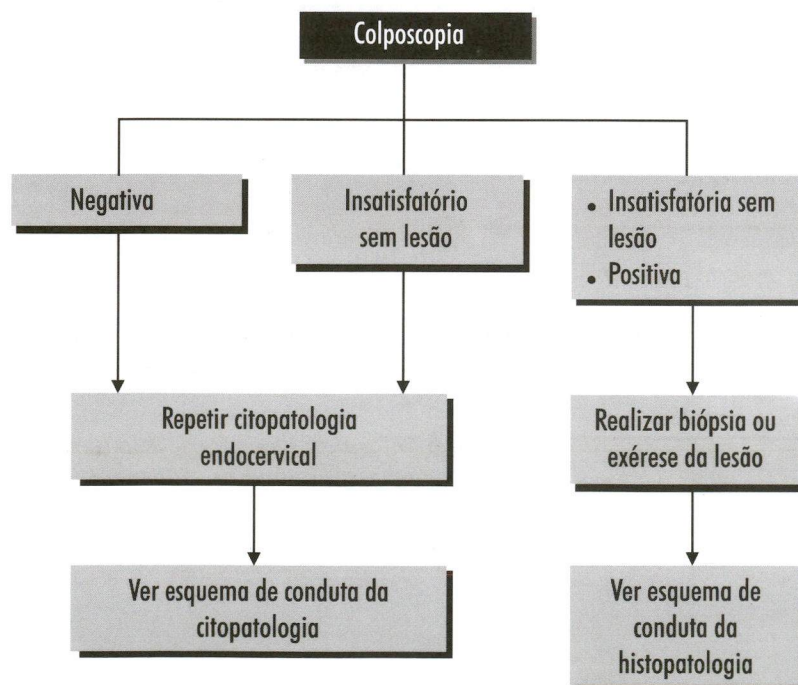
b.2) Colposcopia insatisfatória com lesão

Quando não é possível avaliar a JEC, e existe lesão total ou parcialmente vista. Deve ser também assinalada a impressão do colposcopista quanto ao tipo de lesão encontrada, se compatível com lesão induzida pela presença do HPV, sugestiva de NIC ou de câncer invasor do colo do útero. A lesão deve ser retirada integralmente sempre que possível, por meio de CAF. Quando a lesão não puder ser inteiramente vista na colposcopia, recomenda-se que a conização clássica a bisturi frio, de preferência realizada pela técnica de Scott que permite uma melhor visualização da nova JEC no acompanhamento dessas mulheres. O seguimento depende do resultado histológico.

c) Colposcopia positiva

Quando é possível avaliar todos os epitélios, localizar e delimitar todas as bordas da lesão, isto é quando a mulher apresenta uma lesão totalmente delimitada pelo exame colposcópico, e a junção escamocolunar (JEC) pode ser avaliada. Nesses casos deve ser realizada uma exérese total da lesão por meio da CAF, sempre que este método estiver disponível. O seguimento depende do resultado histológico realizado no fragmento do colo do útero. O Quadro 5 resume o descrito anteriormente.

Quadro 5 – Condutas clínicas de acordo com o resultado da colposcopia.



3. Conduta clínica de acordo com o resultado do exame histológico

O exame histopatológico é o que define, em última análise, o tratamento definitivo no que tange à patologia do colo do útero assim como todos os demais tipos de neoplasias.

a) **Histopatologia até NIC III com margens cirúrgicas livres e/ou retirada total da lesão**

O exame citopatológico e a colposcopia devem ser repetido após seis meses.

b) **Histopatologia até NIC III com margens cirúrgicas comprometidas e/ou retirada parcial da lesão**

Repetir o exame colposcópico e citopatológico três meses após a exérese da lesão e, caso persista algum achado colposcópico suspeito, a retirada da lesão por CAF deve ser realizada. Se não houver mais lesão ao exame colposcópico, a mulher deve ser orientada a retornar 3 meses após para a realização de nova coleta de material para exame de citopatologia oncótica.

Observação: nos dois casos acima, a mulher só deve receber alta do seguimento, após 4 exames citopatológicos negativos para neoplasia.

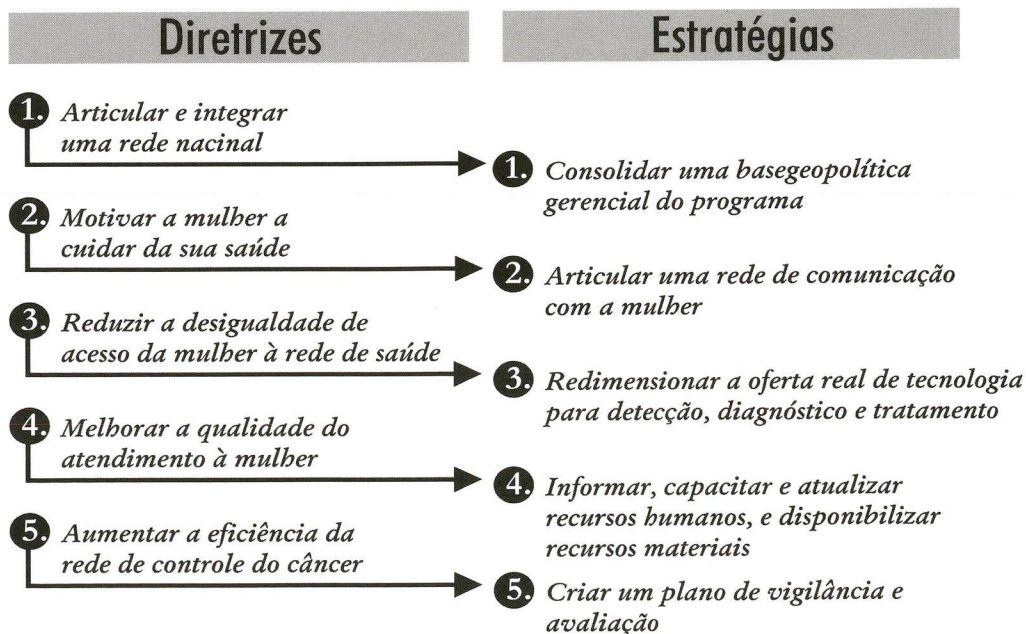
c) **Espécime insatisfatório para exame histopatológico**

Essa ocorrência é rara, porém nesse caso deve ser realizada nova avaliação colposcópica e citopatológica após três meses da exérese da lesão.

d) **Carcinoma Escamoso Invasivo, Adenocarcinoma *in situ* ou Invasivo e outras neoplasias malignas**

A mulher deve ser encaminhada à Unidade de Saúde de nível terciário que é capacitada para a execução de procedimentos cirúrgicos extensos e/ou radioterapia. O médico responsável pelo tratamento da mulher deve preencher em um formulário específico, as informações de atendimento, o número do prontuário da mulher na Unidade de origem e o histórico dos exames e resultados realizados. Se possível, deve encaminhar junto com o formulário, a lâmina do diagnóstico histopatológico. O Quadro 6 resume as condutas condutas clínicas de acordo com o resultado histopatológico.

Quadro 6 - Condutas clínicas de acordo com o resultado do exame histopatológico.



Referências Bibliográficas

- BRINTON, L.A., 1992, "Epidemiology of cervical cancer – overview". In: *The Epidemiology of cervical cancer and human Papillomavirus*. Ed: N. Muñoz, F.X.Bosch, K.V.Shah and ^a Meheus. Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARC.
- CUZIK, J., 1997, "Viral Load as Surrogate for Persistence in Cervical Human Papillomavirus Infection". In: Franco, E. & Monsonogo, J. *New Developments in cervical cancer screening and prevention*, Quebec, Canadá.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, *Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino*, Rio de Janeiro, dezembro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, 2000, *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro.
- MUÑOZ, N., 1997, "Human Papillomavirus and Cervical Cancer: Epidemiological Evidence". In: Franco, E. & Monsonogo, J. *New Developments in cervical cancer screening and prevention*, Quebec.
- NAUD, P., 1998, *Detecção Precoce das lesões precursoras de câncer de colo uterino através de inspeção cervical*. Tese de doutorado em Clínica Médica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- NIEMINEN, P.; KALLIO, M.; ANTTILA, A.; HAKAMA, M., 1999, *Organised vs. Spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: a case control study*. *Int. J. Cancer*. 83: 55 – 58.
- PATNIK, J., 1997, "Screening that failed to work". In: Franco, E. & Monsonogo, J. *New Developments in cervical cancer screening and prevention*. Quebec.
- POTÉN, J.; ADAMI, H.; BERGSTRÖM, R. *et al.*, 1995, *Strategies for global control of cervical cancer*. *Int. J. Cancer* 60: 1-26.
- SANJOSÉ, S.; BOSCH, F.X.; MUÑOZ, N.; SHAH, K., 1997, "Social differences in sexual behavior and cervical cancer". In: *Social Inequalities and Cancer*. Ed: Kogevinas, M. Pearce, N. Susser, M. and Boffetta, P. IARC Scientific Publications No 138, International Agency for Research on Cancer, Lyon.
- SANJOSÉ, S.; SANTAMARIA, M.; RUIZ, P.A. ARISTIZABAL, N.; GUERRERO, E.; CASTELLSAGUÉ, X.; BOSCH, F.X., 1992, "HPV types in women with normal cervical cytology". In: *The Epidemiology of cervical cancer and human Papillomavirus*. Ed: N. Muñoz, F.X.Bosch, K.V.Shah and ^a Meheus. Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARC.
- SIGURDSSON, K., 1993, *Effect of organized screening on the risk of cervical cancer. Evaluation of screening activity in Iceland, 1964 – 1991*. *Int. J. Cancer*. 54: 563- 570.
- WALBOOMERS, J.M.M.; JACOBS, M.V.; MANOS, M.M. *et al*, 1999, *Human Papilloma virus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide*. *Journal of Pathology*. 189: 12-19.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1993, *National Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. Geneve.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION / INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC), 1997, "Taxas de incidência padronizadas por idade". In: D. M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay, L. Raymon & J. Young. *Cancer Incidence in five continents*. Vol VII. IARC Scientific Publication, no 143.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1998. *Manual on the Prevention and Control of Common Cancers*. WHO Regional publications - Westerns Pacific Series n° 20.