



Estado do Rio de Janeiro  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVA JARDIM**  
Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social  
Rua 08 de maio, 534 – Centro – Silva Jardim – RJ – CEP 28.820.000  
Telefax.: ( 22 ) 2668-1034 email: [saude.sj@gmail.com](mailto:saude.sj@gmail.com)

## **PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO**

### **População alvo**

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.

O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado.

Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-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.

### **Adequabilidade da amostra**

Na atual Nomenclatura Citológica Brasileira, a adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória. O termo anteriormente utilizado “satisfatório, mas limitado” foi abolido.

### **Amostra insatisfatória para avaliação**

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada:

1. Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço).
2. Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

### **Recomendações**

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

### **Amostra satisfatória para avaliação**

Designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

### **Células presentes na amostra**

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- Células escamosas.
- Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial).
- Células metaplásicas.

Embora a indicação dos epitélios representados na amostra seja informação obrigatória nos laudos citopatológicos, seu significado deixa de pertencer à esfera de responsabilidade dos profissionais que realizam a leitura do exame. As células glandulares podem ter origem em outros órgãos que não o colo do útero, o que nem sempre é identificável no exame citopatológico.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

Uma metanálise de estudos que abordaram a eficácia de diversos dispositivos de coleta mostrou que o uso da espátula de Ayre e da escova de canal aumenta em cerca de três vezes a chance de obtenção de células endocervicais (evidência alta). Estudo realizado no Brasil, entre 1992 e 1996, mostrou que a detecção de NIC foi cerca de dez vezes maior no grupo em que as células da JEC estavam representadas<sup>29</sup> (evidência moderada).

A presença exclusiva de células escamosas deve ser avaliada pelo médico assistente. É muito importante que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.

### **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. 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).

### **Situações especiais**

#### **Usuárias com menos de 25 anos**

Em relação às mulheres abaixo da faixa etária recomendada, torna-se imperativo que seja levada em consideração qualquer indicação clínica que se apresente, considerada fora da normalidade. A frequência do rastreamento deverá ser individualizado para cada caso.

#### **Recomendações**

Para este público, recomenda-se a intensificação da vacina contra o HPV, que vem apresentando eficácia de cerca de 98% e destina-se, justamente, a este público, visando, de certa forma, preencher essa lacuna que antecede a faixa etária prioritária. Não havendo motivação clara para realização do exame preventivo, segue-se o protocolo do Ministério da Saúde.

#### **Gestantes**

Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras. O achado dessas alterações durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal. Apesar de a JEC no ciclo gravídico-puerperal encontrar-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, o que dispensaria a coleta endocervical, a coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada.

#### **Recomendações**

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

### **Mulheres na pós-menopausa**

Mulheres na pós-menopausa, sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino, apresentam baixo risco para desenvolvimento de câncer (evidência moderada).

O rastreamento citológico em mulheres menopausadas pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipoestrogenismo, gerando ansiedade na mulher e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários.

É fato que o diagnóstico de casos novos de câncer do colo uterino está associado, em todas as faixas etárias, com a ausência ou irregularidade do rastreamento. O seguimento de mulheres na pós-menopausa deve levar em conta seu histórico de exames.

### **Recomendações**

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

### **Histerectomizadas**

O rastreamento realizado em mulheres sem colo do útero devido à histerectomia por condições benignas apresenta menos de um exame citopatológico alterado por mil exames realizados.

### **Recomendações**

Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais.

Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

### **Mulheres sem história de atividade sexual**

Considerando os conhecimentos atuais em relação ao papel do HPV na carcinogênese do colo uterino e que a infecção viral ocorre por transmissão sexual, o risco de uma mulher que não tenha iniciado atividade sexual desenvolver essa neoplasia é desprezível.

### **Recomendações**

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

### **Imunossuprimidas**

Alguns fatores de risco diretamente relacionados à resposta imunológica têm sido associados à maior chance de desenvolvimento de NIC. Mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mulheres imunossuprimidas por uso de imunossupressores após transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e usuárias crônicas de corticosteroides constituem os principais exemplos desse grupo. A prevalência da infecção pelo HPV e a persistência viral, assim como a infecção múltipla (por mais de um tipo de HPV), são mais frequentes nesse grupo de mulheres. Em mulheres infectadas pelo HIV, o desaparecimento do HPV parece ser dependente da contagem de células CD4+, e lesões

precursoras tendem a progredir mais rapidamente e a recorrer mais frequentemente do que em mulheres não infectadas pelo HIV. Entretanto, mulheres imunocompetentes infectadas pelo HIV e tratadas adequadamente com terapia antirretroviral de alta atividade (HAART) apresentam história natural semelhante às demais mulheres. Existem questionamentos quanto à eficácia do exame citopatológico em mulheres infectadas pelo HIV em razão da maior prevalência de citologias com atipias de significado indeterminado e maior frequência de infecções associadas. Para minimizar os resultados falso-negativos, alguns autores preconizam a complementação colposcópica.

É consenso que, pelas características mencionadas, as mulheres infectadas pelo HIV devem ser submetidas ao rastreamento citológico de forma mais frequente. Diretrizes americanas recomendam a coleta anual da citologia após duas citologias semestrais normais e, em mulheres com linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, realizar citologia e encaminhar para colposcopia a cada seis meses. Também, considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina. No caso de a citologia mostrar inflamação acentuada ou alterações celulares escamosas reativas, realizar nova coleta citológica em três meses, após o tratamento adequado.

### **Recomendações**

O exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

### **A Atenção Básica e o levantamento de dados para estabelecer linhas de cuidado**

As ações da Atenção Básica são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Vão desde cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos.

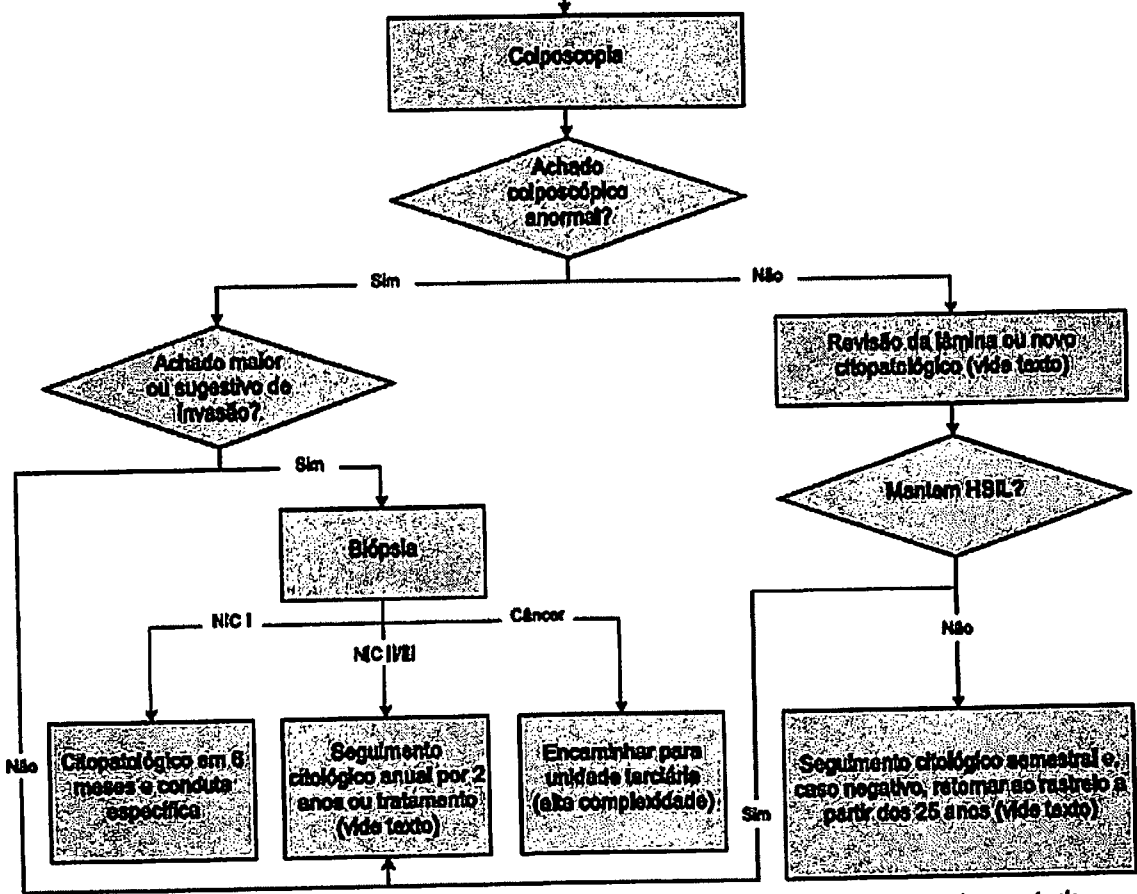
É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames e dos exames insatisfatórios no caso do colo do útero.

### **Fontes:**

Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero – Ministério da Saúde/Inca  
Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama – Caderno de Atenção Básica 13 – Ministério da Saúde.

### **ANEXOS:**

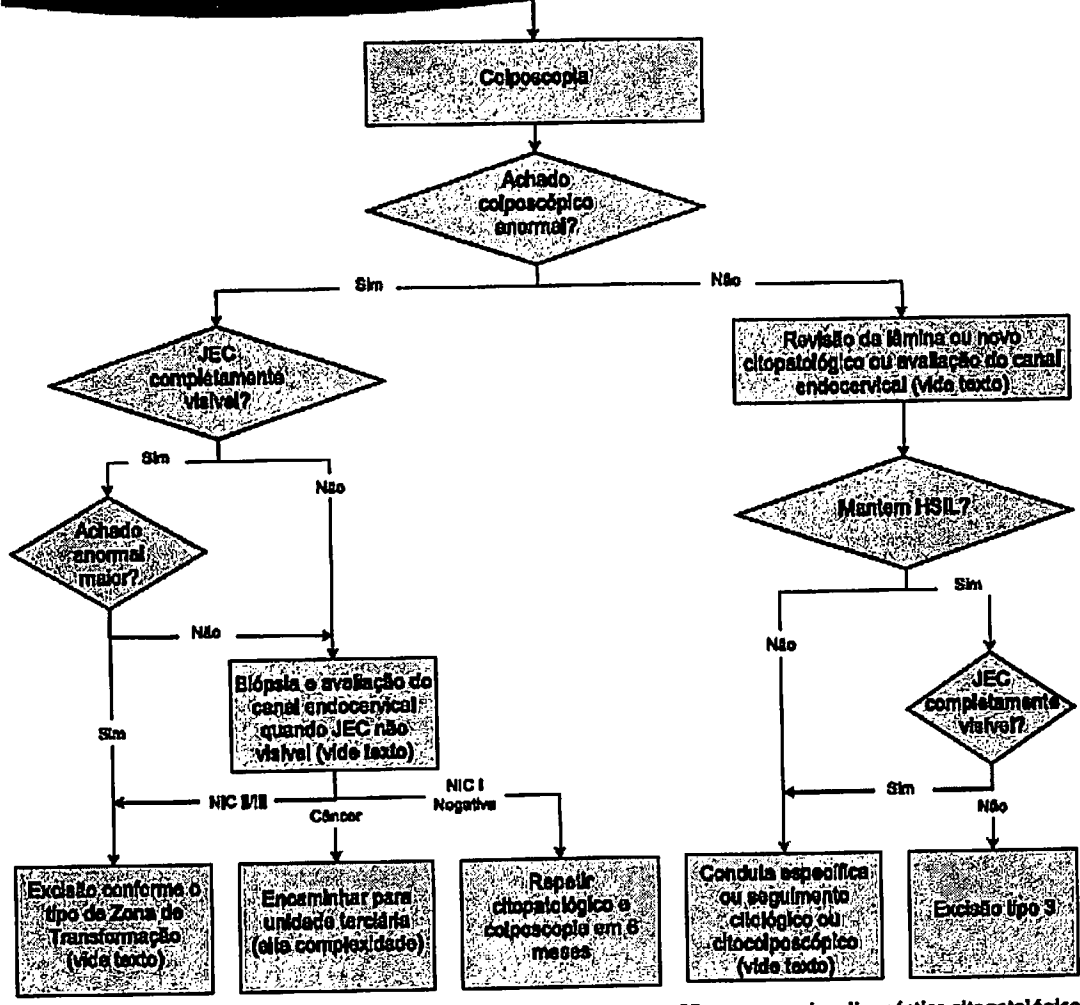
### Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) em mulheres até 24 anos



Observação: mulheres com menos de 25 anos não fazem parte da faixa etária prioritária para o rastreamento do câncer do colo do útero. Esse fluxograma visa a orientar os profissionais caso se deparam com essa situação.

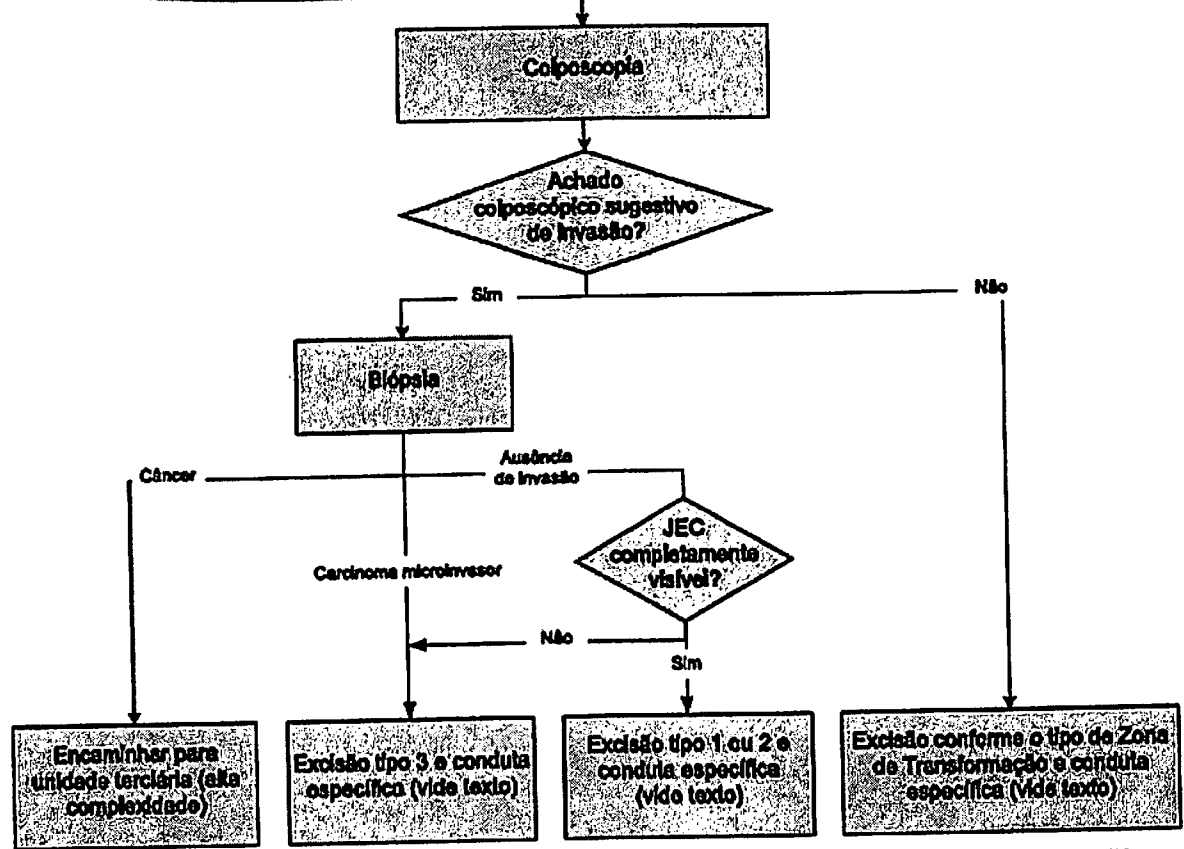
Fluxograma de recomendações de conduta para mulheres até 24 anos com diagnóstico citopatológico de HSIL.

# Lesão Intraepitelial de alto grau (HSIL) em mulheres com 25 anos ou mais

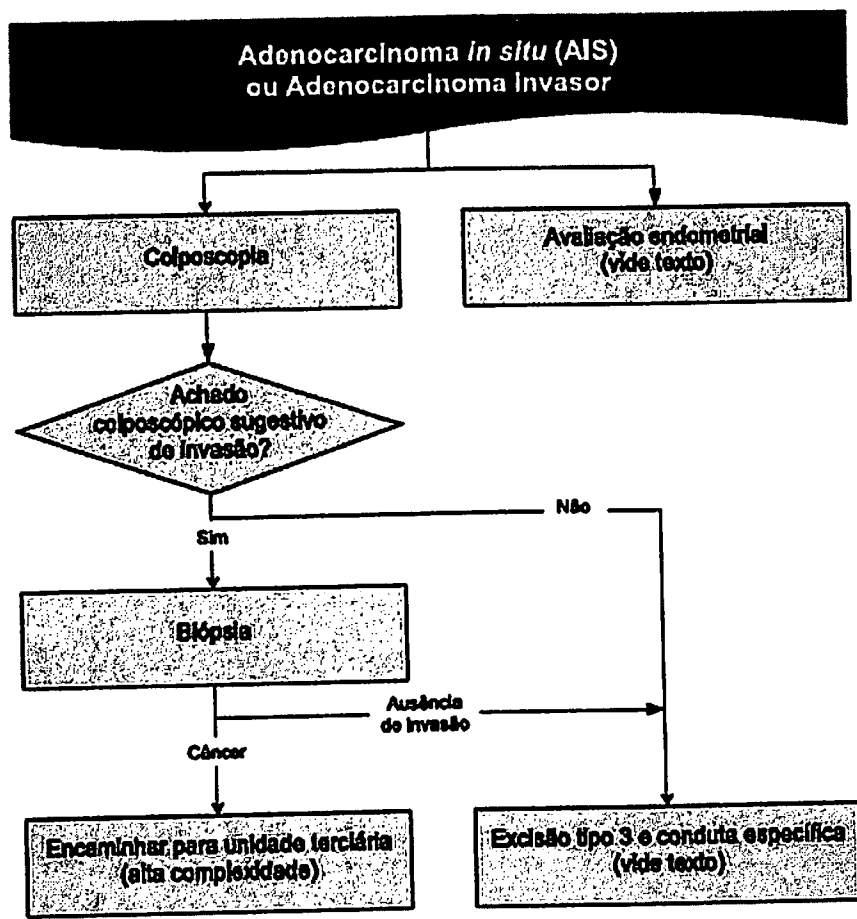


Fluxograma de recomendações de conduta para mulheres com 25 anos ou mais e diagnóstico citopatológico de HSIL

**Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão, carcinoma epidermoide invasor ou com suspeita clínica de invasão**



Fluxograma de recomendações de conduta para mulheres com diagnóstico citopatológico de HSIL, não podendo excluir microinvasão, carcinoma epidermoide invasor ou com suspeita clínica de invasão



Fluxograma de recomendações de conduta para mulheres com diagnóstico citopatológico de AIS ou adenocarcinoma invasor