



Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina
Laboratorial

ISSN: 1676-2444

jbpm@sbpc.org.br, adagmar.andriolo@gmail.com

Sociedade Brasileira de Patologia
Clínica/Medicina Laboratorial

Instituto Nacional de Câncer
Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas:
Recomendações para Profissionais de Saúde
Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, vol. 42, núm. 5, outubro, 2006, pp.
351-373
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=393541931008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde

Primeira submissão em 12/06/06
Última submissão em 12/06/06
Publicado em 20/10/06

Brazilian Nomenclature for Cervical Cytology Reports and Guidelines

Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (INCa/MS)

| unitermos | resumo |
|---|---|
| <p>Câncer cervicouterino</p> <p>Rastreamento</p> <p>Programa de controle do câncer</p> <p>Recomendações para profissionais de saúde</p> | <p>O texto apresenta a edição revisada da <i>Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde</i>, publicada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCa) em 2006. A revisão foi realizada a partir de amplo debate com profissionais de saúde, gerentes, gestores das secretarias estaduais e municipais, áreas técnicas do Ministério da Saúde, sociedades científicas e especialistas reconhecidos nacional e internacionalmente. O consenso foi baseado no Sistema de Bethesda, desenvolvido no Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, atualizado em 2001. As diretrizes visam a orientar as condutas dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação a mulheres com alterações no exame citopatológico cervical. As recomendações aplicam-se à maioria dos casos clínicos típicos e incorporam as recentes evidências científicas com o objetivo de qualificar as ações voltadas à atenção integral à mulher.</p> |

| abstract | key words |
|--|--|
| <p>The text presents the revised Brazilian Nomenclature for Cervical Cytology Reports and Guidelines, published by the Brazilian Instituto Nacional de Câncer in 2006. The revision was carried out based on an extensive debate among health professionals, managers, state and municipal Health Secretariats' managers, Health Ministry's technical staff, scientific societies, and nationally and internationally known experts. Consensus was based upon the Bethesda System developed by the American National Cancer Institute, updated in 2001. The guidelines aim to orientate the professionals' conducts within the Brazilian Unified Health System in relation to women with alterations in cervix cytopathological exam. Recommendations apply to most typical clinical cases and incorporate the recent scientific evidences with the purpose of qualifying actions concerning women's integral health care.</p> | <p>Cervical cancer</p> <p>Screening</p> <p>Cancer control programs</p> <p>guidelines</p> |

Apresentação

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implementação das ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle dessa doença (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica.

O número de novos casos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil em 2006 é de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não-melanomas, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100 mil). Nas regiões Sul (28/100 mil), Centro-Oeste (21/100 mil) e Nordeste (17/100 mil), representa o segundo tumor mais incidente. Na região Sudeste é o terceiro mais freqüente (20/100.000) (Ministério da Saúde, 2006)⁽⁸⁾.

Considerando a necessidade de incorporar novas tecnologias e conhecimentos clínicos, morfológicos e moleculares, com a atualização da *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas*, o Instituto Nacional de Câncer (INCa), em parceria com os diversos segmentos da sociedade científica, vem promovendo, desde 2001, encontros, oficinas, seminários, grupos de trabalho e grupo focal, ampliando o fórum de discussão e reunindo as contribuições da sociedade para o seu aperfeiçoamento. Objetivando abrangência das discussões e contribuições dos diversos segmentos da sociedade, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher e do INCa, submeteu à consulta pública o referido documento.

O texto final retrata o resultado desses encontros de trabalho e da consulta pública, buscando estabelecer, com base em evidências científicas, condutas destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, sabe-se que a incorporação de novas tecnologias ocorre de forma gradual e, basicamente, depende da adoção da nova terminologia na rotina diária dos profissionais de saúde, fonte de alimentação do conhecimento.

Essas diretrizes visam a orientar as condutas preconizadas em mulheres com alterações no exame citopatológico cervical. É importante ressaltar que essas diretrizes são o resultado do consenso entre sociedades científicas e especialistas na área e que não têm caráter limitante, mas devem ser encaradas como recomendações que, à luz do conhecimento científico atual, aplicam-se à maioria dos casos clínicos típicos. Apesar disso, cabe sempre ao médico, com base na sua experiência profissional e nas melhores evidências científicas, a decisão da conduta a ser adotada, tendo o compromisso com a boa prática clínica. Portanto, a recomendação de diretrizes para a prática clínica não deve diminuir a capacidade global de decisão e a responsabilidade do médico. Tendo em vista os contínuos avanços da ciência, tornam-se necessárias constantes revisões e atualizações dessas diretrizes.

1. Introdução

O câncer do colo do útero é um grande problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo.

As mais altas taxas de incidência do câncer de colo do útero são observadas em países pouco desenvolvidos, indicando forte associação desse tipo de câncer com condições de vida precária, baixos índices de desenvolvimento humano, ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras. Tal situação torna indispensáveis políticas de saúde pública bem estruturadas.

Nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59% a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é estimada em 49% após cinco anos.

O inquérito domiciliar realizado pelo MS em 2002 e 2003 mostrou que, para as 15 capitais analisadas e o Distrito Federal, a cobertura estimada do exame Papanicolaou variou de 74% a 93%. Entretanto, o percentual de realização desse exame pelo SUS variou de 33% a 64% do total, o que, em parte, explica o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade, bem como as altas taxas de incidência observadas no Brasil⁽⁹⁾.

Ainda como reflexo deste quadro adverso, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Saúde 2003 divulgados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2005, mostraram que, nos últimos três anos, a cobertura do exame citológico do colo do útero foi de 68,7% em mulheres com mais de 24 anos de idade, sendo que 20,8% das mulheres nessa faixa etária nunca tinham sido submetidas ao exame preventivo⁽⁷⁾. Como a pesquisa se baseia na informação concedida pela própria entrevistada, pode-se admitir que parte dessas mulheres, segundo certas condições socioeconômicas, possa confundir a realização de um exame ginecológico com a coleta de material cervicouterino para exame laboratorial.

O aumento de acesso ao exame preventivo no país não foi suficiente para reduzir a tendência de mortalidade por câncer do colo do útero e, em muitas regiões, o diagnóstico ainda é feito em estádios mais avançados da doença. O diagnóstico tardio pode estar relacionado com: (1) dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde; (2) baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio portes); (3) capacidade do Sistema Público de Saúde para absorver a demanda que chega às unidades de saúde; (4) dificuldades dos gestores

municipais e estaduais para definir e estabelecer um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema.

A articulação de ações dirigidas ao câncer da mama e do colo do útero está fundamentada na Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM nº 2.439, de 08/12/2005) e no Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama 2005-2007. Essa articulação trata das seguintes diretrizes estratégicas, compostas por ações a serem desenvolvidas nos distintos níveis de atenção à saúde: aumento da cobertura da população-alvo; garantia da qualidade; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; desenvolvimento de pesquisas e mobilização social.

A publicação denominada *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas* foi elaborada com a finalidade de orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente os profissionais de saúde, disponibilizando conhecimentos atualizados de maneira sintética e acessível que possibilitem nortear condutas adequadas em relação ao controle do câncer do colo do útero.

Os gestores municipais e estaduais são os principais parceiros no desenvolvimento das ações contidas na *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas*. Para tanto, necessitarão de apoio na organização da rede para a atenção oncológica, na estruturação de serviços e na sistematização, quando necessário, do processo de referência e contra-referência entre os níveis de atenção.

Reforça-se, então, a participação estratégica do INCa, assessorando tecnicamente estados e municípios, além da parceria na construção de uma rede de educação permanente na atenção oncológica.

Na estruturação e na organização da *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas*, foram preservados conceitos consensuais com descrição minuciosa. Com um formato mais específico, os diversos capítulos, abaixo sumarizados, sugerem orientações às ações a serem desenvolvidas a partir do ano de 2006 nos distintos níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Para que as estratégias, as normas e os procedimentos que orientam as ações de controle do câncer do colo do útero no país estejam em consonância com o conhecimento científico atual, o MS tem realizado parcerias com sociedades científicas e considerado a opinião de especialistas nacionais e internacionais. Finalizando o processo de trabalho, o MS, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher e do INCa, submeteu à consulta pública o referido documento. Na *Metodologia de Trabalho* são apresentadas todas as etapas do trabalho realizadas ao longo dos anos.

O item que trata da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos contempla aspecto de atualidade tecnológica, e sua similaridade com o Sistema Bethesda 2001⁽²⁶⁾ facilita a equiparação dos resultados nacionais com aqueles encontrados nas publicações científicas internacionais. São introduzidos novos conceitos estruturais e morfológicos, o que contribui para o melhor desempenho laboratorial e serve como facilitador da relação entre a citologia e a clínica. Sua estrutura geral facilita a informatização dos laudos, o que permite o monitoramento da qualidade dos exames citopatológicos realizados no SUS. Além disso, a anuência das sociedades científicas envolvidas com a confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões torna possível o estabelecimento de diretrizes para as condutas terapêuticas.

Em *Avaliação Pré-Analítica e Adequabilidade da Amostra*, destaca-se a introdução dos conceitos de avaliação pré-analítica e conduta, em que a adequabilidade da amostra passará à classificação binária (satisfatória ou insatisfatória). Destaca-se ainda a recomendação nacional para o exame citopatológico cervical, o qual deverá ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou que já tiveram atividade sexual anteriormente a essa faixa etária, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Em *Condutas Preconizadas*, tanto para resultado normal, alterações benignas e queixas ginecológicas como para alterações pré-malignas ou malignas no exame citopatológico, encontra-se o desenho dos possíveis achados e das possibilidades de encaminhamentos nos diferentes níveis de complexidade. O objetivo é auxiliar os profissionais de saúde, gerentes e gestores nas condutas a serem aplicadas e nas ações de organização de rede.

Para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação da *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas* é necessário um sistema de informação que permita monitorar o processo de rastreamento, o diagnóstico, o tratamento e a qualidade dos exames realizados na rede do SUS. Para tanto, houve o aprimoramento do Sistema Nacional de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), tanto na vertente tecnológica como em decorrência da implantação da *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais*.

Atualmente o SISCOLO ainda não permite a identificação do número de mulheres examinadas, mas apenas a quantidade de exames realizados, dificultando o conhecimento preciso das taxas de captação e cobertura, essenciais ao acompanhamento das ações planejadas. Portanto, é indispensável o desenvolvimento de estratégias para estimular/induzir estados e municípios quanto ao registro do número do cartão do SUS. É importante também melhorar o sistema de forma a desencadear o “módulo seguimento” do SISCOLO, o qual permitirá o acompanhamento das mulheres com exames

alterados desde a sua entrada no sistema, através da coleta do exame, até o seu desfecho, tratamento/cura.

Por fim, deve-se considerar o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas na linha de prevenção e controle do câncer do colo do útero, uma vez que elas contribuem para a melhoria de efetividade, eficiência e qualidade de políticas, sistemas e programas.

2. Metodologia de trabalho

A revisão da nomenclatura foi realizada a partir de amplo debate com profissionais de saúde, gerentes, gestores das secretarias estaduais e municipais, sociedades científicas e especialistas reconhecidos nacional e internacionalmente. O processo de discussão teve início em 1988 e ocorreu na forma de oficinas, grupo de trabalho, aplicação das condutas preconizadas em grupo focal para avaliação qualitativa e consulta pública do documento final, pelo MS, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher e do INCa (dez/2005 a jan/2006).

O consenso sobre a nova nomenclatura foi baseado no Sistema de Bethesda, desenvolvido no Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, atualizado em 2001, e, além da participação das áreas técnicas do MS (INCa, Área Técnica de Saúde da Mulher, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis [DST]/AIDS) e de representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, contou com a participação da Sociedade Brasileira de Citologia (SBC), da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), da Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (SBTGIC), da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), do Hospital do Câncer A. C. Camargo, da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (CAISM/UNICAMP). Esta revisão atualiza o documento anterior de normatização (MS, 2003) e incorpora as recentes evidências científicas com o objetivo de qualificar as ações voltadas à atenção integral à mulher.

3. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais

Desde que o Dr. George Papanicolaou tentou classificar as células que observava, acreditando serem a representação de lesões neoplásicas, ocorreram diversas modificações que incorporaram progressivamente o conhecimento adquirido

sobre a história natural dessas lesões, sempre na tentativa de melhorar a correlação cito-histológica. Deve-se notar que o objetivo do teste continua o mesmo, ou seja, a intenção é identificar alterações sugestivas de uma doença e, como consequência, também indicar ações que permitam o diagnóstico de certeza.

Papanicolaou criou uma nomenclatura que procurava expressar se as células observadas eram normais ou não, atribuindo-lhes uma classificação. Assim, falava-se em classes I, II, III, IV e V, em que a classe I indicava ausência de células atípicas ou anormais; a classe II, citologia atípica, mas sem evidência de malignidade; a classe III, citologia sugestiva, mas não conclusiva, de malignidade; classe IV, citologia fortemente sugestiva de malignidade; e classe V, citologia conclusiva de malignidade.

Se essa classificação se preocupava pouco com os aspectos histológicos das lesões que sugeriam, a partir de então novas nomenclaturas surgiram, mais atentas a esse significado. Assim, o termo “displasia” foi introduzido na classificação, levando-se em conta alterações histológicas correspondentes, identificando displasias leves, moderadas e severas. Todos os graus de displasia eram grosseiramente referentes à classe III de Papanicolaou, correlacionando também a classe IV com carcinomas escamosos *in situ*. A classe V continuou a indicar carcinoma invasor, e, pela primeira vez, deu-se ênfase a alterações celulares devido à ação do papilomavírus humano (HPV), relatando-se a coilocitose⁽¹⁵⁾.

Em uma etapa posterior, estabeleceu-se o conceito de neoplasia intra-epitelial e, no caso da cérvix uterina, de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC), subdividida em três graus, que se mantém para os diagnósticos histológicos. A classificação citológica mais atual do esfregaço cervical é o Sistema de Bethesda, Maryland, EUA. Essa classificação incorporou vários conceitos e conhecimentos adquiridos que, resumidamente, são: diagnóstico citológico, que deve ser diferenciado para as células escamosas e glandulares; inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por HPV, devido às fortes evidências do envolvimento desse vírus na carcinogênese dessas lesões, dividindo-as em lesões intra-epiteliais de baixo e alto graus, ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasia invasora; e introdução da análise da qualidade do esfregaço. Essa classificação foi revista em 1991 e 2001, porém sem mudanças estruturais.

3.1. Tipos da amostra

- Citologia:
 - convencional;
 - em meio líquido.

Nota explicativa: com a recente introdução da citologia em meio líquido, em suas diferentes apresentações, é indispensável que seja informada a forma de preparo, uma vez que a adequabilidade do material é avaliada de forma diversa para cada meio. É, ainda, de fundamental importância que o laboratório informe, em caso de citologia em meio líquido, que sistema foi usado.

3.2. Avaliação pré-analítica

- Amostra rejeitada por:
 - ausência ou erro de identificação da lâmina e/ou do frasco;
 - identificação da lâmina e/ou do frasco não-coincidente com a do formulário;
 - lâmina danificada ou ausente;
 - causas alheias ao laboratório (especificar);
 - outras causas (especificar).

Nota explicativa: este conceito foi introduzido como uma inovação, visando estabelecer a diferença entre rejeição por causas alheias e anteriores à chegada ao laboratório e a relacionada a colheita, coloração ou análise microscópica. A causa da rejeição deverá ser identificada, de preferência, no momento da entrada da lâmina no laboratório, e seu registro deverá ser feito. Contudo é o profissional responsável pelo exame que assinará o laudo contendo o motivo da rejeição.

3.3. Adequabilidade da amostra

- Satisfatória;
- insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - material acelular ou hipocelular (< 10% do esfregaço);
 - leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de:
 - sangue;
 - piócitos;
 - artefatos de dessecação;
 - contaminantes externos;
 - intensa superposição celular;
 - outros (especificar).
- Epitélios representados na amostra:
 - escamoso;
 - glandular;
 - metaplásico.

Nota explicativa: a questão da adequabilidade da amostra vem, ao longo do tempo, suscitando inúmeros questionamentos e modificações, dado o seu caráter de matéria conflitante e de difícil conceituação, plenamente aceitável. A disposição, em um sistema binário (satisfatória vs. insatisfatória) melhor caracteriza a definição da visão microscópica da colheita. No atual Sistema de Bethesda (2001), a adequabilidade da amostra também está colocada nesses dois parâmetros. Contudo, nesse sistema, a caracterização da junção escamocolumnar (JEC) faz parte dessa definição, o que não ocorre aqui. Deve-se considerar satisfatória a amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica. Observe-se que os aspectos de representatividade não constam desse item, mas deverão constar de caixa própria, para que seja dada a informação (obrigatória) dos epitélios que estão representados na amostra. A definição de adequabilidade pela representatividade passa a ser da exclusiva competência do responsável pela paciente, que deverá levar em consideração as condições próprias de cada uma (idade, estado menstrual, limitações anatômicas, objetivo do exame, etc). Insatisfatória é a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas acima, todas de natureza técnica, e não de amostragem celular.

3.4. Diagnóstico descritivo

- Dentro dos limites da normalidade, no material examinado;
- alterações celulares benignas;
- atipias celulares.

Nota explicativa: o acréscimo da expressão “no material examinado” visa a estabelecer, de forma clara e inequívoca, o aspecto do momento do exame. Aqui também ocorre uma diferença importante em relação ao Sistema Bethesda 2001, do qual foi excluída a categoria das alterações celulares benignas. Tal manutenção deve-se ao entendimento de que os fatores que motivaram a exclusão não se aplicam à realidade brasileira.

3.4.1. Alterações celulares benignas

- Inflamação;
- reparação;
- metaplasia escamosa imatura;
- atrofia com inflamação;
- radiação;
- outras (especificar).

Nota explicativa: Em relação à nomenclatura anterior, a única mudança ocorre pela introdução da palavra “imatura” em metaplasia escamosa, buscando caracterizar que é essa a apresentação que deve ser considerada como alteração. Assim sendo, a metaplasia madura, com sua diferenciação já definida, não deve ser considerada inflamação e, eventualmente, nem necessita ser citada no laudo, exceto na indicação dos epitélios representados para caracterizar o local de colheita.

3.4.2. Atipias celulares

Células atípicas de significado indeterminado

- Escamosas:
 - possivelmente não-neoplásicas;
 - não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.
- Glandulares:
 - possivelmente não-neoplásicas;
 - não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.
- De origem indefinida:
 - possivelmente não-neoplásicas;
 - não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

Nota explicativa: esta é mais uma inovação da nomenclatura brasileira, criando-se uma categoria separada para todas as atipias de significado indeterminado e, mais ainda, a categoria “de origem indefinida” destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. Deve-se observar que foi excluída a expressão “provavelmente reativa”, a qual foi substituída por “possivelmente não-neoplásicas”, e introduzida a expressão “não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau”. Com isso pretende-se dar ênfase ao achado de lesões de natureza neoplásica, diminuindo, assim, o diagnóstico dúbio. Objetiva-se identificar as células imaturas, pequenas e que, por sua própria indiferenciação, podem representar maior risco de corresponder a lesões de alto grau. Sempre que o caso exigir, notas explicativas devem ser acrescentadas, visando a orientar o responsável pela paciente nos procedimentos adotados. Deve-se observar a exclusão total dos acrônimos (ASCUS [*atypical squamous cells of undetermined significance*] e AGUS [*atypical glandular cells of undetermined significance*]), cujo uso é desaconselhado, devendo sempre constarem por extenso os diagnósticos.

Em células escamosas

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I);
- lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III);
- lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão;
- carcinoma epidermóide invasor.

Nota explicativa: foi adotada a terminologia lesão intra-epitelial em substituição ao termo neoplasia, além de terem sido estabelecidos dois níveis (baixo e alto graus) separando as lesões com potencial morfológico de progressão para neoplasia daquelas mais relacionadas com o efeito citopático viral, com potencial regressivo ou de persistência. Foi ainda incluída a possibilidade diagnóstica de suspeição de microinvasão. Recomenda-se enfaticamente que seja evitado o uso de outras nomenclaturas e classificações além das aqui já contempladas, evitando-se a perpetuação de termos eventualmente já abolidos ou em desuso, os quais nada contribuem para o esclarecimento diagnóstico.

Em células glandulares

- Adenocarcinoma *in situ*;
 - adenocarcinoma invasor:
 - cervical;
 - endometrial;
 - sem outras especificações;
- outras neoplasias malignas;

presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual).

Nota explicativa: a introdução da categoria adenocarcinoma *in situ* reconhece a capacidade de identificação morfológica dessa entidade e acompanha a nomenclatura internacional. O item “sem outras especificações” refere-se exclusivamente a adenocarcinomas de origem uterina. Quando for identificada neoplasia de origem glandular extra-uterina, deve ser colocada no quadro das outras neoplasias malignas, especificando o tipo, em nota complementar. As células endometriais somente necessitam ser mencionadas quando a sua presença possa ter significado patológico. Assim sendo, seu achado nos primeiros 12 dias que sucedem o período menstrual apenas deverá ser referido se houver importância para a identificação de algum processo patológico.

3.5. Microbiologia

- *Lactobacillus* sp.;
- bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*);
- outros bacilos;
- cocos;
- *Candida* sp.;
- *Trichomonas vaginalis*;
- sugestivo de *Chlamydia* sp.;
- *Actinomyces* sp.;
- efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes;
- outros (especificar).

Nota explicativa: foram mantidas as informações de *Chlamydia*, cocos e bacilos por considerar-se a oportunidade, por vezes única em um país continental e com grandes dificuldades geográficas e econômicas, de estabelecer uma terapêutica antimicrobiana baseada exclusivamente no exame preventivo. A introdução da expressão “bacilos supracitoplasmáticos” busca indicar a apresentação morfológica de agentes microbianos de difícil distinção pelo exame corado e fixado pela técnica citológica, mas que, de modo geral, respondem aos mesmos tratamentos.

4. Avaliação pré-analítica e adequabilidade da amostra

4.1. Laudo citopatológico

A nomenclatura brasileira utilizada para laudos citopatológicos tem sofrido constantes alterações. A adoção do Sistema de Bethesda, ainda que adaptado ao Brasil, facilita a comparação de resultados nacionais com os encontrados em publicações estrangeiras. É importante ressaltar que a introdução de novos conceitos estruturais e morfológicos contribui tanto para o desempenho do laboratório quanto para a relação entre a citologia e a clínica.

Sabe-se, no entanto, que essas mudanças ocorrem de forma gradual e, basicamente, dependem da adoção da nova terminologia na rotina diária dos profissionais de saúde, fonte de alimentação de conhecimento para a mídia escrita ou falada e para a população em geral.

Atualmente não é razoável que alguns laboratórios ainda emitam laudos de citopatologia somente com a nomencla-

tura ultrapassada, uma vez que a proposta de novas categorias de resultados impede que se estabeleça correlação pertinente entre Bethesda 2001 e Papanicolaou.

Em contrapartida, também é conveniente que médicos, ginecologistas ou não, ao receberem os resultados de exames, compreendam o diagnóstico. Portanto, pretende-se explicar aqui o significado deles, com vistas a uniformizar o uso da nomenclatura no Brasil, estabelecida por consenso entre *experts* no assunto.

A seguir será apresentada a possibilidade de associação de todos os resultados possíveis nos laudos dos exames e as respectivas condutas clínicas.

4.2. Nomenclatura brasileira

4.2.1. Avaliação pré-analítica (que ocorre antes da análise microscópica da lâmina)

Esse conceito foi introduzido como uma inovação, visando estabelecer a diferença entre a rejeição da lâmina por causas anteriores à sua entrada no laboratório de citopatologia e aquelas relacionadas à técnica de coleta, coloração ou análise microscópica. A causa da rejeição deverá ser identificada no momento da entrada da lâmina no laboratório e de seu registro. O profissional responsável pelo registro é que apontará o motivo da rejeição.

Amostra rejeitada

- Ausência ou erro de identificação da lâmina;
- identificação da lâmina não-coincidente com a do formulário;
- lâmina danificada ou ausente.

Conduta clínica: a paciente deverá ser convocada para repetir o exame, devendo ser-lhe explicado que o motivo é técnico, e não por alteração patológica.

4.2.2. Adequabilidade da amostra

Na atual nomenclatura utilizada para definir a adequabilidade da amostra, estabelece-se o sistema binário: “satisfatório” e “insatisfatório”. Portanto, o termo anteriormente utilizado “satisfatório mas limitado” foi abolido.

Insatisfatória para avaliação

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

- material acelular ou hipocelular (< 10% do esfregaço);
- leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de:
 - sangue;
 - piócitos;
 - artefatos de dessecação;
 - contaminantes externos;
 - intensa superposição celular.

Conduta clínica: a paciente deverá ser convocada para repetir o exame de imediato, devendo ser-lhe explicado que o motivo é técnico, e não por alteração patológica.

Satisfatória

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

Epitélios representados na amostra

- Escamoso;
- glandular (não inclui o epitélio endometrial);
- metaplásico.

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. Agora, eles respondem apenas pela indicação dos epitélios que estão representados. Todavia deve-se alertar que a amostra adequada pode não ter a representação completa da JEC, o que deverá ser avaliado pelo ginecologista.

A presença de células metaplásicas ou endocervicais, representativas da JEC, tem sido considerada o indicador da qualidade do exame, pelo fato de as mesmas se originarem do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

A presença exclusiva de células escamosas deve ser avaliada pelo médico responsável. É muito oportuno 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.

4.2.3. Periodicidade de realização do exame citopatológico*

A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina, tendo modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.

A efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame de Papanicolaou, associada ao tratamento desse câncer em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer cervical invasor que pode chegar a 90%, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%, segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS]), e é realizado dentro dos padrões de qualidade (Gustafsson *et al.*, 1997).

Em 1988, o MS, por meio do INCa, realizou uma reunião de consenso com a participação de diversos *experts* internacionais, representantes das sociedades científicas e das diversas instâncias ministeriais, e definiu que, no Brasil, o exame colpocitopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Tal recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave.

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão pré-invasiva, curável em até 100% dos casos (anormalidades epiteliais conhecidas como displasia e carcinoma *in situ* ou diferentes graus de NIC), que normalmente progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não impossível.

Barron e Richart (1968) mostraram que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para as displasias moderadas (NIC II) esse tempo é de 38 meses e, nas graves (NIC III), de 12 meses. Em geral, estima-se que a maioria das lesões de baixo grau regredirão espontaneamente, enquanto cerca de 40% das de alto grau não-tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de dez anos (Sawaya *et al.*, 2001). Por outro lado, o Instituto

*Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 1, n. 48, 2002⁽¹⁰⁾.

Nacional de Câncer dos Estados Unidos (NCI, 2000) calcula que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto de 30% a 70% terão evoluído decorridos dez a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento.

Segundo a OMS, estudos quantitativos têm demonstrado que, nas mulheres entre 35 e 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com a mesma eficácia da realização anual. Conforme apresentado na **Tabela 1**, a expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer após um resultado negativo é praticamente a mesma quando o exame é realizado anualmente (redução de 93% do risco) ou quando o é a cada três anos (redução de 91% do risco).

Efeito protetor do rastreamento para câncer do colo do útero de acordo com o intervalo entre os exames em mulheres de 35 a 64 anos

Tabela 1

| Intervalo entre os exames (anos) | Redução na incidência cumulativa (%) |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | 93 |
| 2 | 93 |
| 3 | 91 |
| 5 | 84 |
| 10 | 64 |

Fonte: Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. Rev Bras Cancerol, v. 48, n. 1, p. 13-5, 2002.

Redução nas taxas de incidência do câncer do colo do útero em programas de rastreamento em países nórdicos

Tabela 2

| Países nórdicos | Redução nas taxas de incidência* entre 1986 e 1995 (%) |
|-----------------|--|
| Islândia | 67 |
| Finlândia | 75 |
| Suécia | 55 |
| Dinamarca | 54 |
| Noruega | 34 |

*Taxas de incidência ajustadas pela população mundial.

Fonte: European Commission Europe Against Cancer, 2000. In: Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. Rev Bras Cancerol, v. 48, n. 1, p. 13-5, 2002.

A experiência internacional tem mostrado importante redução nas taxas de incidência ajustadas pela população mundial, tal como apresentado na **Tabela 2**.

Com base nas evidências científicas disponíveis, a maioria dos países europeus e organismos norte-americanos vem recomendando a realização do exame citopatológico do colo do útero a cada três anos.

A periodicidade de realização do exame citopatológico do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1988, permanece atual e está em acordo com as recomendações dos principais programas internacionais.

5. Condutas preconizadas

5.1. Resultado normal, alterações benignas e queixas ginecológicas

5.1.1. Dentro dos limites da normalidade no material examinado

Diagnóstico completamente normal. A inclusão da expressão “no material examinado” visa a estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido ao exame.

Conduta clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

5.1.2. Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas)

Inflamação sem identificação de agente

É caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Ocasionalmente, podem-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intra-uterino (DIU), em células endometriais. Casos especiais do tipo exsudato linfocitário ou reações alérgicas, representadas pela presença de eosinófilos, são observados.

Conduta clínica: havendo queixa clínica de leucorréia, a paciente deverá ser encaminhada para exame ginecológico. Os achados comuns são ectopias, vaginites e cervicites. O tratamento deve seguir recomendação específica.

Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico.

Resultado indicando metaplasia escamosa imatura

A palavra *imatura*, em metaplasia escamosa, foi incluída na nomenclatura brasileira buscando caracterizar que essa apresentação é considerada do tipo inflamatório; entretanto o epitélio nessa fase está vulnerável à ação de agentes microbianos, em especial do HPV.

Conduta clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando reparação

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É geralmente a fase final do processo inflamatório, momento em que o epitélio está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do HPV.

Conduta clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando atrofia com inflamação

Conduta clínica: após avaliação da sintomatologia e do exame ginecológico, podem ser utilizados cremes vaginais contendo estrogênios.

Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando radiação

Nos casos de câncer do colo do útero, o exame citopatológico deve ser realizado para controle de possível persistência de neoplasia residual ou de recidiva da neoplasia após tratamento radioterápico.

Conduta clínica: nos casos em que a citopatologia diagnosticar lesão intra-epitelial (LIE), previsível após tratamento radioterápico, a conduta deverá ser a mesma indicada para lesão intra-epitelial em pacientes submetidas a esse tratamento, devendo ser seguida de acordo com o grau da LIE.

Ressaltamos a importância do preenchimento completo e adequado dos dados de anamnese constantes do formulário de Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero.

Achados microbiológicos

- *Lactobacillus* sp.;
- cocos;
- outros bacilos.

São considerados achados normais. Fazem parte da flora vaginal e não caracterizam infecções que necessitem de tratamento.

Conduta clínica: a paciente com sintomatologia deve ser encaminhada para avaliação ginecológica.

Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Queixas ginecológicas

As queixas ginecológicas não só devem ser valorizadas, mas solucionadas, considerando que os laudos do exame citológico, na maioria das vezes, mencionam agentes microbiológicos que, quando associados às queixas clínicas, merecem tratamento específico.

5.2. Alterações pré-malignas ou malignas no exame citopatológico

A discussão das condutas preconizadas, apresentadas a seguir, foi baseada, principalmente, no Consensus Guidelines for the Management of Women with Cervical Cytological Abnormalities (2001)⁽³³⁾, embora inúmeros trabalhos científicos tenham sido consultados pelos grupos de trabalho.

5.2.1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado

Atualmente, as atipias escamosas de significado indeterminado representam a atipia citológica mais comumente descrita nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero. Esse achado citológico é de difícil reprodutibilidade entre citopatologistas experientes e são consideradas aceitáveis taxas inferiores a 5% do total de exames realizados⁽²⁷⁾.

A repetição do exame citopatológico possui sensibilidade entre 67% e 85%⁽²⁸⁻³⁴⁾. Não existem dados suficientes para definir o número e o intervalo entre as repetições das citologias, sendo definido pelo grupo de trabalho o intervalo de seis meses.

As atipias escamosas de significado indeterminado foram divididas em alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas (ASCUS de

Bethesda) e em alterações escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H – Bethesda)⁽²⁶⁾.

5.2.1.1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não-neoplásicas

Cerca de 5% a 17% das mulheres com esta atipia apresentam diagnóstico de neoplasia intra-epitelial II e III^(21, 27, 28) e 0,1% a 0,2%, de carcinoma invasor no exame histopatológico, demonstrando, assim, baixo risco de lesões mais avançadas^(12, 18).

A colposcopia apresenta alta sensibilidade (96%) e baixa especificidade (48%), as quais causam alta taxa de sobrediagnóstico e de sobretratamento. Estudos têm mostrado desaparecimento dessas alterações (células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas) em 70% a 90% das pacientes mantidas sob observação e tratamento das infecções preexistentes⁽¹²⁾. A colposcopia é, portanto, um método desfavorável como a primeira escolha na condução das pacientes que apresentam alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásico. A conduta preconizada é a repetição da citologia, em seis meses, na unidade de atenção básica.

Se dois exames citopatológicos subsequentes semestrais, na unidade de atenção básica, forem negativos, a paciente

deverá retornar à rotina de rastreamento citológico. Porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for sugestivo de lesão igual ou mais grave a células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de referência de média complexidade para colposcopia imediata. Apresentando lesão, deve-se proceder a biópsia e recomendação específica a partir do laudo histopatológico. Caso a colposcopia não apresente lesão, deve-se repetir a citologia em seis meses na unidade de referência de média complexidade. Diante de duas citologias negativas consecutivas, a paciente deverá ser reencaminhada para a rotina de rastreamento citológico na unidade de atenção básica. Se a citologia de repetição for sugestiva de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, a paciente deverá ser submetida a nova colposcopia. Essa rotina deve ser mantida até que novo achado citológico diferente de atipias de células escamosas, de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas ou lesão colposcópica, venha a aparecer. No caso de citologia de repetição positiva sugestiva de lesão mais grave, deverá ser adotada conduta específica.

As condutas recomendadas para as pacientes com laudo citopatológico de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas são apresentadas na **Figura 1**.

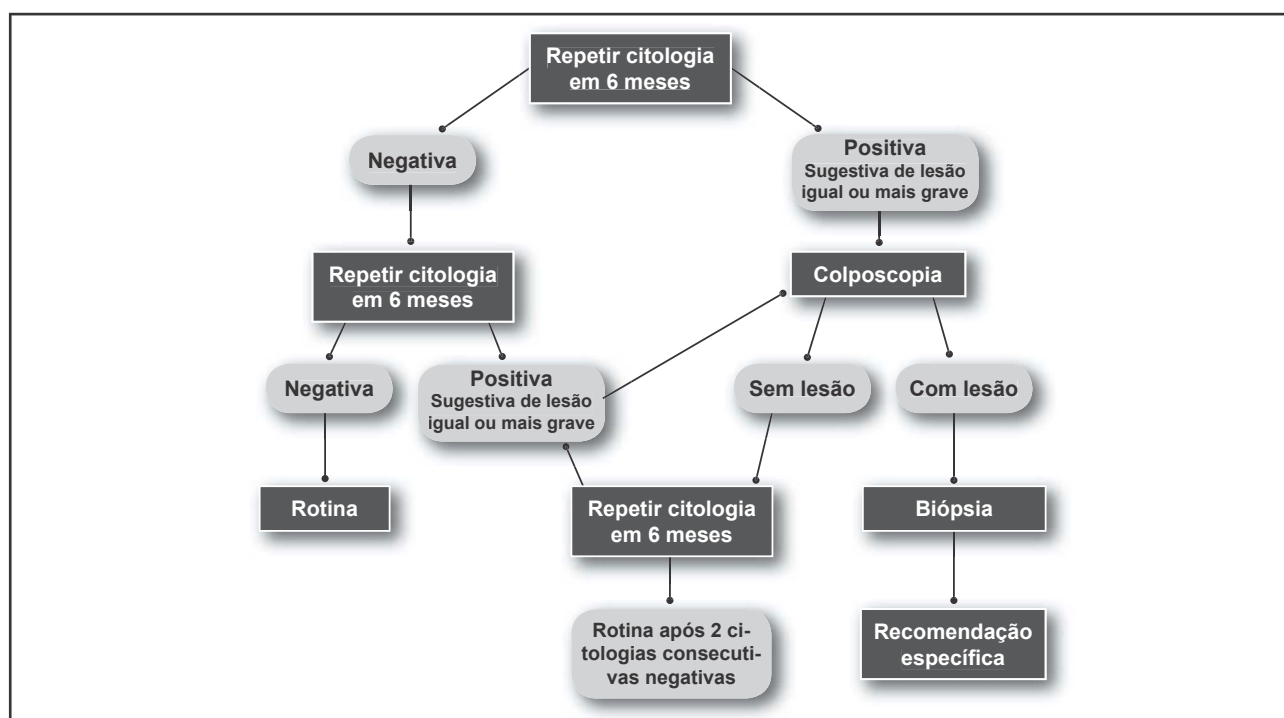


Figura 1 – Recomendações para condutas ante pacientes com células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas

5.2.1.2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau

Embora o diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau, seja menos comum que o de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, o risco de lesão de alto grau (NIC II e NIC III) subjacente é alto (24% a 94%)^(18, 24). Portanto, a conduta para todas as pacientes com esse laudo, na unidade de atenção básica, é a de encaminhá-las à unidade de referência de média complexidade para colposcopia imediata.

Caso a colposcopia mostre lesão, uma biópsia deve ser realizada com recomendação específica a partir do laudo histopatológico.

Não se detectando lesão à colposcopia, deve-se proceder, sempre que houver possibilidade, à revisão de lâmina:

- revisão de lâmina, “possível e altera o laudo”, a conduta a ser tomada será baseada no novo laudo;

- revisão de lâmina, “possível, mas não altera o laudo, ou impossível”, nova citologia e colposcopia devem ser realizadas em seis meses.

Duas citologias consecutivas negativas permitem que a paciente seja reencaminhada à unidade de atenção básica para a rotina de rastreamento citológico. Se a citologia, em seis meses, for sugestiva de lesão de baixo grau ou menos grave com colposcopia negativa, dever-se-á seguir conduta específica.

Caso o resultado citopatológico seja igual ou sugestivo de lesão mais grave com colposcopia negativa, o procedimento excisório deve ser realizado.

A biópsia se impõe sempre que haja lesão colposcópica, independente do laudo citológico de repetição.

As condutas recomendadas para as pacientes com células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau, são apresentadas na **Figura 2**.

5.2.2. Células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não-

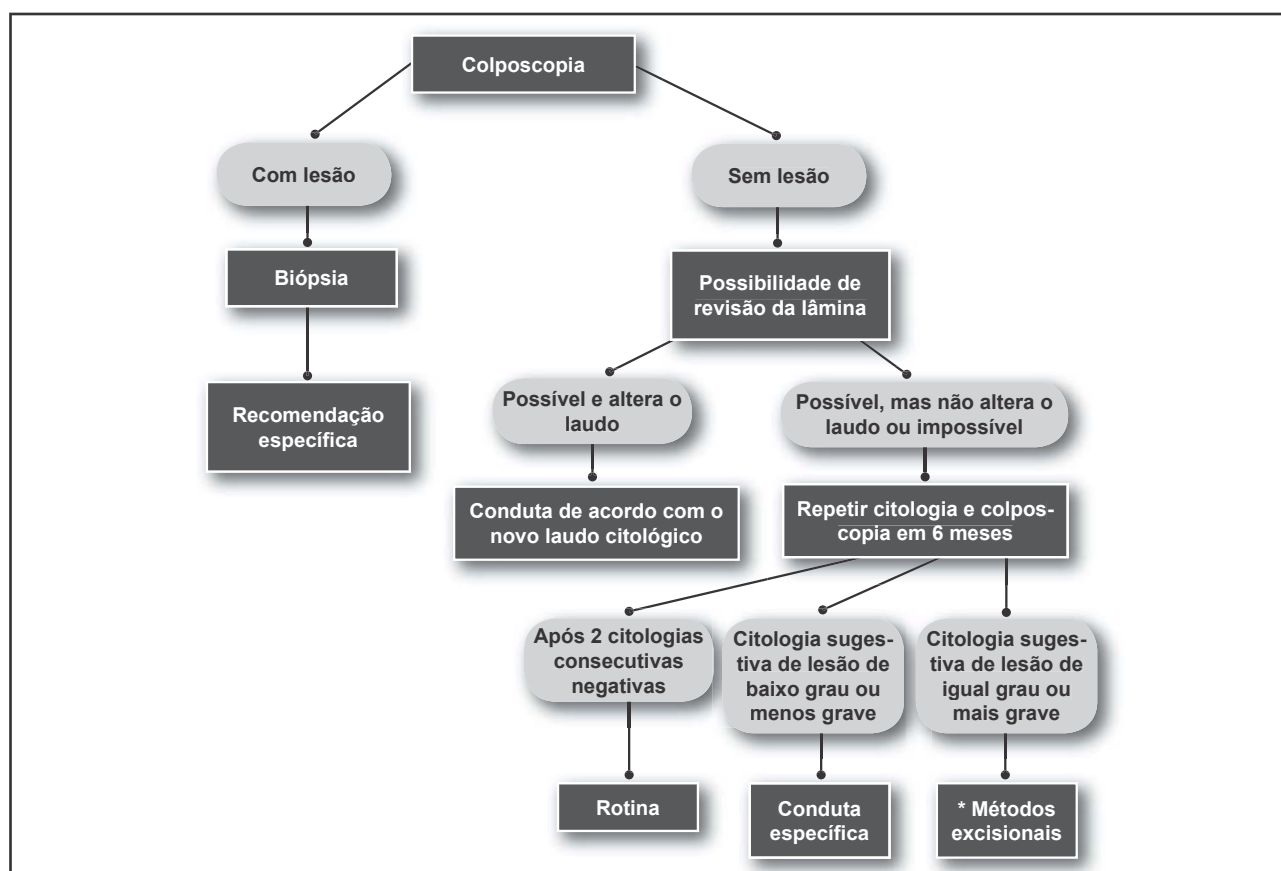


Figura 2 – Recomendações para condutas perante pacientes com células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau
Nota técnica: na presença de lesão colposcópica, sempre realizar biópsia.

*Nesse caso, o método excisional deve pressupor a retirada da zona de transformação e do canal cervical.

neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau

As pacientes com atipias glandulares apresentam, em 9% a 54% dos casos, NIC II e III, 0% a 8% adenocarcinoma *in situ* e 1% a 9% adenocarcinoma invasor no exame histopatológico^(4, 6, 11, 13, 18, 29, 30, 36). Portanto, a conduta preconizada é encaminhar a paciente à unidade de referência de média complexidade para a colposcopia imediata.

Até nova discussão, as condutas preconizadas para atipias glandulares são iguais, independente das suas subdivisões, possivelmente não-neoplásicas, em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

As pacientes que apresentarem lesão visível à avaliação colposcópica devem ser submetidas à biópsia, e, quando essa for positiva, deverá seguir recomendação específica. No caso de resultado negativo e naquelas pacientes que não apresentem lesão visível na colposcopia, realizar-se-á coleta do canal cervical imediata. O método recomendado para a coleta endocervical é o da escovinha (*cytobrush*), que apresenta maiores sensibilidade e especificidade que a curetagem endocervical. Além disso, a curetagem endocervical pode ocasionar alterações no epitélio do canal cervical que dificultarão a avaliação histopatológica da peça de conização, caso venha a ser realizada.

A conduta subsequente depende da avaliação do material obtido do canal cervical: se for negativo ou apresentar

apenas atipias em células escamosas, as pacientes seguirão conduta específica.

Quando a avaliação do material do canal endocervical resultar em atipias em células glandulares, a conização se impõe, recomendando-a a frio até que novos trabalhos constatem a eficácia de outros procedimentos.

Deve-se recomendar investigação endometrial e anexial às pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidade menstrual, assim como às mais jovens com sangramento transvaginal anormal. As investigações endometrial e anexial devem ser feitas por amostragem endometrial e por exame de imagem.

As condutas recomendadas para as pacientes com laudo citopatológico de células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não-neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau, são apresentadas na **Figura 3**.

5.2.3. Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não-neoplásicas e em que não se pode afastar lesão de alto grau

A categoria origem indefinida é mais uma inovação da nomenclatura brasileira destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. Essa categoria é rara, caracterizando-se como uma exceção, e sua abordagem deve ser direcionada, inicial-

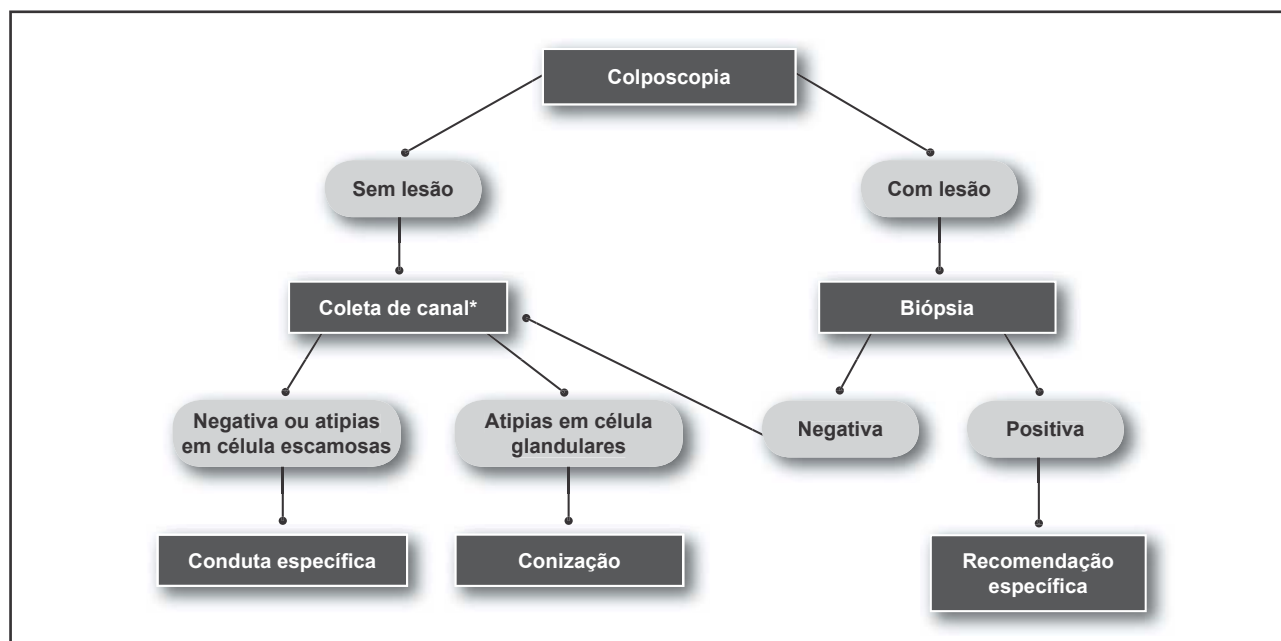


Figura 3 – Recomendações para condutas diante de pacientes com laudo citopatológico de células glandulares atípicas de significado indeterminado

Nota técnica: *A coleta de material do canal endocervical imediata com escova (*cytobrush*) é a recomendada. Nas mulheres com mais de 40 anos ou nas mais jovens com sangramento transvaginal anormal, deve-se proceder às investigações endometrial e anexial.

mente, ora para a conduta das células escamosas atípicas, ora para a conduta das células glandulares atípicas, de acordo com os resultados dos exames citopatológicos e colposcópicos subsequentes.

Como a colposcopia pode ser um direcionador de condutas, tanto para as escamosas atípicas como para as glandulares atípicas, a paciente que apresentar esta alteração citopatológica na unidade de atenção básica deve ser encaminhada à unidade de referência de média complexidade para colposcopia imediata.

Caso a paciente mostre lesão colposcópica, a biópsia é imperiosa. Se positiva, adotar recomendação específica. Se negativa ou se a colposcopia não mostrar lesão, deverá ser realizada uma nova citologia em três meses a contar da data da última coleta.

Se o resultado da nova citologia for negativo ou sugerir atipias em células escamosas, será adotada conduta específica. Se sugerir células glandulares atípicas, a paciente deverá ser submetida à conização. Entretanto, se o resultado citopatológico mantiver laudo de células atípicas de origem indefinida, uma investigação em centro especializado de alta complexidade deve ser realizada.

Recomendam-se investigações endometrial e anexial às pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidade menstrual, assim como para as mais jovens com sangra-

mento transvaginal anormal, toda vez que apresentarem citologia com atipia de origem indefinida. As investigações endometrial e anexial devem ser feitas por amostragem endometrial ou por exame de imagem.

As condutas recomendadas para as pacientes com laudo citopatológico de células atípicas de origem indefinida são apresentadas na **Figura 4**.

5.2.4. Lesão intra-epitelial de baixo grau

A interpretação citológica de lesão intra-epitelial de baixo grau é mais reprodutível do que a de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásica, apresentando 15% a 30% de chance de biópsia compatível com NIC II e NIC III^(18, 24).

A conduta preconizada é a repetição do exame citopatológico em seis meses na unidade de atenção básica, já que os estudos demonstram que na maioria das pacientes portadoras de lesão de baixo grau há regressão espontânea.

A colposcopia, como apresenta alta sensibilidade (96%), baixa especificidade (48%), alta taxa de sobrediagnóstico e de sobretratamento⁽¹²⁾, torna-se desfavorável como primeira escolha na condução das pacientes.

Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos na unidade de atenção básica, a paciente deve

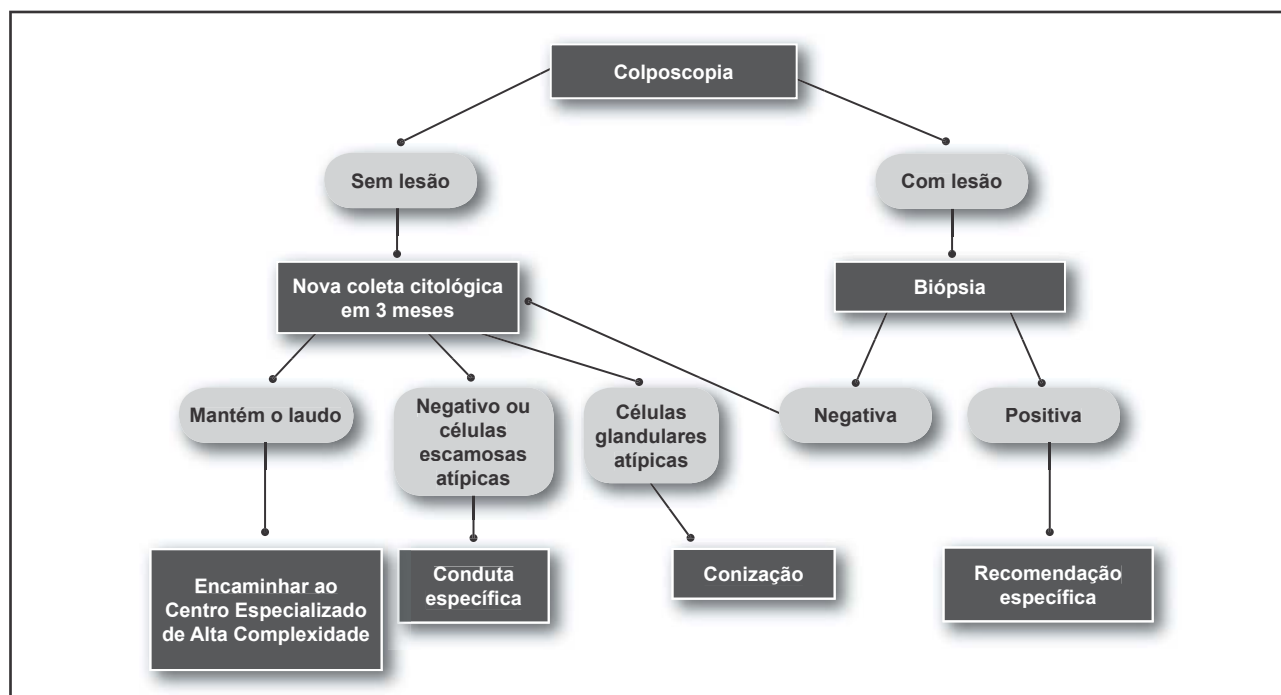


Figura 4 – Recomendações para condutas ante pacientes com laudo citopatológico de células atípicas de origem indefinida, possivelmente não-neoplásicas ou em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau

Nota técnica: Nas mulheres com mais de 40 anos ou nas mais jovens com sangramento transvaginal anormal, deve-se proceder às investigações endometrial e anexial.

retornar à rotina de rastreamento citológico. Se a citologia de repetição for positiva, com qualquer atipia celular, encaminhar à unidade de referência de média complexidade para colposcopia imediata.

Se a colposcopia mostrar lesão, realizar biópsia e recomendação específica a partir do laudo histopatológico.

Se a colposcopia não mostrar lesão, a repetição da citologia em seis meses se impõe. Duas citologias consecutivas negativas permitem reencaminhar a paciente à unidade de atenção básica para a rotina de rastreamento citológico.

Se algum resultado citopatológico for sugestivo de células escamosas atípicas e/ou glandulares, novamente a paciente deverá ser avaliada pela colposcopia. Se a colposcopia de repetição não mostrar lesão e a citologia de repetição mantiver laudo sugestivo de lesão de baixo grau ou de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, a paciente deve continuar em controles citológico e colposcópico semestrais, até que o achado citopatológico diferente do anterior ou a lesão colposcópica venham a aparecer. Outros achados citopatológicos sem lesão colposcópica deverão ser conduzidos de acordo com as condutas padronizadas para cada caso.

As condutas recomendadas para as pacientes com lesão intra-epitelial de baixo grau são apresentadas na **Figura 5**.

5.2.5. Lesão intra-epitelial de alto grau

Cerca de 70% a 75% das pacientes com laudo citológico de lesão intra-epitelial de alto grau apresentam confirmação diagnóstica histopatológica, e 1% a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor^(14, 16, 20). Sendo assim, todas as pacientes que apresentarem citologia sugestiva de lesão de alto grau na unidade de atenção básica deverão ser encaminhadas imediatamente para a unidade de referência de média complexidade para colposcopia como conduta inicial.

Quando a colposcopia for satisfatória e mostrar lesão totalmente visualizada e compatível com a citopatologia sugestiva de lesão intra-epitelial de alto grau, a conduta recomendada é a excisão ampla da zona de transformação do colo do útero por cirurgia de alta frequência (CAF), procedimento “ver e tratar” que permite realizar o diagnóstico e o tratamento simultaneamente. Esse método elimina a necessidade de uma biópsia prévia e de consultas adicionais – pré-tratamento, já que todo o procedimento é realizado em uma única consulta.

As condições para a realização do “ver e tratar” são uma colposcopia satisfatória com lesão totalmente visualizada, não ultrapassando os limites do colo do útero e concordante com a citopatologia sugestiva de lesão intra-epitelial de alto grau.

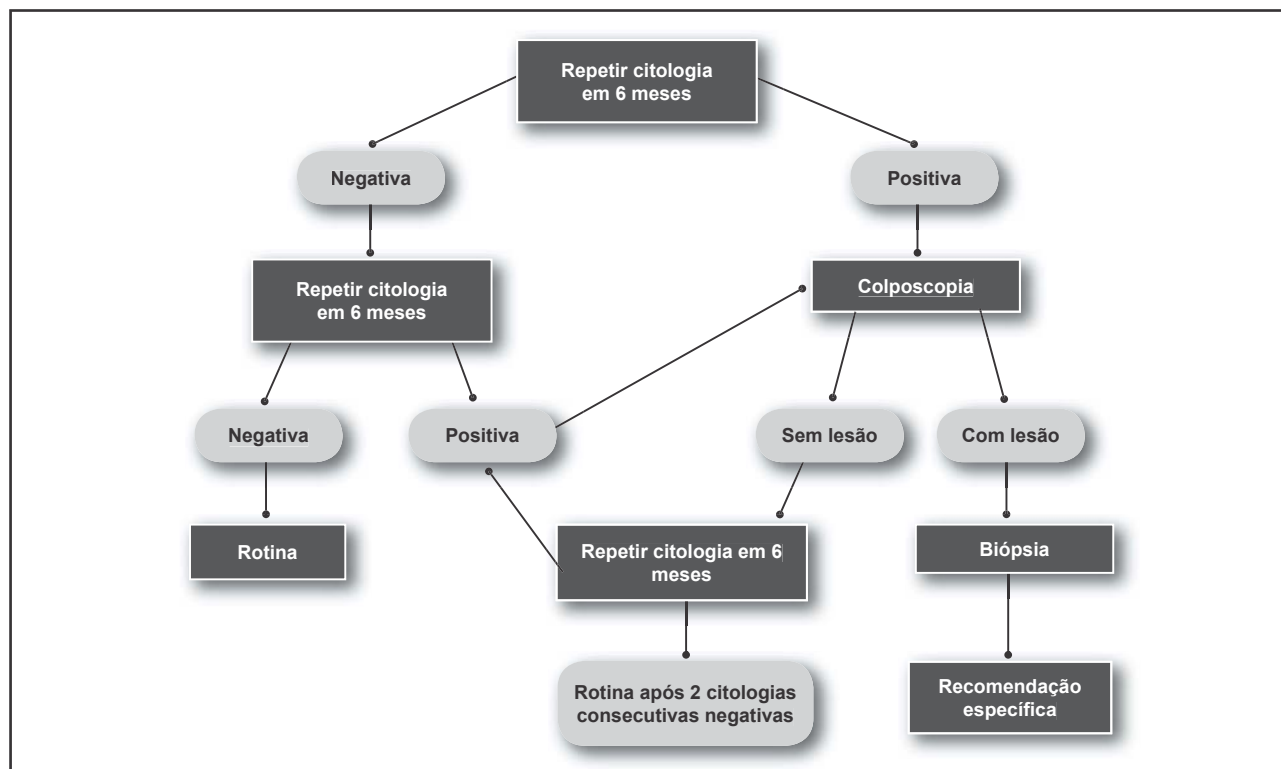


Figura 5 – Recomendações para condutas diante de pacientes com lesão intra-epitelial de baixo grau

Caso a colposcopia seja satisfatória e não contemple o “ver e tratar” ou mostre lesão não-concordante com a citopatologia, uma biópsia deve ser realizada. Se a biópsia for negativa ou apresentar diagnóstico de menor gravidade, deve-se repetir a citologia em três meses a contar do dia da realização da biópsia e adotar-se conduta específica de acordo com esse novo laudo citopatológico. Quando o resultado da biópsia for positivo com diagnóstico igual ou de maior gravidade, deve-se seguir recomendação específica.

Se a colposcopia for insatisfatória ou satisfatória e não mostrar nenhuma lesão, recomenda-se, sempre que houver possibilidade, a revisão de lâmina.

No caso de a revisão ser possível e alterar o laudo, a conduta será baseada nesse novo laudo citopatológico. Porém, diante de revisão possível, mas não alterando o laudo, ou impossível, uma nova citologia deve ser realizada após três meses a contar da data da coleta da citologia anterior. Se a citologia de repetição apresentar o mesmo resultado (lesão de alto grau), o procedimento excisório deve ser realizado. Se o resultado de repetição do exame citopatológico for diferente de lesão de alto grau, seguir conduta de acordo com o novo laudo.

Quando a colposcopia for insatisfatória e mostrar lesão, uma biópsia deve ser realizada. Se o resultado for de lesão de alto grau ou de lesão de menor gravidade, a recomendação

é a exérese por métodos extirpatórios, seja por cirurgia de alta frequência ou conização a bisturi a frio. Se a biópsia demonstrar diagnóstico maior que lesão de alto grau, então a paciente deve ser referenciada para o centro especializado de alta complexidade para procedimento específico.

As condutas recomendadas para as pacientes com lesões intra-epiteliais de alto grau são apresentadas na **Figura 6**.

5.2.6. Adenocarcinoma *in situ*/invasor

Cerca de 48% a 69% das mulheres com laudo citopatológico sugestivo de adenocarcinoma *in situ* apresentam confirmação da lesão à histopatologia e, dessas, 38% apresentam laudo de adenocarcinoma invasor^(17, 31). Portanto, todas as pacientes com citologia sugestiva de adenocarcinoma *in situ*, encontrada na unidade de atenção básica, deverão ser encaminhadas para a unidade de referência de média complexidade para colposcopia imediata, assim como as portadoras de laudo citopatológico sugestivo de adenocarcinoma invasor.

Se a colposcopia mostrar lesão, a biópsia deve ser realizada apenas para excluir invasão. Se o resultado histopatológico da biópsia não demonstrar lesão invasora, realizar conização. Caso seja confirmada a invasão, a paciente deve ser encaminhada para o centro especializado de alta complexidade.

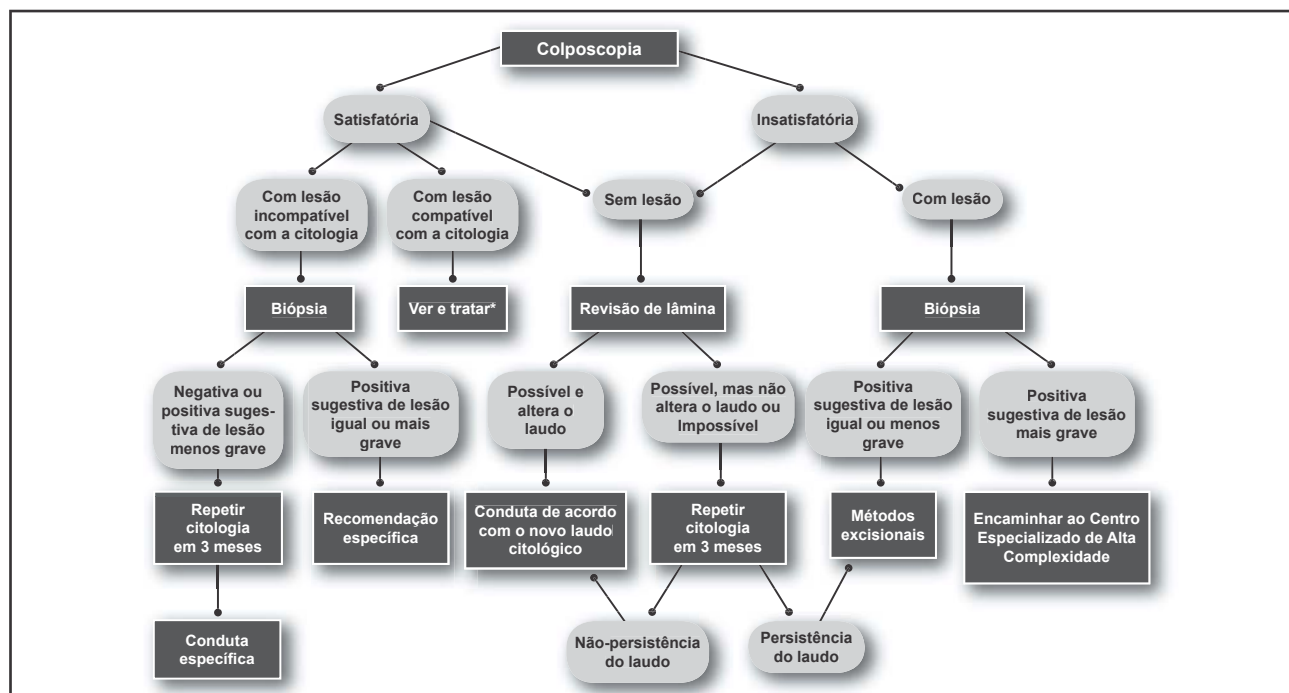


Figura 6 – Recomendações para condutas perante pacientes com lesão intra-epitelial de alto grau

Nota técnica: *O procedimento “ver e tratar” só poderá ser realizado quando a colposcopia for satisfatória, a lesão totalmente visualizada, não ultrapassando os limites do colo do útero, e quando houver concordância citocolposcópica de lesão intra-epitelial de alto grau.

Se a colposcopia não mostrar lesão, indica-se a conização, preferencialmente com bisturi a frio.

Aproximadamente 58% das pacientes com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma *in situ* apresentam concomitantemente lesão de alto grau⁽¹⁾, fato que não altera a conduta a ser tomada, ou seja, mantém-se a indicação da conização.

Recomendam-se investigações endometrial e anexial para as pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidade menstrual, assim como às pacientes mais jovens com sangramento transvaginal anormal toda vez que apresentarem citologia com atipia glandular de significado indeterminado. As investigações endometrial e anexial devem ser feitas por amostragem endometrial ou por exame de imagem.

As recomendações para as pacientes com lesões de adenocarcinoma *in situ*/invasor são apresentadas na **Figura 7**.

5.2.7. Lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor

Todas as pacientes que apresentem citopatologia sugestiva de lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor, na unidade de atenção básica, devem ser encaminhadas imediatamente à unidade de referência de média complexidade para col-

poscopia como conduta inicial. A definição histopatológica de invasão se impõe na unidade de referência de média complexidade.

Quando a colposcopia for satisfatória ou insatisfatória e não mostrar lesão, a conduta recomendada é a biópsia. Se o resultado da biópsia for de carcinoma invasor, a paciente deverá ser encaminhada para o centro especializado de alta complexidade. Se o resultado de biópsia não confirmar carcinoma invasor, realizar conização, desde que não haja indícios clínicos de invasão, situação na qual a paciente deverá ser encaminhada ao centro especializado de alta complexidade.

Quando a colposcopia for satisfatória ou insatisfatória e não mostrar lesão, indicar conização e recomendação específica.

As condutas recomendadas para as pacientes com lesões de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor são apresentadas na **Figura 8**.

5.2.8. Recomendações específicas de acordo com o laudo histopatológico

Considerando-se os laudos histopatológicos obtidos através dos métodos incisionais e/ou excisionais realizados na unidade de referência de média complexidade, as recomendações específicas a serem adotadas são apresentadas na **Figura 9**.

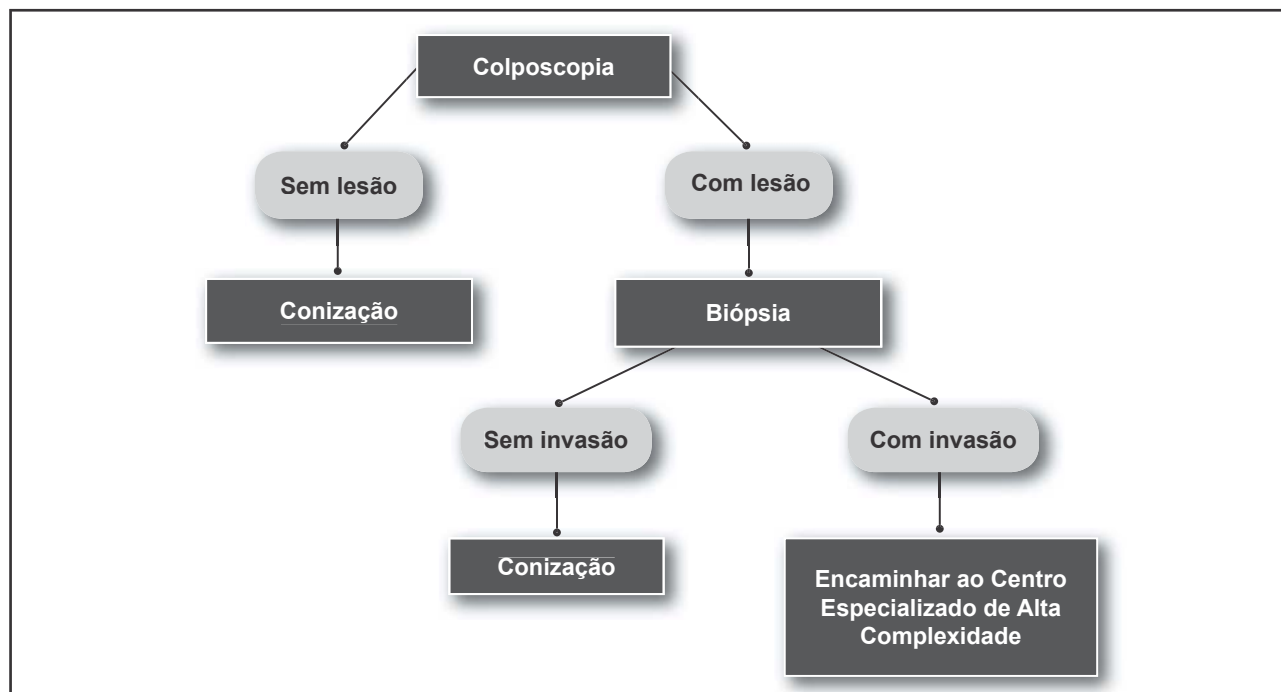


Figura 7 – Recomendações para condutas ante pacientes com adenocarcinoma *in situ*/invasor

Notas técnicas: 1. Nas mulheres com mais de 40 anos deve-se proceder às investigações endometrial e anexial, assim como nas mulheres mais jovens com sangramento transvaginal anormal; 2. a recomendação da realização de conização como conduta para as colposcopias sem lesão baseia-se na literatura científica que revela uma grande correlação citohistopatológica e com o fato de grande parte das colposcopias realmente não apresentar lesão.

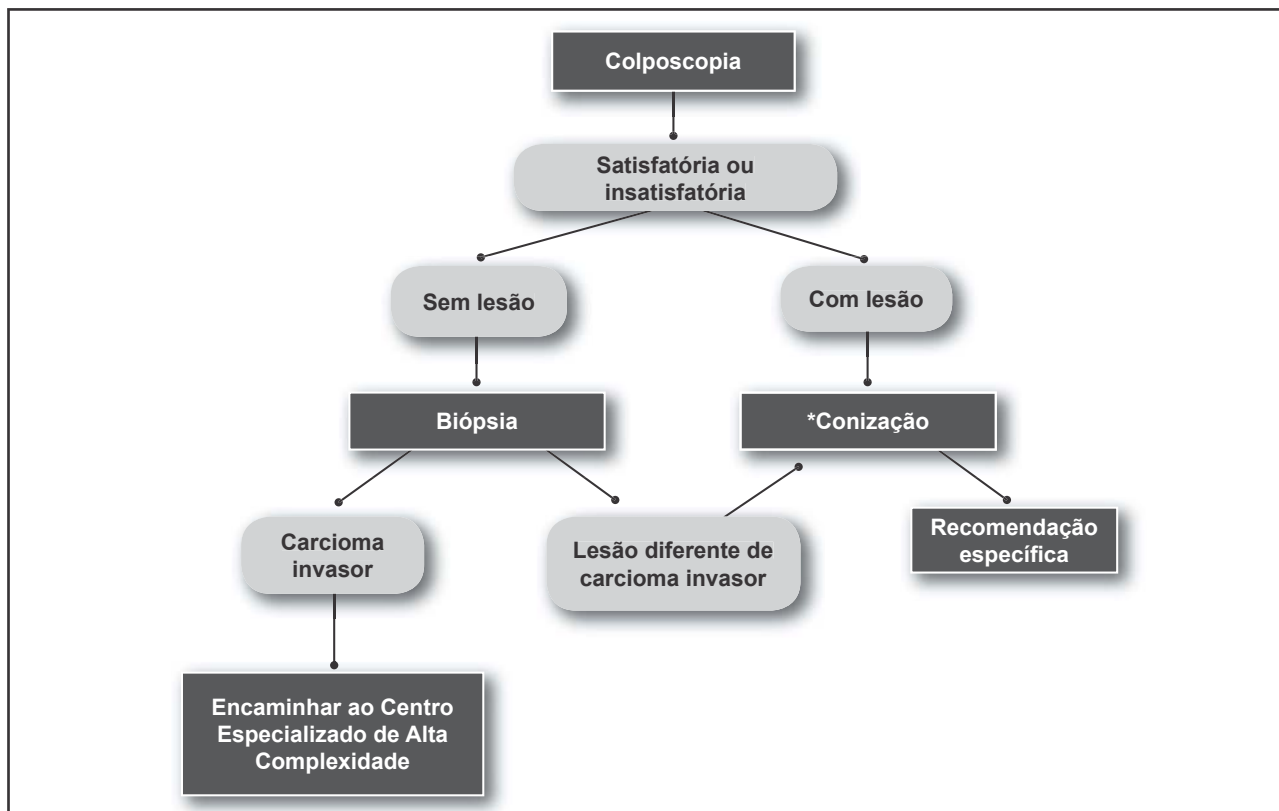


Figura 8 – Recomendações para condutas diante de pacientes com lesão de alto grau, não se podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor
 Nota técnica: *Exceto nos casos com indícios clínicos sugestivos de invasão, os quais serão encaminhados ao centro especializado de alta complexidade.

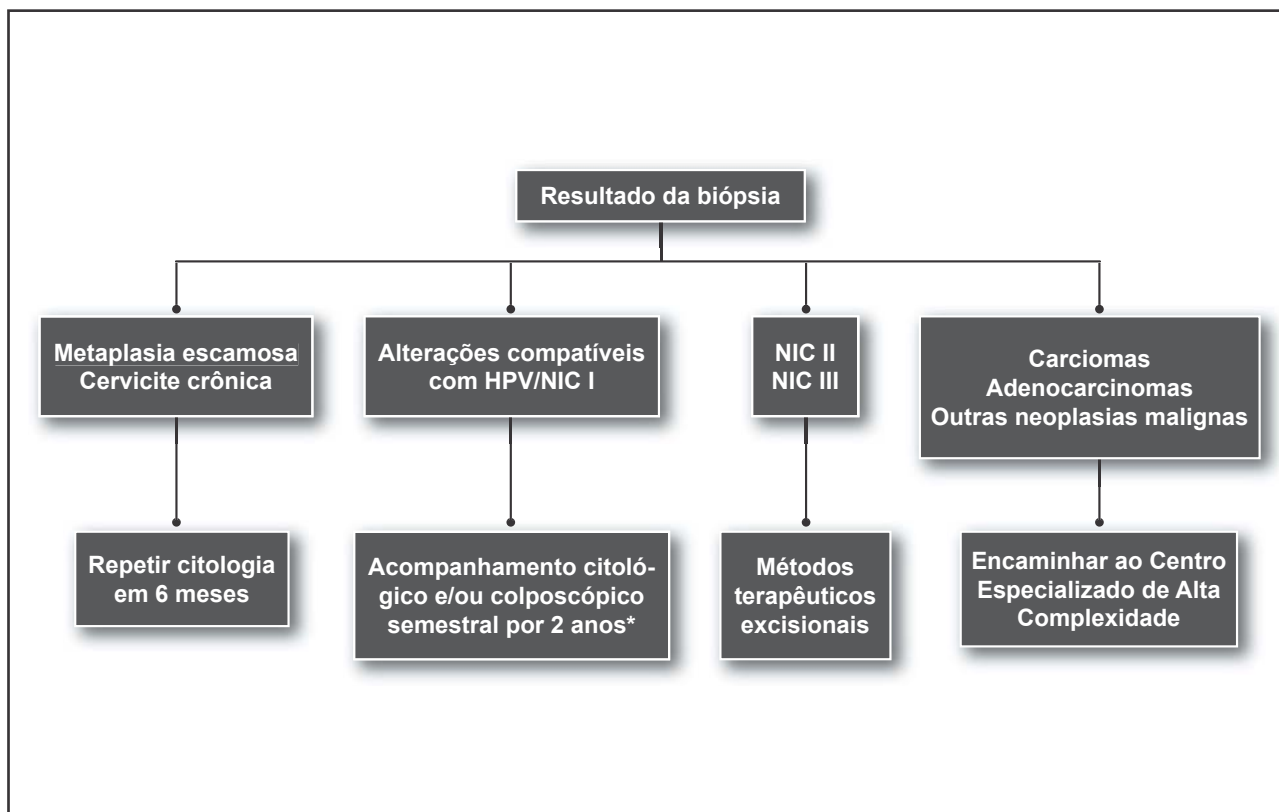


Figura 9 – Recomendações específicas de acordo com o laudo histopatológico
 Nota técnica: *Caso haja persistência das alterações citológicas e/ou colposcópicas, está indicada exérese da zona de transformação.

5.3. Situações especiais

5.3.1. Mulheres pós-menopausa

A conduta a ser adotada na unidade de atenção básica não se altera para as pacientes em pós-menopausa, exceto nas atipias celulares de significado indeterminado e neoplasia intra-epitelial de baixo grau, quando associada à atrofia genital constatada pelo exame clínico e/ou citológico, já que, nesses casos, há uma incidência maior de citologia falso-positiva. Nessa situação, a estrogenização, caso não haja contra-indicação, e a repetição citológica se impõem na unidade de atenção básica.

A estrogenização pode ser feita mediante a administração oral de estrogênios conjugados por sete dias, com a realização do exame citopatológico em até uma semana após o término do esquema ou a administração tópica de estrogênio creme por sete dias, com realização do exame citopatológico entre o terceiro e o sétimo dia após o término do esquema. As pacientes que apresentarem anormalidade citológica após estrogenização deverão ser encaminhadas à unidade de referência de média complexidade para colposcopia imediata e conduta. Naquelas que apresentarem resultado negativo, uma nova citologia deverá ser realizada em seis meses na unidade de atenção básica. Depois de duas citologias consecutivas negativas a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento.

As pacientes em pós-menopausa, uma vez na unidade de referência de média complexidade, serão submetidas às condutas anteriormente apresentadas nesse documento.

5.3.2. Mulheres imunodeprimidas

As mulheres imunodeprimidas, com resultado citológico alterado, têm risco aumentado de apresentarem lesão histopatológica mais grave, ou progressão da lesão, incluindo a evolução para o câncer do colo do útero. Recomenda-se, portanto, encaminhar à unidade de referência de média complexidade para colposcopia imediata.

Considera-se paciente imunodeprimida aquela portadora do HIV, usuária de corticóides, transplantada, entre outras.

Nas mulheres portadoras do HIV, as lesões precursoras apresentam envolvimento cervical mais extenso e com mais frequência envolvem outros órgãos do trato genital inferior, como a vagina, a vulva e a região perianal. A investigação da paciente com citologia sugestiva de lesões de baixo e alto graus e o respectivo tratamento devem ser acompanhados de introdução de terapia anti-retroviral eficaz. Isso reduz o

risco de recorrências, de progressão de lesões existentes e de persistência pós-tratamento.

As pacientes imunodeprimidas, uma vez na unidade de referência de média complexidade, serão submetidas às condutas anteriormente apresentadas nesse documento. Quando de retorno à unidade de atenção básica, deverão ser rastreadas anualmente por toda a vida em decorrência de maior risco de recidiva.

5.3.3. Gestantes

Estudos mostram que o risco de progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional é extremamente baixo e a regressão espontânea após o parto é relativamente frequente^(3, 23, 25, 35).

Gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a conduta recomendada para as pacientes não-grávidas na unidade de atenção básica.

Na unidade de referência de média complexidade, o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora; portanto, diante de uma colposcopia satisfatória ou insatisfatória mostrando lesão sugestiva de invasão, a biópsia se impõe. Caso contrário, isto é, na presença de lesão colposcópica sugestiva de lesão de alto grau ou de menor gravidade, a paciente permanecerá em controle colposcópico e citológico na unidade de referência de média complexidade, trimestralmente, até o parto. Confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada ao centro especializado de alta complexidade. Se a colposcopia for insatisfatória, não mostrando lesão, uma nova colposcopia deve ser realizada em três meses pela possibilidade de a colposcopia se tornar satisfatória na evolução da gravidez.

Toda lesão colposcópica associada à citologia de invasão deve ser passar por biópsia.

A conduta obstétrica, em princípio, para a resolução da gravidez não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto.

Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, na unidade de referência de média complexidade.

5.3.4. Adolescentes

De acordo com a Lei nº 8.069, de 13/7/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

Os achados de anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas têm aumentado progressivamente, alterando-se de 3% na década de 1970 para 20% na de 1990^(22, 32).

Nessa faixa etária, freqüentemente observam-se fatores de risco, como sexarca precoce, multiplicidade de parceiros e fatores de risco biológicos, que geram uma maior vulnerabilidade^(22, 32).

A conduta na unidade de atenção básica não se altera na adolescente, devendo-se, portanto, seguir as recomendações anteriormente apresentadas nesse documento.

Na unidade de referência de média complexidade, a adolescente deverá seguir as mesmas condutas recomendadas para as pacientes em pré-menopausa, exceto se o laudo histopatológico for de NIC I, em que a conduta deverá ser conservadora, não cabendo, portanto, a indicação de métodos excisionais na persistência citopatológica e/ou colposcópica. No caso de piora da lesão colposcópica e/ou da citologia de repetição, está indicada nova biópsia. Resultado histopatológico maior que NIC I, seguir recomendações específicas de acordo com o laudo.

O método “ver e tratar” não foi recomendado para as adolescentes e, mesmo quando houver concordância citocolposcópica, a biópsia se impõe.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os profissionais de saúde que contribuíram para essa publicação nas várias etapas e pelas valiosas contribuições técnicas que levaram à elaboração desse documento. Nosso reconhecimento especial aos colegas que, com as diferentes experiências profissionais, permitiram um amplo enfoque no seu conteúdo e uma seqüência didática na sua apresentação e à Fundação Oncocentro de São Paulo pela cessão de parte do conteúdo do documento.

Lista dos participantes nas diferentes etapas do trabalho

Afrânio Coelho, Alexandre José Peixoto Donato, Alvaro Piazzetta Pinto, Ana Cristina Lima Pinheiro, Ana Maria Castro Morillo, Andreia Xavier Polastro, Antonio Luiz Almada Horta, Carlos Alberto Fernandes Ramos, Carlos Alberto Ribeiro, Carlos Alberto Temes de Quadros, Carlos Eduardo Polastri Claro, Celso di Loreto, Claudia Jacinto, Claudia Marcia Pereira Passos, Claudio Aldila Oliveira da Costa, Claudio Bernardo H. Pereira Oliveira, Cleide Regina da Silva Carvalho, Clovis dos Santos Andrade, Deise de Carvalho Dias, Delia Maria Rabelo, Dely Cristina Martins, Denise

Barbosa, Denise José Pereira, Élbio Cândido de Paula, Elias Fernando Miziara, Elizabeth Cristina de Souza Mendes, Elsie Barony de Oliveira, Elza Baia de Brito, Elza Gay Pereyra, Estefania Mota Araripe Pereira, Ethel Cristina Souza Santos, Euridice Figueiredo, Fabio Russomano, Fatima Edilza Xavier de Andrade, Fatima Meirelles Pereira Gomes, Fatima Regina Gomes Pinto, Fernando Azeredo, Francisco de Assis Leite Filho, Francisco José Batista da Silva, Gerson Botacini das Dores, Giani Silvana Schwengber Cezimbra, Gleyce Juventelles de Oliveira Anunciação, Gulnar Azevedo e Silva Mendonça, Gutemberg Leão de Almeida Filho, Henrique de Oliveira Costa, Hercílio Fronza Júnior, Ilsa Prudente, Ilzia Doraci Lins Scapulatempo, Isa Maria Mello, Isabel Cristina Chuvalis Doval, Ivana Porto Ribeiro, João Batista da Silva, Joel Takashi Totsugui, Jorge Henrique Gomes de Mattos, Jose Anselmo Cordeiro Lopes, José Antonio Marques, José Eluf Neto, José Guilherme Berenguer Flores, José Helvécio Kalil, José Mauro Secco, Josefina de Andrade Monteiro de Barro, Jucelei Escandela, Jupira Mesquita, Jurandyr Moreira de Andrade, Katia Regina Santos Lima, Laudycéia de S. Oliveira, Leda Pereira de Barcelos, Leonel Ricardo Curcio Junior, Letícia Katz, Liana Ariza, Luciane Maria Oliveira Brito, Lucilia Maria Gama Zardo, Luiz Cálice Cintra, Luiz Carlos de Lima Ferreira, Luiz Carlos Zeferino, Luiz Claudio Santos Thuler, Luiz Fernando Bleggi Torres, Luiz Martins Collaço, Manoel Afonso Guimarães Gonçalves, Marco Antônio Oliveira Apolinário, Marco Antonio Teixeira Porto, Marcos André Félix da Silva, Marcus Valério Frohe de Oliveira, Maria Beatriz Kneipp Dias, Maria da Conceição Aguiar Lyra, Maria Diva Lima, Maria do Carmo Esteves da Costa, Maria Fátima de Abreu, Maria Isabel do Nascimento, Maria José Camargo, Maria José de Souza Ferreira, Maria Lúcia Prest Martelli, Maria Midori Piragibe, Maria Odete Abrantes Correia Lopes, Maria Raymunda de Albuquerque Maranhão, Marieta Maldonado, Marilene Filgueiras Nascimento, Marina Andrade Amaral, Marina Lang Dias Rego, Maristela V. Peixoto, Maura Raquel Ferreira Sousa Vidal, Midori Piragibe, Mônica de Assis, Morgana Martins dos Santos, Nabiha Taha, Neil Chaves de Souza, Nelson Cardoso de Almeida, Nelson Valente Martins, Ney da Silva Pereira, Nilza Maria Sobral Rebelo Horta, Norma Império Meyrelles, Olimpio F. de Almeida Neto, Paula Fernandes de Brito, Paula Maldonado, Paulo Giraldo, Paulo Sergio Peres Fonseca, Renata Aranha, Risoleide Marques de Figueiredo, Roberto Junqueira de Alvarenga, Ronaldo Correa F. da Silva, Ronaldo L. Rangel Costa, Roseli Monteiro da Silva, Rui Luzzaito, Sergio M. Bicalho, Sérgio Tavaloro Pereira, Sheila Rochelin, Sônia Maria Lima S. Marcena, Sueli Aparecida Maeda, Tânia Maria Cruz Werton Veras, Terezinha Castelo Branco Carvalho, Therezinha Sanfim Cardoso, Valeria de Andrade, Valeria Hora de Mello, Vânia Reis Girianelli, Vera Lucia Motta da Fonseca, Virgílio Augusto G. Parreira, Virginia Borges Nassralla, Wanuzia Queila de Miranda, Wilhermo Torres, Wilna Krepe Leiros Dias.

Referências

1. AHDOOT, D. *et al.* The effect of route of delivery on regression of abnormal cervical cytologic findings in the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol*, v. 178, n. 6, p. 1116-20, 1998.
2. BERGERON, C. *et al.* Human papillomavirus testing in women with mild cytologic atypia. *Obstet Gynecol*, v. 95, n. 6 Pt 1, p. 821-7, 2000.
3. COMMONWEALTH OF AUSTRALIA. *Screening to prevent cervical cancer: guidelines for the management of asymptomatic women with screen detected abnormalities*. 2005.
4. Duska, L. R. *et al.* Clinical evaluation of atypical glandular cells of undetermined significance on cervical cytology. *Obstet Gynecol*, v. 91, n. 2, p. 278-82, 1998.
5. FERRIS, D. G. *et al.* Triage of women with ASCUS and LSIL on Pap smear reports: management by repeat Pap smear, HPV DNA testing, or colposcopy? *J Fam Pract*, v. 46, n. 2, p. 125-34, 1998.
6. GOFF, B. A. *et al.* Endocervical glandular atypia in Papanicolaou smears. *Obstet Gynecol*, v. 79, p. 101-4, 1992.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD 2005: *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. IBGE.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; Ministério da Saúde. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro (Brasil): INCa; 2005.
9. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; Ministério da Saúde. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro (Brasil): INCa; 2004.
10. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCa. *Rev Bras Cancerol*, v. 48, n. 1, p. 13-5, 2002.
11. JONES, B. A.; DAVEY, D. D. Quality management in gynecologic cytology using interlaboratory comparison. *Arch Pathol Lab Med*, v. 124, p. 672-81, 2000.
12. JONES, B. A.; NOVIS, D. A. Follow-up of abnormal gynecologic cytology: a college of American pathologists Q-probes study of 16132 cases from 306 laboratories. *Arch Pathol Lab Med*, v. 124, n. 5, p. 665-71, 2000.
13. KENNEDY, A. W. *et al.* Results of the clinical evaluation of atypical glandular cells of undetermined significance (AGCUS) detected on cervical cytology screening. *Gynecol Oncol*, v. 63, n. 1, p. 14-8, 1996.
14. KINNEY, W. K. *et al.* Where's the high-grade cervical neoplasia? The importance of minimally abnormal Papanicolaou diagnoses. *Obstet Gynecol*, v. 91, n. 6, p. 973-6, 1998.
15. KOSS, G. L.; MELAMED, R. M. *Koss' diagnostic cytology and its histopathologic bases*. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
16. LAVERTY, C. R. *et al.* The reliability of a cytological prediction of cervical adenocarcinoma in situ. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, v. 28, p. 307-12, 1988.
17. LEE, K. R.; MANNA, E. A.; ST JOHN, T. Atypical endocervical glandular cells: accuracy of cytologic diagnosis. *Diagn Cytopathol*, v. 13, p. 202-8, 1995.
18. LONKY, N. M. *et al.* The clinical significance of the poor correlation of cervical dysplasia and cervical malignancy with referral cytologic results. *Am J Obstet Gynecol*, v. 181, p. 560-6, 1999.
19. MANOS, M. M. *et al.* Identifying women with cervical neoplasia: using human papillomavirus DNA testing for equivocal Papanicolaou results. Identifying women with cervical neoplasia. *JAMA*, v. 28, n. 17, p. 1605-10, 1999. *Comment in: JAMA*, v. 281, n. 17, p. 1645-7, 1999.
20. MASSAD, L. S.; COLLINS, Y. C.; MEYER, P. M. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda System. *Gynecol Oncol*, v. 82, p. 516-22, 2001.
21. MITCHELL, M. F. *et al.* Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesion: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*, v. 91, n. 4, p. 626-31, 1998.
22. MOUNT, S. L.; PAPILLO, J. L. A study of 10,296 pediatric and adolescent Papanicolaou smear diagnoses in northern New England. *Pediatrics*, v. 103, n. 3, p. 539-45, 1999.
23. PARAKEVAIDIS, E. *et al.* Management and evolution of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy and postpartum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, v. 104, n. 1, p. 67-9, 2002.
24. RONNETT, B. M. *et al.* Atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS): cytopathologic features, histopathologic results, and human papillomavirus DNA detection. *Hum Pathol*, v. 30, n. 7, p. 816-25, 1999.
25. SIRISTATIDIS, C. H. *et al.* The role of the mode of delivery in the alteration of intrapartum pathological cervical cytologic findings during the postpartum period. *Eur J Gynecol Oncol*, v. 23, n. 4, p. 358-60, 2002.
26. SOLOMON, D. *et al.* The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*, v. 287, n. 16, p. 2114-9, 2002.
27. SOLOMON, D. *et al.* ASCUS and AGUS criteria. International Academy of Cytology Task Force summary. Diagnostic Cytology Towards the 21st Century: an International Expert Conference and Tutorial. *Acta Cytol*, v. 42, n. 1, p. 16-24, 1998.
28. SOLOMON, D.; SCHIFFMAN, M.; TARONE, R.; ALTS STUDY GROUP. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst*, v. 93, n. 4, p. 293-9, 2001.
29. TAYLOR, R. R. *et al.* Atypical cervical cytology: colposcopic follow-up using the Bethesda System. *J Reprod Med*, v. 38, n. 6, p. 443-7, 1993.
30. VALDINI, A. *et al.* Incidence and evaluation of an AGUS Papanicolaou smear in primary care. *J Am Board Fam Pract*, v. 14, p. 172-7, 2001.
31. VAN ASPERT-VAN ERPA, A. J.; SMEDTS, F. M.; VOOLJS, G. P. Severe cervical glandular cell lesions and severe cervical combined

- lesions: predictive value of the Papanicolaou smear. *Cancer*, v. 102, n. 4, p. 210-7, 2004.
32. WRIGHT, J. D. et al. Cervical dysplasia in adolescents. *Obstet Gynecol*, v. 106, p. 115-20, 2005.
33. WRIGHT, T. C. Jr. et al. ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA*, v. 287, n. 16, p. 2120-9, 2002.
34. WRIGHT, T. C. Jr. et al. Reflex human papillomavirus deoxyribonucleic acid testing in women with abnormal Papanicolaou smears. *Am J Obstet Gynecol*, v. 178, n. 5, p. 962-6, 1998.
35. YOST, N. P. et al. Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia II and III lesions. *Obstet Gynecol*, v. 93, n. 3, p. 359-62, 1999.
36. ZWEIZIG, S. et al. Neoplasia associated with atypical glandular cells of undetermined significance on cervical cytology. *Gynecol Oncol*, v. 65, n. 2, p. 314-8, 1997.

Glossário

Centro especializado de alta complexidade – Consideram-se centro especializado de Alta Complexidade em Oncologia os hospitais definidos pela Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005; unidades de alta complexidade em oncologia, centros de assistência de alta complexidade em oncologia (CACON) e centros de referência de alta complexidade em oncologia.

Unidade de alta complexidade em oncologia – “Hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil”.

CACON – “Hospital com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para diagnóstico definitivo e tratamento definitivo para todos os tipos de câncer.”

Centro de referência de alta complexidade em oncologia – “CACON que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica”.

Colposcopia – Método ótico para exame do trato genital inferior iluminado com magnificação intermediária entre o olho desarmado e o pequeno aumento do microscópio. Recomenda-se que a colposcopia seja sempre diferencial, isto é, não se restrinja às simples observação e descrição dos achados, mas que seja suficientemente rigorosa e pormenorizada para melhor dirigir o ato da biópsia, localizando o epicentro da lesão, o ponto mais significativo, aquele com maior probabilidade de corresponder ao substrato histopatológico sugerido pelo achado colposcópico.

Colposcopia insatisfatória – Considera-se colposcopia insatisfatória o exame que apresente pelo menos uma das seguintes condições: junção escamocolumnar não-visível, inflamação severa, atrofia severa, trauma ou cérvix não-visível.

Colposcopia satisfatória – Considera-se satisfatória a colposcopia que não apresente pelo menos uma das seguintes condições: junção escamocolumnar não-visível, inflamação severa, atrofia severa, trauma ou cérvix não-visível.

Colposcopia sem lesão – Considera-se sem lesão o exame sem achados colposcópicos anormais ou sugestivos de câncer invasivo.

Conduta específica – Qualquer medida tomada diante de um resultado citológico.

Métodos excisionais – Esses métodos incluem tanto a exérese completa da zona de transformação, como a conização.

Conização – remoção da zona de transformação e de parte variável do canal cervical. A extensão da excisão depende da gravidade da lesão em tratamento, da idade da paciente, da visualização da junção escamocolumnar, entre outros fatores. A decisão quanto à extensão deve ser tomada em função do texto de “Condutas preconizadas” e de acordo com o julgamento do médico para cada caso.

Recomendação específica – Qualquer conduta tomada diante de um resultado histopatológico.

Terminologia colposcópica – Nomenclatura para laudos colposcópicos, sendo recomendada a adoção da terminologia colposcópica da Internacional Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC) – Barcelona 2002.

Unidade de atenção básica – Unidade que compõe a estrutura básica de atendimento aos usuários do SUS. Pode ser:

- unidade saúde da família: unidade pública específica para a prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde;
- posto de saúde: unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com presença intermitente ou não de profissional médico;

- centro de saúde/unidade de atenção básica: unidade para a realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médicos generalistas ou especialistas nessas áreas. Pode ou não oferecer serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) e pronto atendimento 24 horas;
- unidade móvel fluvial: barco/navio equipado como unidade de saúde, contendo, no mínimo, um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico;
- unidade terrestre móvel para atendimento médico-odontológico: veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente;
- unidade mista: unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista;
- ambulatório de unidade hospitalar: serviço de atenção básica que funciona em hospitais.

Unidade de referência de média complexidade – unidade de referência para tratamento e acompanhamento das condutas preconizadas de alterações pré-malignas ou malignas

no exame citopatológico. A média complexidade é um dos três níveis de atenção à saúde considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no art. 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do sistema de informações ambulatoriais são os seguintes: 1. procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2. cirurgias ambulatoriais especializadas; 3. procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4. ações especializadas em odontologia; 5. patologia clínica; 6. anatomopatologia e citopatologia; 7. radiodiagnóstico; 8. exames ultra-sonográficos; 9. diagnóstico; 10. fisioterapia; 11. terapias especializadas; 12. próteses e órteses; 13. anestesia. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sociodemográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações.