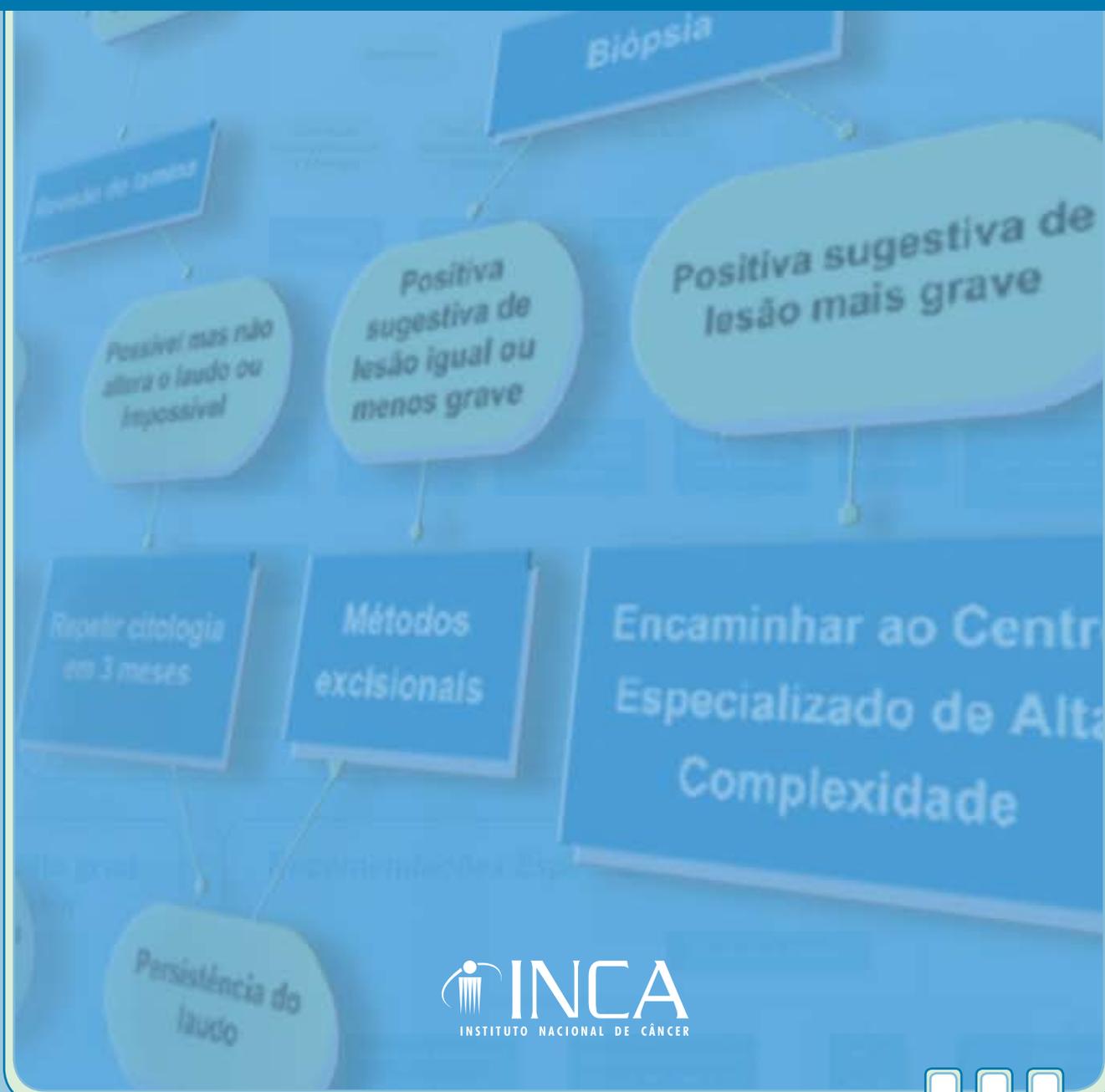


NOMENCLATURA BRASILEIRA PARA LAUDOS CERVICAIS E CONDUTAS PRECONIZADAS

Recomendações para profissionais de saúde



*Instituto Nacional de Câncer
Ministério da Saúde*

**NOMENCLATURA BRASILEIRA PARA LAUDOS
CERVICAIS E CONDUITAS PRECONIZADAS**
(RECOMENDAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

*2ª edição
Rio de Janeiro
2006*

© 2006 – **Ministério da Saúde**

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou meio eletrônico, e mecânico, fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem a permissão expressa do Instituto Nacional de Câncer/MS
(Lei n.º 5.988, de 14.12.73)*

Ministério da Saúde

José Saraiva Felipe

Secretaria de Assistência à Saúde

José Gomes Temporão

Instituto Nacional de Câncer

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

Coordenação de Prevenção e Vigilância

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Divisão de Atenção Oncológica

Roberto Parada

Tiragem dessa edição: 100.000 exemplares

Criação, redação e distribuição:

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev

Rua dos Inválidos, 212 – 2º, 3º e 4º andares

20231 – 020 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (0XX21) 3970.7403 – ramal

Fax: (0XX21) 3970.7505

e-mail: conprev@inca.gov.br

Editoração

g-dés

Impressão

Esdeva

Ficha Catalográfica

B823n

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. - Rio de Janeiro: INCA, 2006. 65 p.

Bibliografia.

ISBN 85-7318-109-5

1. Neoplasias do Colo Uterino – prevenção & controle. 2. Neoplasias do Colo Uterino – diagnóstico. 3. Terminologia. 4. Brasil. I. Título.

CDD 616.99466

Equipe Técnica

Fátima Meirelles Pereira Gomes – MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica
Giani Silvana Schwengber Cezimbra –MS/ Área Técnica de Saúde da Mulher
Lucilia Maria Gama Zardo - MS/INCA/DIPAT/SITEC
Maria Fátima de Abreu - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica
Olímpio Ferreira Neto – MS/INCA/Hospital do Câncer II

Sub-Grupo de Redação

Fátima Meirelles Pereira Gomes – MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica
Isa Maria Mello – Associação Brasileira de Genitoscopia
Leda Pereira de Barcelos – Sociedade Brasileira de Citopatologia – SBC
Maria Diva Lima – Associação Brasileira de Genitoscopia
Maria Fátima de Abreu - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica
Neil Chaves de Souza – SMS-RJ- PAM Manoel Guilherme da Silveira
Olímpio Ferreira Neto – MS/INCA/Hospital do Câncer II

Redação Final

Fátima Meirelles Pereira Gomes – MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica
Giani Silvana Schwengber Cezimbra –MS/ Área Técnica de Saúde da Mulher
José Antonio Marques – Fundação Oncocentro de São Paulo – FOSP
Jurandyr Moreira de Andrade – Federação Brasileira da Associação de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO
Lucilia Maria Gama Zardo - MS/INCA/DIPAT/SITEC
Luiz Carlos Zeferino – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas - CAISM/UNICAMP
Marco Antonio Teixeira Porto - MS/INCA/Coodenação de Ações Estratégicas
Maria Fátima de Abreu - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica
Neil Chaves de Souza – SMS-RJ- PAM Manoel Guilherme da Silveira
Olímpio Ferreira Neto – MS/INCA/Hospital do Câncer II

Revisão Científica

Tânia Chalhub – MS/INCA/CEDC

Revisão Bibliográfica

Eliana Rosa da Fonseca – MS/INCA/CEDC

Revisão de Texto

Maria Helena Rossi Oliveira– MS/INCA/CEDC

Editoração e Projeto Gráfico

gdés

Divisão de Comunicação Social/INCA

Claudia Gomes

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	6
<i>1. Introdução</i>	7
<i>2. Metodologia de Trabalho</i>	10
<i>3. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais</i>	13
3.1. Tipos de Amostra	14
3.2. Avaliação Pré-analítica	14
3.3. Adequabilidade da Amostra	15
3.4. Diagnóstico Descritivo	16
3.4.1. Alterações celulares benignas	16
3.4.2. Atipias celulares	17
3.5. Microbiologia	19
<i>4. Avaliação Pré-Analítica e Adequabilidade da Amostra</i>	20
4.1. Laudo Citopatológico	20
4.2. Nomenclatura Brasileira	20
4.2.1. Avaliação pré-analítica	20
4.2.2. Adequabilidade da amostra	21
4.2.3. Periodicidade de realização do exame citopatológico	22
<i>5. Condutas Preconizadas</i>	25
5.1. Resultado Normal, Alterações Benignas e Queixas Ginecológicas	25
5.1.1. Dentro dos limites da normalidade no material examinado	25
5.1.2. Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas)	25
5.2. Alterações Pré-malignas ou Malignas no Exame Citopatológico	27
5.2.1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado	27
5.2.1.1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas	27
5.2.1.2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau	29
5.2.2. Células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau	31
5.2.3. Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, que não se pode afastar lesão de alto grau	33
5.2.4. Lesão intra-epitelial de baixo grau	35
5.2.5. Lesão intra-epitelial de alto grau	37
5.2.6. Adenocarcinoma in situ/invasor	39



5.2.7. Lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor	41
5.2.8. Recomendações específicas de acordo com o laudo histopatológico	43
5.3. Situações Especiais	44
5.3.1. Mulheres pós-menopausa	44
5.3.2. Mulheres imunodeprimidas	44
5.3.3. Gestantes	45
5.3.4. Adolescentes	45
<i>Bibliografia</i>	47
<i>Anexo A – Participantes das Oficinas e Grupos de Trabalho da 1ª e 2ª edições</i>	49
<i>Glossário</i>	61



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 controle do câncer (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica.

O número de casos novos 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 melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (28/100.000), Centro-Oeste (21/100.000) e Nordeste (17/100.000) representa o segundo tumor mais incidente. Na região Sudeste é o terceiro mais freqüente (20/100.000).

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, 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 seu aperfeiçoamento. Objetivando abrangência das discussões e contribuições dos diversos segmentos da sociedade, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher e do Instituto Nacional de Câncer, 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, dependem da adoção da nova terminologia no dia-a-dia dos profissionais de saúde, fonte de alimentação do conhecimento.

Essas diretrizes visam orientar as condutas preconizadas, em mulheres com alterações no exame citopatológico cervical. É importante, ressaltar que essas diretrizes são resultado do consenso entre as sociedades científicas e especialistas na área e não têm caráter limitante, mas devem ser encaradas, como recomendações que, à luz do conhecimento científico atual, se aplicam à maioria dos casos clínicos típicos. Apesar disso, cabe sempre ao médico decidir que conduta adotar, baseado em sua experiência profissional e nas melhores evidências científicas, 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.

Agradecemos a todos os profissionais de saúde os quais contribuíram com essa publicação, nas várias etapas, 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 a Fundação Oncocentro de São Paulo pela cessão de parte do conteúdo do documento.

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero deve ser alvo de Políticas de Saúde Pública bem estruturadas, devido a sua importância como problema de saúde.

Uma vez que esse câncer está fortemente associado a condições de vida precária, baixos índices de desenvolvimento humano, ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e à dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras, altas taxas de incidência do câncer do colo do útero são comumente observadas em países pouco desenvolvidos.

Em 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 de cerca de 49% após cinco anos.

O Inquérito Domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde em 2002-2003, mostrou que, para as 15 capitais analisadas e Distrito Federal, a cobertura estimada do exame Papanicolaou variou entre 74% e 93%. Entretanto, o percentual de realização desse exame pelo SUS variou entre 33% e 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.

Ainda como reflexo deste quadro adverso, a PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, Saúde 2003, realizada pelo IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005, demonstrou que, nos últimos três anos, a cobertura do exame citológico do colo do útero foi de 68,7% em mulheres acima de 24 anos de idade, sendo que 20,8% das mulheres nesta faixa etária nunca foram submetidas ao exame preventivo. Como a pesquisa se baseia na informação concedida pela própria entrevistada, pode-se admitir que parte dessas mulheres, segundo certas condições sócio-econômicas, possa confundir a realização de um exame ginecológico com a coleta de material cérvico-uterino para exame laboratorial.

Parte da manutenção das taxas do câncer do colo do útero pode estar associada ao aumento e à melhoria do diagnóstico, que melhoram a qualidade da informação dos atestados de óbito. Entretanto, outros fatores, como o diagnóstico em estágios mais avançados da doença, podem estar contribuindo significativamente para o crescimento das taxas de mortalidade. Por sua vez, dentre outras causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com: (1) a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, (2) a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte), (3) a capacidade do Sistema Público de Saúde para absorver a demanda que chega às unidades de saúde e (4) as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em 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 2439 de 08 de dezembro de 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 tomar 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 organização da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, foram preservados conceitos consensuados com descrição minuciosa. Em 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, normas e procedimentos que orientam as ações de controle do câncer do colo do útero, no país, estejam em consonância com o conhecimento científico atual, o Ministério da Saúde tem realizado parcerias com sociedades científicas e considerado a opinião de especialistas nacionais e internacionais. Finalizando o processo de trabalho, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher e do Instituto Nacional de Câncer, submeteu à consulta pública o referido documento. Na Metodologia de Trabalho, são apresentadas todas as etapas do trabalho realizadas ao longo dos anos.

O capítulo que trata da Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos contempla aspecto de atualidade tecnológica, e sua similaridade com o Sistema Bethesda 2001 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 citopato-

lógicos 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.

Na 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). Reforça 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 tido atividade sexual mesmo antes desta faixa de idade, 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 assim 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.

O acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas necessitam de um Sistema de Informação que permita monitorar o processo de rastreamento, diagnóstico, tratamento e a qualidade dos exames realizados na rede 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 não garante dados da mulher, mas do exame, dificultando o conhecimento preciso das taxas de cobertura e captação, 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 SUS. Também, é importante 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 contribui para a melhoria da efetividade, eficiência e qualidade de políticas, sistemas e programas.

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

A metodologia de trabalho adotada, ao longo do processo, foi bastante rica e variada, permitindo uma ampla discussão do seu conteúdo com profissionais de saúde, gerentes, gestores das secretarias estaduais e municipais, especialistas reconhecidos nacionais e internacionalmente e com as sociedades científicas. Desenvolveu-se através de espaços como: (1) Oficinas de Trabalho com participação das sociedades científicas, considerando a opinião de especialistas nacionais e internacionais. (2) Oficina Piloto, no Estado de Tocantins, com participação de profissionais de saúde que atuam no SUS em Unidades de Saúde de diferentes níveis de complexidade. (3) Formação de um Grupo de Trabalho para revisão das Condutas Preconizadas. (4) Aplicação das Condutas Preconizadas em Grupo Focal objetivando uma avaliação qualitativa. (5) Ampliação das discussões e contribuições da sociedade, através da consulta pública do documento, pelo Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher e do Instituto Nacional de Câncer. As diversas etapas do trabalho, abaixo sumarizadas, serão apresentadas de forma cronológica. Os participantes das fases a partir de 2002 estão apresentados no Anexo A.

1988 - Nos dias 23 e 24 de outubro de 1988, como parte integrante dessas ações, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social promoveram a reunião de consenso sobre a “Periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino”.

1993 - Em 5 e 6 de outubro de 1993, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer e da Sociedade Brasileira de Citopatologia, promoveu o “Seminário Nacional sobre Nomenclatura e Controle de Qualidade dos Exames Citológicos e Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino”.

1998 - Esta nomenclatura, baseada no Sistema de Bethesda de 1988 (Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos), somente, foi incorporada universalmente pelos laboratórios de citopatologia que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1998, com a implantação, em todo o país, do Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

2001- Com a atualização do Sistema de Bethesda em 2001 e considerando a necessidade de incorporar as novas tecnologias e conhecimentos clínicos, morfológicos e moleculares, o INCA e a Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC) promoveram o “Seminário para discussão da Nomenclatura Brasileira de Laudos de Exames Citológicos – CITO 2001”, o qual ocorreu nos dias 22 e 23 de novembro de 2001, no Rio de Janeiro. Com o apoio da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), Sociedade Brasileira Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (SBTGIC) e a Federação Brasileira da Associação de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), foi elaborada uma proposta de nomenclatura, amplamente divulgada por correio e internet, estimulando-se contribuições e sugestões.

2002 – Nos dias 21 e 22 de agosto, foi realizado um segundo encontro, com representantes da SBC, SBTGIC, FEBRASGO, Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), Hospital do Câncer A.C. Camargo – Fundação Antonio Prudente, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (CAISM/ UNICAMP), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Núcleo Estadual Rio de Janeiro do Ministério da Saúde (NERJ) e Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro e das diversas Secretarias Estaduais de Saúde, no qual aprovaram a Nova Nomenclatura Brasileira para Laudo dos Exames Citopatológicos. Foram iniciadas então discussões sobre seu impacto nas condutas clínicas e laboratoriais. Durante o XVII Congresso Brasileiro de Citopatologia, ocorrido de 4 a 8 de setembro de 2002, na cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná, a nova proposta foi oficializada.

Em 28 e 29 de novembro, uma terceira oficina resultou em recomendações para as condutas clínicas e apontou pontos polêmicos nas recomendações de rastreamento que pudessem resultar na correção dos rumos do Programa. Baseando-se, em evidências científicas publicadas na literatura médica e na experiência de grandes serviços do SUS e respeitando-se as particularidades regionais, obteve-se consenso para as condutas frente às diversas alterações cito e histopatológicas. Esse evento contou com a participação de representantes da SBC, SBP, SBTGIC, FEBRASGO, CAISM/ UNICAMP, IBCC, Hospital A.C. Camargo, NERJ, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Estado do Rio de Janeiro (IMS/ UERJ), Instituto Fernandes Figueira (IFF), Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), MS/ Coordenação de DST/AIDS, MS Área Técnica da Saúde da Mulher e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e de diversos especialistas identificados como essenciais para a definição de novas estratégias.

As recomendações originadas dessas oficinas de trabalho foram ampliadas, revisadas e buscaram estabelecer, com base em evidências científicas, condutas destinadas ao SUS, de acordo com os recursos disponíveis. Em função da rápida evolução do conhecimento médico, novas tecnologias podem ser introduzidas, em benefício da mulher, sempre que houver evidências clínicas significativas.

2004 - Em 17 e 18 de junho, foi realizada uma Oficina Piloto, no Estado de Tocantins, com os profissionais de saúde, para divulgação da Nova Nomenclatura para Laudos de Exames Citopatológicos e das respectivas condutas clínicas preconizadas e a partir das observações e sugestões dos participantes fez-se necessário uma reformulação nas condutas clínicas preconizadas.

2004/2005 - Entre julho de 2004 a setembro de 2005, foi composto um Grupo de Trabalho para revisão das condutas clínicas preconizadas, com a participação de representantes SBC, SBP, SBTGIC (atualmente Associação Brasileira de Genitoscopia), FEBRASGO, CAISM/ UNICAMP, IBCC, Hospital A.C. Camargo, Instituto Fernandes Figueira (IFF), MS/ Área Técnica da Saúde da Mulher e Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), cujos participantes em sua maioria estiveram presentes nas oficinas anteriores. O trabalho deu-se com a formação de um sub-grupo de redação e discussões com o Grupo de Trabalho de forma presencial e por meio eletrônico.



2005 – No dia 08 de Julho de 2005, utilizou-se como estratégia a aplicação da técnica de Grupo Focal para uma avaliação qualitativa das condutas preconizadas, com a participação de médicos ginecologistas especialistas que atuam nas Unidades de Referência de Média Complexidade dos municípios do Rio de Janeiro, Niterói e Nova Iguaçu e a Coordenação do Programa Viva Mulher da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

2005/2006 - De 22 de dezembro de 2005 a 22 de janeiro de 2006, finalizando com o propósito de ampliar as discussões e contribuições da sociedade, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher e do INCA, submeteu à consulta pública o documento Nomenclatura Brasileira Para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas. As análises das contribuições, visando a consolidação final do documento, se deram através da Câmara Técnica instituída de acordo com o artigo 3º da Portaria nº 2.073/GM de 26 de outubro de 2005.

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 Classe I - indicava ausência de células atípicas ou anormais; Classe II - citologia atípica, mas sem evidência de malignidade; 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 este significado. Assim, o termo “Displasia”, foi introduzido na classificação, levando em conta alterações histológicas correspondentes, identificando displasias leves, moderadas e severas. Essas referentes, grosseiramente, 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, se deu ênfase a alterações celulares, devido à ação do vírus do Papiloma Humano (HPV), relatando-se a coilocitose.

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, Estados Unidos. Essa classificação incorporou vários conceitos e conhecimentos adquiridos, que resumidamente são o diagnóstico citológico 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 grau, ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasia invasora, e a 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 aquelas relacionadas à 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 quem irá assinar o laudo contendo o motivo da rejeição.

3.3. ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncótica devido ao:
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, comprovando ser essa uma matéria conflitante e de difícil conceituação, o que é plenamente aceitável. A disposição, em um sistema binário (satisfatória x 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 escamo-colunar faz parte dessa definição, o que não ocorre aqui. Deve-se considerar como 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 estabelecer, de forma clara e inequívoca, o aspecto do momento do exame. Aqui, também, ocorre uma diferença importante com o Sistema Bethesda 2001, no 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 esta a apresentação que deve ser considerada como alteração. Assim sendo, a metaplasia madura, com sua diferenciação já definida, não deve ser considerada como 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 pela “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 orientar o responsável pela paciente nos procedimentos adotados. Deve-se observar a exclusão total dos acrônimos (ASCUS e AGUS), cujo uso é desaconselhado, devendo sempre constar 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 micro-invasão;
- Carcinoma epidermóide invasor.

Nota explicativa: Foi adotada a terminologia lesão intra-epitelial em substituição ao termo neoplasia, além de estabelecer 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 micro-invasão. 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

Nota explicativa: A introdução da categoria Adenocarcinoma *in situ* reconhece a capacidade de identificação morfológica desta 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 qual o tipo em nota complementar. As células endometriais somente necessitam ser mencionadas quando sua presença possa ter significado patológico. Assim sendo, seu achado nos primeiros doze dias que sucedem ao período menstrual, apenas deverá ser referido se houver importância para a identificação de algum processo patológico.

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

Nota explicativa: Neste caso, deverá ser investigado o uso de Tratamento de Reposição Hormonal ou se a paciente é portadora de alteração endometrial. As células endometriais, somente, necessitam ser mencionadas quando sua presença possa ter significado de doença. Assim sendo, em mulheres acima de 40 anos, seu achado nos primeiros doze dias que sucedem ao período menstrual, apenas deverá ser referido se houver importância clínica.

3.5. Microbiologia

- o Lactobacillus sp;
- o Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus);
- o Outros bacilos;
- o Cocos;
- o Candida sp;
- o Trichomonas vaginalis;
- o Sugestivo de Chlamydia sp;
- o Actinomyces sp;
- o Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes;
- o 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 passado por 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.

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

Hoje, não é razoável que alguns laboratórios ainda emitam laudos de citopatologia somente com a nomenclatura 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)

Este 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 quem irá apontar 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 explicado à mesma 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 abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada:

- Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço) ou
- Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de:
 - sangue;
 - piócitos;
 - artefatos de dessecamento;
 - contaminantes externos;
 - intensa superposição celular

Conduta Clínica: A paciente deverá ser convocada para repetir o exame de imediato, devendo ser explicado à mesma 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:

- o Escamoso;
- o Glandular (não inclui o epitélio endometrial);
- o 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 de quais epitélios estavam representados. Todavia, deve-se alertar que a amostra adequada pode não ter a representação completa da junção escamo-colunar, o que deverá ser avaliado pelo ginecologista.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção-escamo-colunar (JEC), tem sido considerada como 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 cérvico-vaginais, 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 e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer.

A efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame de Papanicolaou, associada ao tratamento deste 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 Organização Mundial da Saúde - OMS) e é realizado dentro dos padrões de qualidade (Gustafsson et al., 1997).

Em 1988, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, 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 neoplasia intra-epitelial cervical [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 médio 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 displasias graves (NIC III), de 12 meses. Em geral, estima-se que a grande maioria das lesões de baixo grau regredirão espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (Sawaya et al., 2001). Por outro lado, o Instituto 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 que 30% a 70% terão evoluído decorridos 10 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 abaixo, 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 ele é realizado a cada 3 anos (redução de 91% do risco).

Tabela 1: 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.

Intervalo entre os exames	Redução na incidência cumulativa
1 ano	93%
2 anos	93%
3 anos	91%
5 anos	84%
10 anos	64%

Fonte: van Oortmarssen et al., 1992.

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

Tabela 2: Redução nas taxas de incidência do câncer do colo do útero em programas de rastreamento em países nórdicos.

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

Com base nas evidências científicas disponíveis, a maioria dos países europeus e organismos norte-americanos vêm recomendando a realização do exame citopatológico do colo do útero, a cada 3 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 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)

o Inflamação sem identificação de Agente

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, pode-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intra-uterino (DIU), em células endometriais. Casos especiais do tipo de 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.

o Resultado indicando Metaplasia Escamosa Imatura

A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira buscando caracterizar que esta apresentação é considerada como do tipo inflamatório, entretanto o epitélio nessa fase está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do HPV.

Conduta Clínica: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

o Resultado indicando Reparação

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por qualquer 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 acontecer após tratamento radioterápico.

Condutas Clínicas: Nos casos em que a citopatologia diagnosticar lesão intra-epitelial, o que pode acontecer após tratamento radioterápico, a conduta deverá ser a mesma indicada para lesão intra-epitelial em pacientes submetidas a esse tratamento e deve 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

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, variando de 3,5 a 5% do total de exames realizados, sendo de difícil reprodutibilidade entre citopatologistas experientes.

A repetição do exame citopatológico possui sensibilidade entre 67% a 85%. 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 6 meses.

As atipias escamosas foram divididas em: alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US de Bethesda) e em alterações escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H - Bethesda).

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 e 0,1% a 0,2% de carcinoma invasor no exame histopatológico, demonstrando assim baixo risco de lesões mais avançadas.

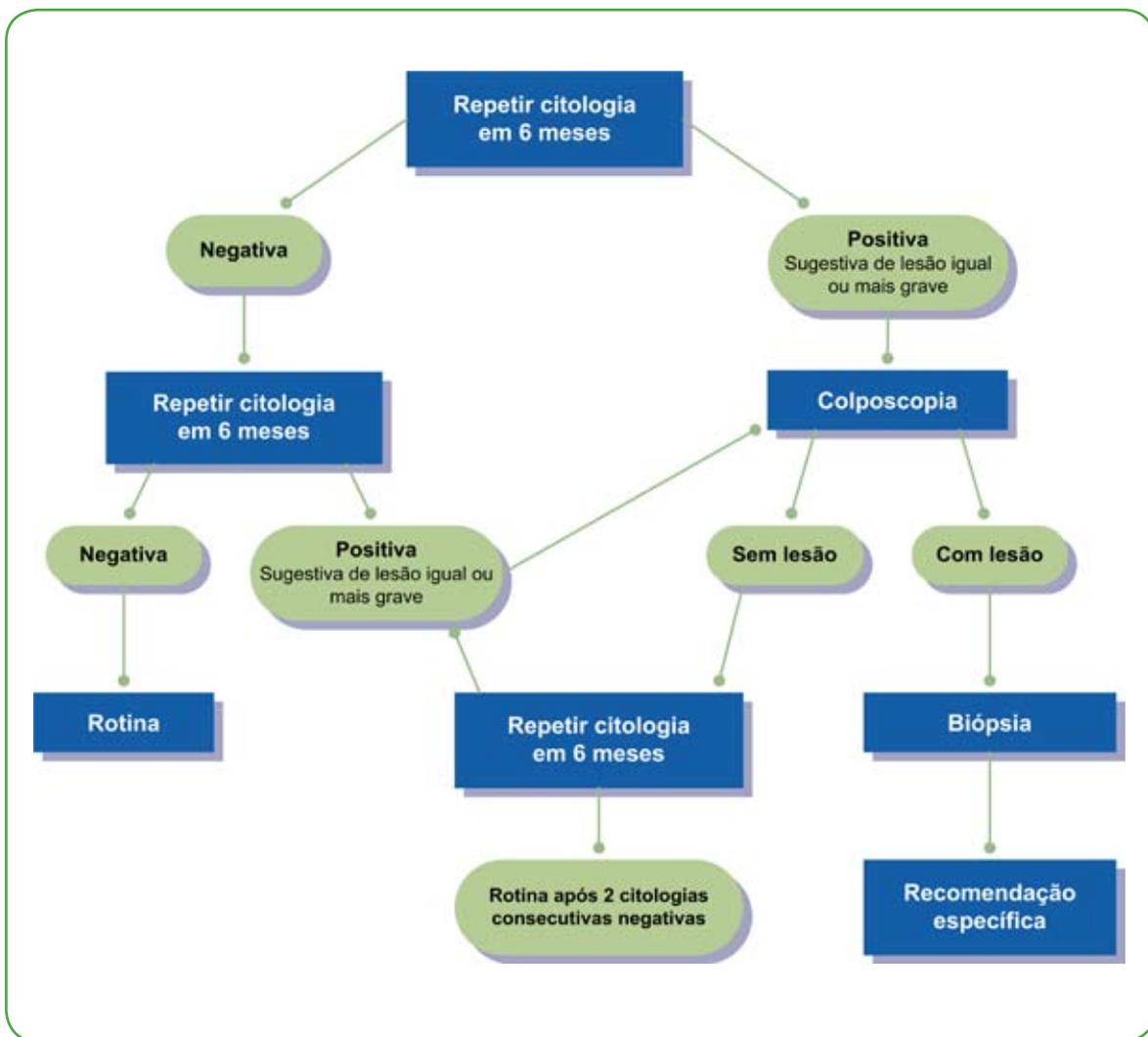
A colposcopia apresenta alta sensibilidade (96%) e baixa especificidade (48%), a qual causa alta taxa de sobrediagnóstico e de sobretratamento. Estudos têm mostrado desaparecimento dessas alterações (células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas) em 70% a 90% das pacientes mantidas sob observação e tratamento das infecções pré-existentes. 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 6 meses, na Unidade da Atenção Básica.

Se dois exames citopatológicos subseqüentes semestrais, na Unidade da Atenção Básica, forem negativos, a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento citológico. Porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for sugestiva de lesão igual ou mais grave a células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas, a paciente deverá ser referida à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata. Apresentando lesão, deve-se proceder biópsia e recomendação específica a partir do laudo histopatológico. Caso a colposcopia não apre-

sente lesão, deve-se repetir a citologia em 6 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 da 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 frente às 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%). Portanto, a conduta para todas as pacientes com esse laudo, na Unidade da 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.

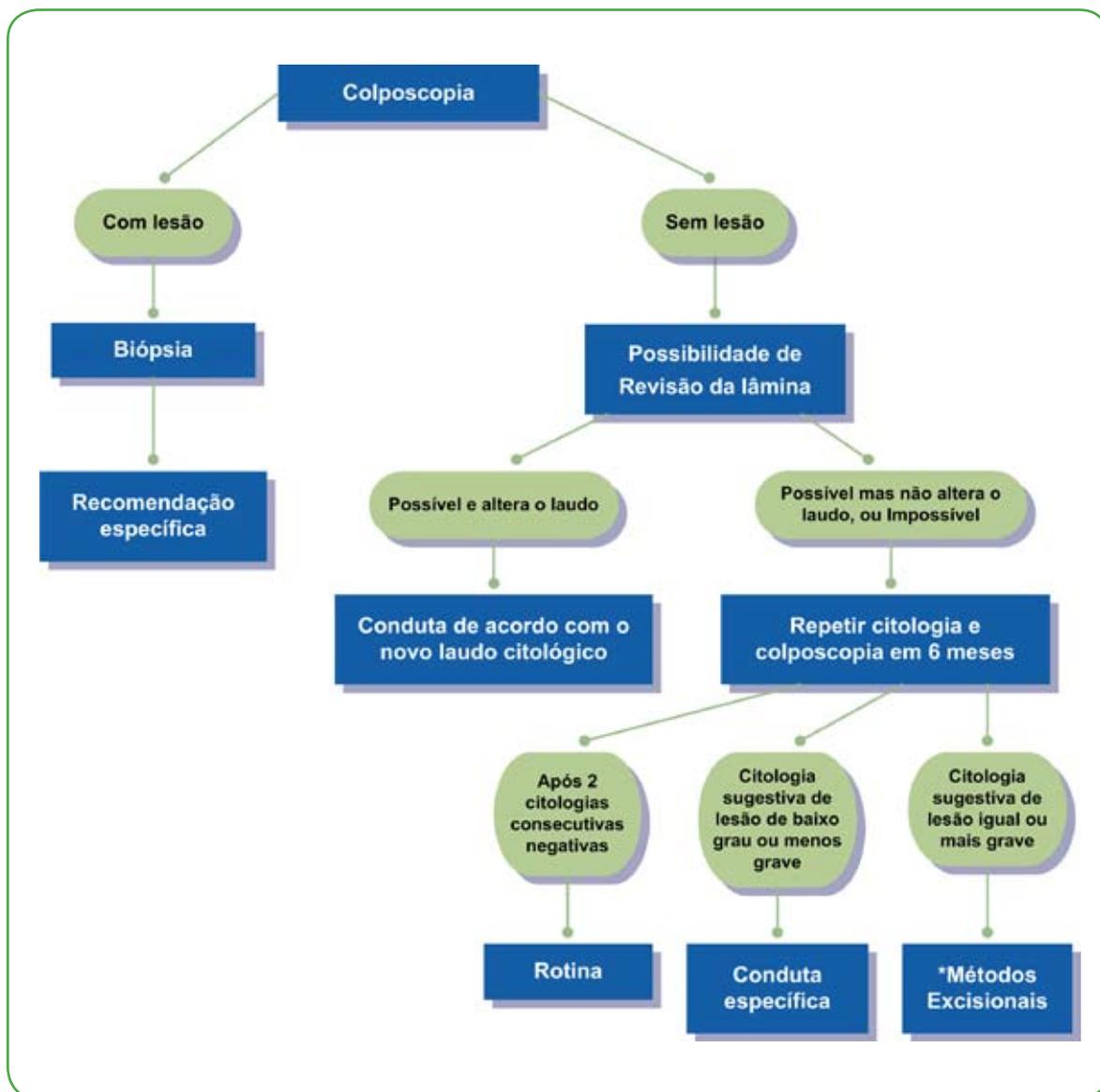
Duas citologias consecutivas negativas permitem que a paciente seja reencaminhada à Unidade da Atenção Básica para rotina de rastreamento citológico. Se a citologia em seis meses for sugestiva de lesão de baixo grau ou menos grave com colposcopia negativa, deverá seguir conduta específica.

Caso o resultado citopatológico seja igual ou sugestivo de lesão mais grave com colposcopia negativa, o procedimento excisional 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.

Figura 2 - Recomendações para condutas frente às 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.

* Neste caso, o método excisional deve pressupor a retirada da Zona de Transformação e do Canal Cervical.

5.2.2. Células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode excluir 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. 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 sub divisões, 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 esta 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 maior sensibilidade e especificidade que a curetagem endocervical. Além do mais, a curetagem endocervical pode ocasionar alterações no epitélio do canal cervical que dificultarão a avaliação histopatológica da peça de conização, caso esta venha a ser realizada.

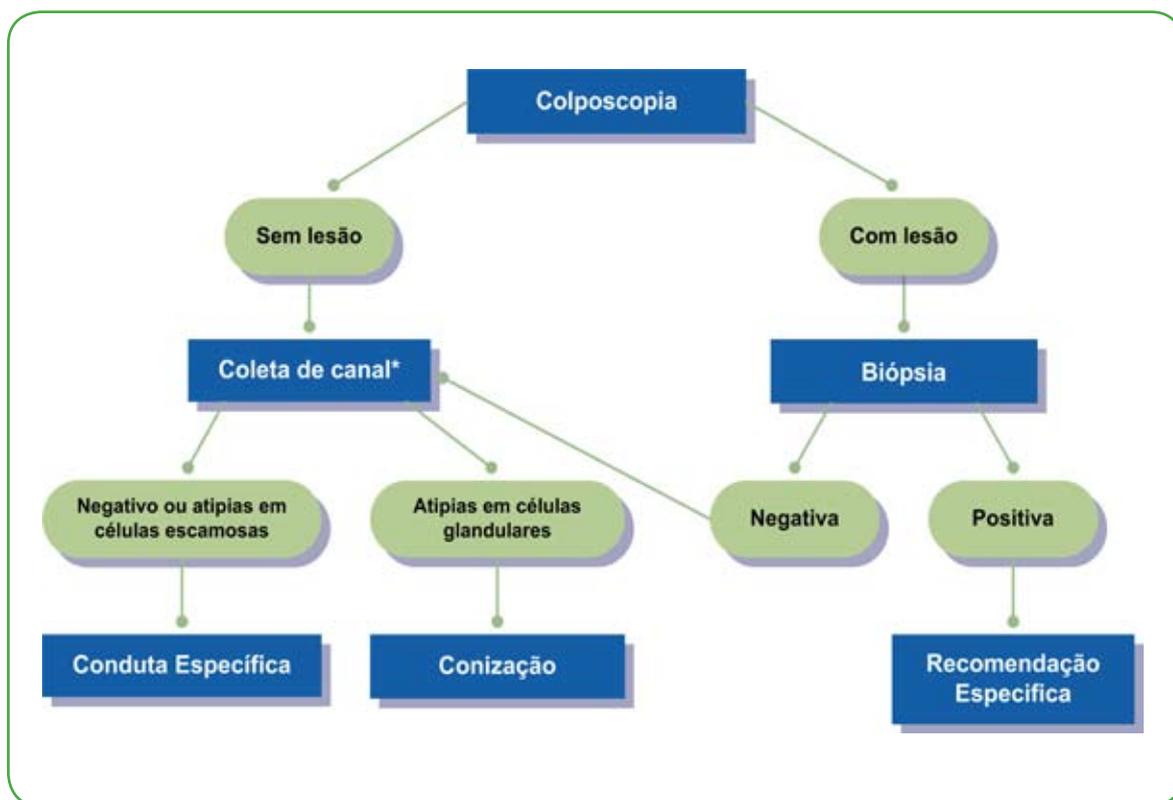
A conduta subsequente depende da avaliação do material obtido do canal cervical: se for negativo ou apresentar apenas atipias em células escamosas, as pacientes seguirão conduta específica.

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

Deve-se recomendar investigação endometrial e anexial, nas pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidade menstrual, assim como, nas pacientes 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 excluir lesão intra-epitelial de alto grau são apresentadas na Figura 3.

Figura 3 - Recomendações para condutas frente às pacientes com laudo citopatológico de células glandulares atípicas de significado indeterminado



Notas Técnicas: *A coleta de material do canal endocervical imediata com escova (*citobrush*) é a recomendada.

Nas mulheres com mais de 40 anos ou nas mais jovens com sangramento transvaginal anormal, deve-se proceder à investigação endometrial e anexial.

5.2.3. Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, 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, se caracteriza como uma exceção e sua abordagem deve ser direcionada, inicialmente, 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 subseqüentes.

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 da Atenção Básica deve ser encaminhada à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata.

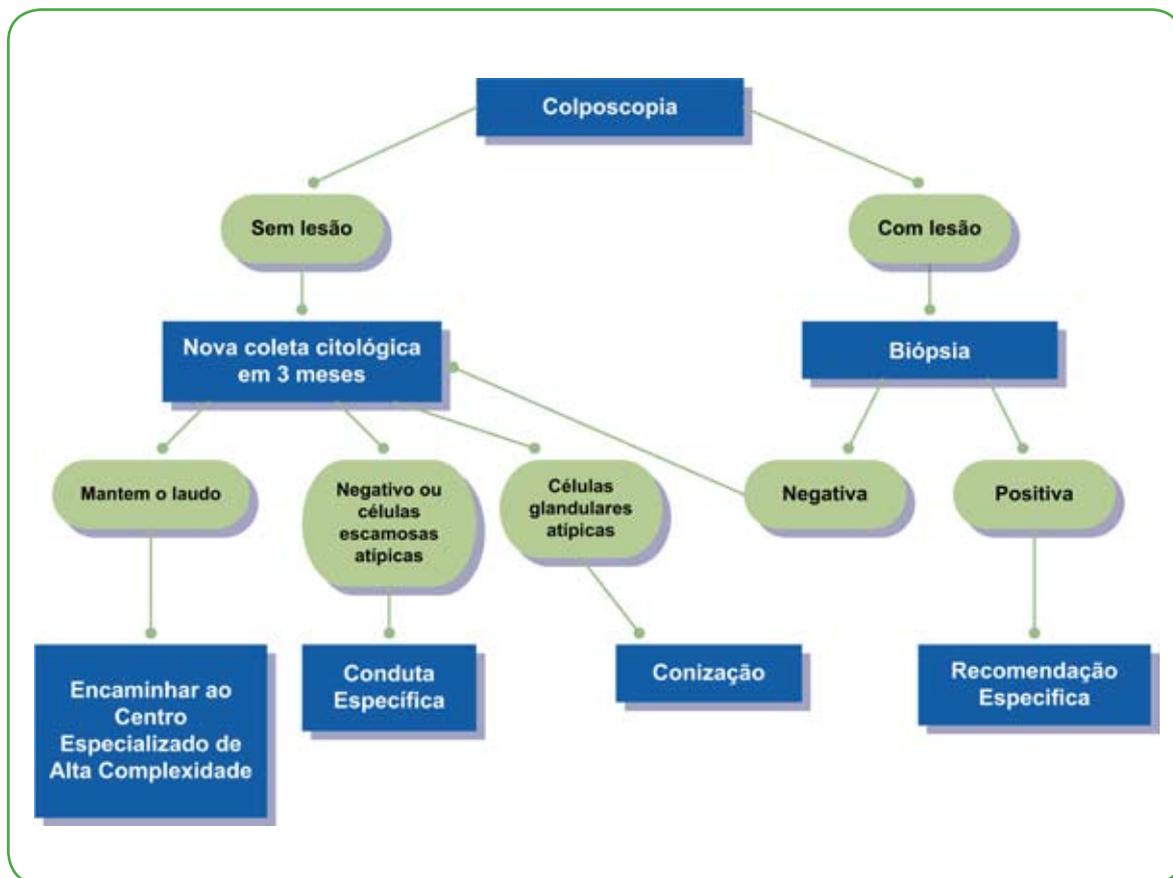
Caso mostre lesão colposcópica, a biópsia é imperiosa. Se positiva, adotar recomendação específica. Se negativa ou a colposcopia não mostrar lesão, deverá ser realizada uma nova citologia em 3 meses a contar da data da última coleta.

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.

Recomenda-se investigação endometrial e anexial, nas pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidade menstrual, assim como nas pacientes mais jovens com sangramento 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.

Figura 4 - Recomendações para condutas frente às pacientes com laudo citopatológico de células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou 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 à investigação endometrial e anexial.

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, e apresenta 15% a 30% de chance de biópsia compatível com NIC II e NIC III.

A conduta preconizada é a repetição do exame citopatológico em seis meses na Unidade da 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, torna-se desfavorável como primeira escolha na condução das pacientes.

Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos na Unidade da Atenção Básica, a paciente deve retornar a 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.

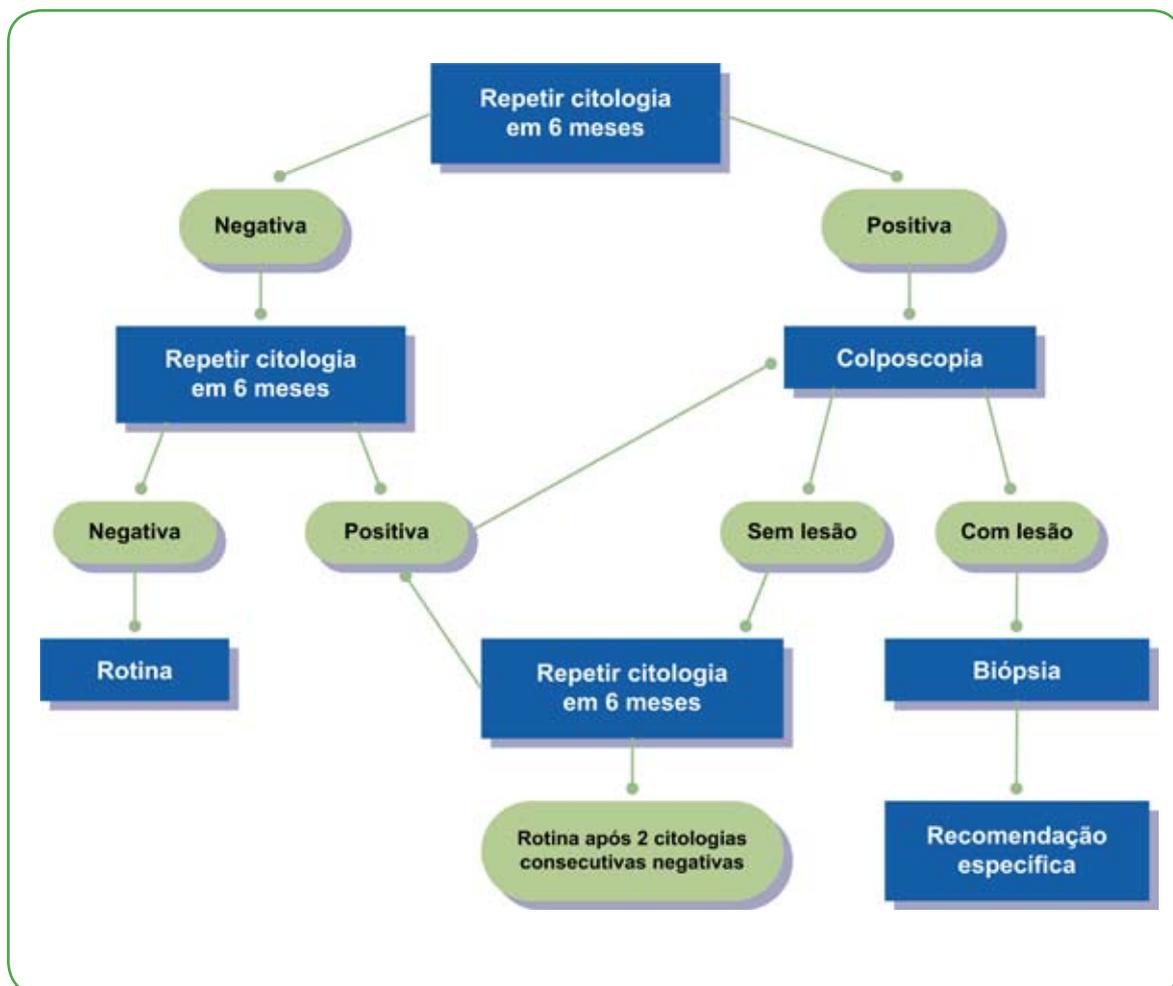
Se a colposcopia mostrar lesão, realizar biópsia e recomendação específica a partir do laudo histopatológico.

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 da Atenção Básica para 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 neoplásico, a paciente deve continuar em controle citológico e colposcópico, semestrais, até que o achado citopatológico diferente do anterior ou a lesão colposcópica venha 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.

Figura 5 - Recomendações para condutas frente às pacientes com lesão intra-epitelial de baixo grau



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. Sendo assim, todas as pacientes que apresentarem citologia sugestiva de lesão de alto grau, na Unidade da 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 tratamento simultâneo. 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 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.

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 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.

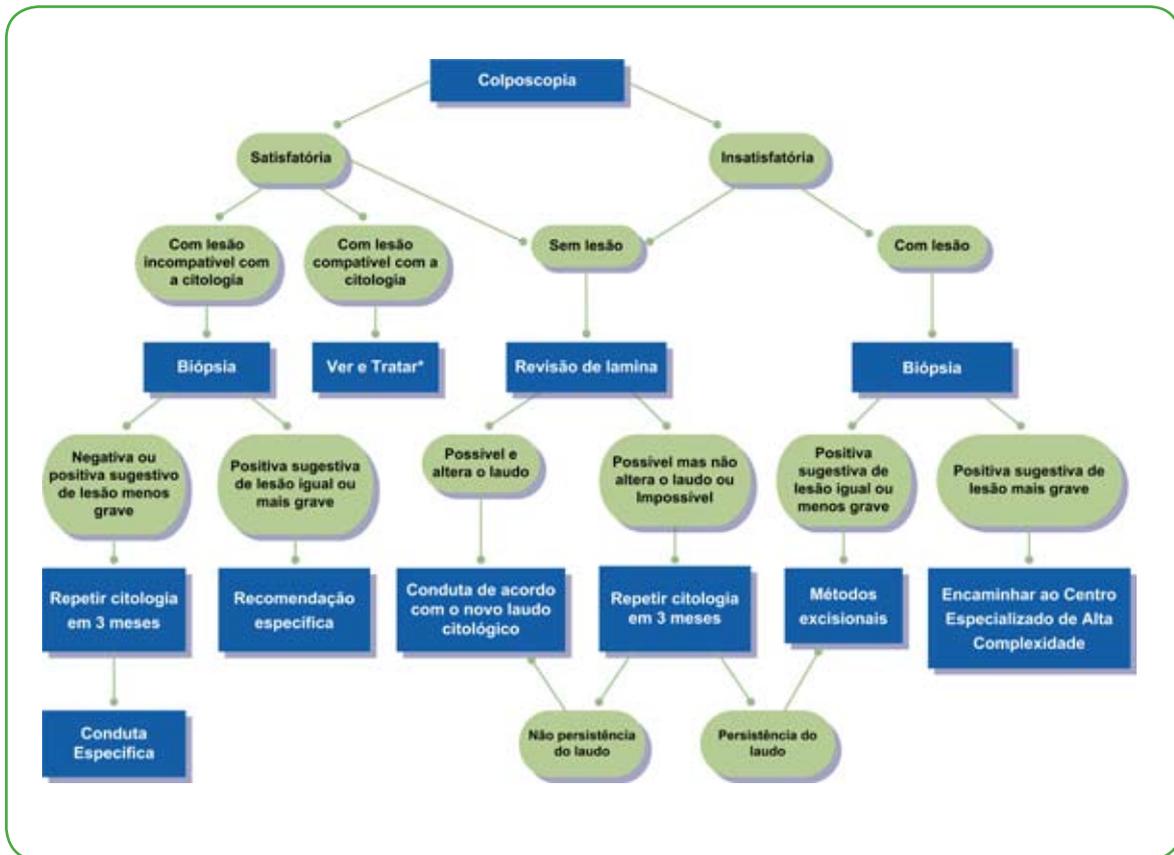
Se a colposcopia for insatisfatória ou satisfatória e não mostrar nenhuma lesão, recomenda-se, sempre que houver possibilidade, a revisão de lâmina.

No caso da 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 excisional 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 da biópsia for de lesão de alto grau ou de lesão de menor gravidade, a recomendação é a exereses por métodos excisionais, 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 referendada para 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.

Figura 6 - Recomendações para condutas frente às 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 cito-colposcópica de lesão intra-epitelial de alto grau.

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. Portanto, todas as pacientes com citologia sugestiva de adenocarcinoma *in situ*, encontrada na Unidade da 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.

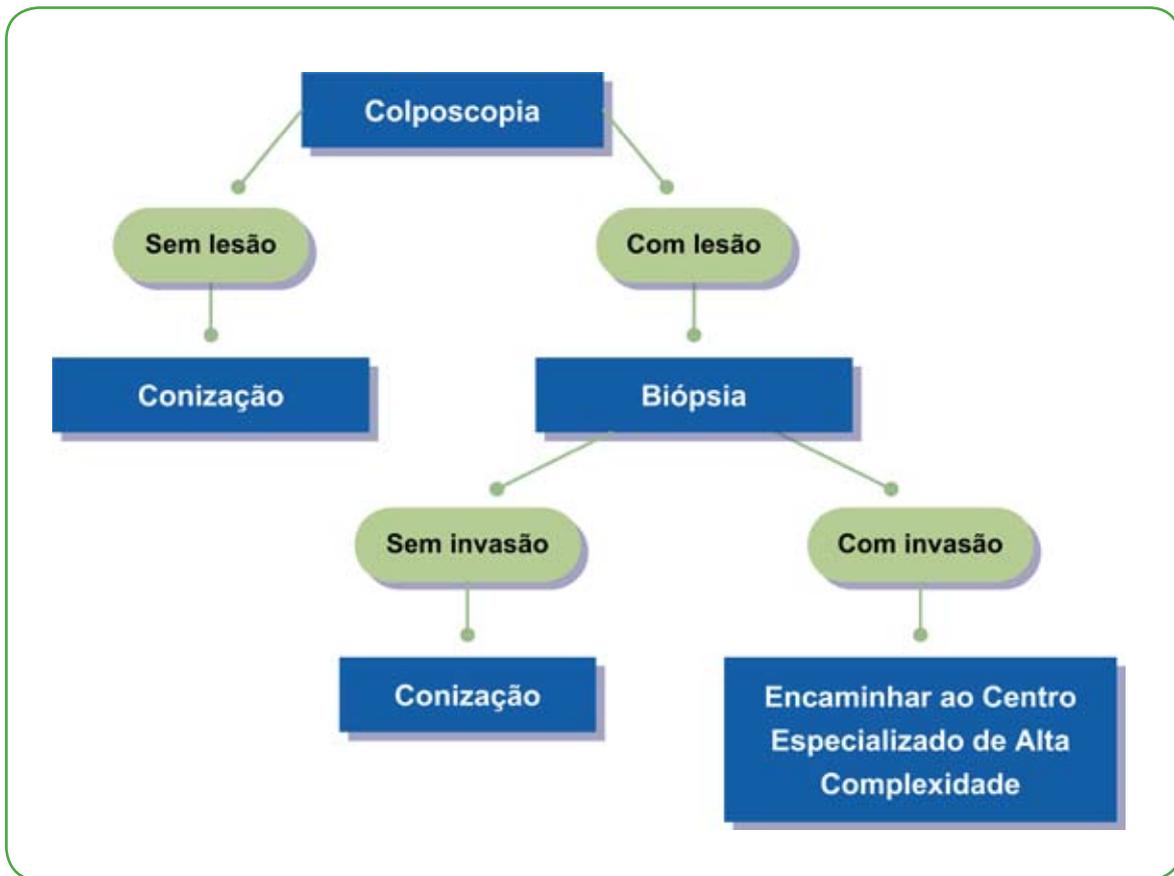
Se a colposcopia não mostrar lesão, indica-se a conização, preferencialmente com bisturi a frio.

Aproximadamente 50% das pacientes com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma *in situ* apresentam concomitantemente atipias de células escamosas, fato que não altera a conduta a ser tomada, ou seja, mantem-se a indicação da conização.

Recomenda-se investigação endometrial e anexial, nas pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidade menstrual, assim como, nas 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.

Figura 7 - Recomendações para condutas frente às pacientes com adenocarcinoma in situ/invasor



Notas Técnicas:

1 – Nas mulheres com mais de 40 anos, deve-se proceder à investigação 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, se baseia na literatura científica que revela uma grande correlação cito-histopatológica e com o fato de grande parte das colposcopias realmente não apresentarem lesão.

5.2.7. Lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor

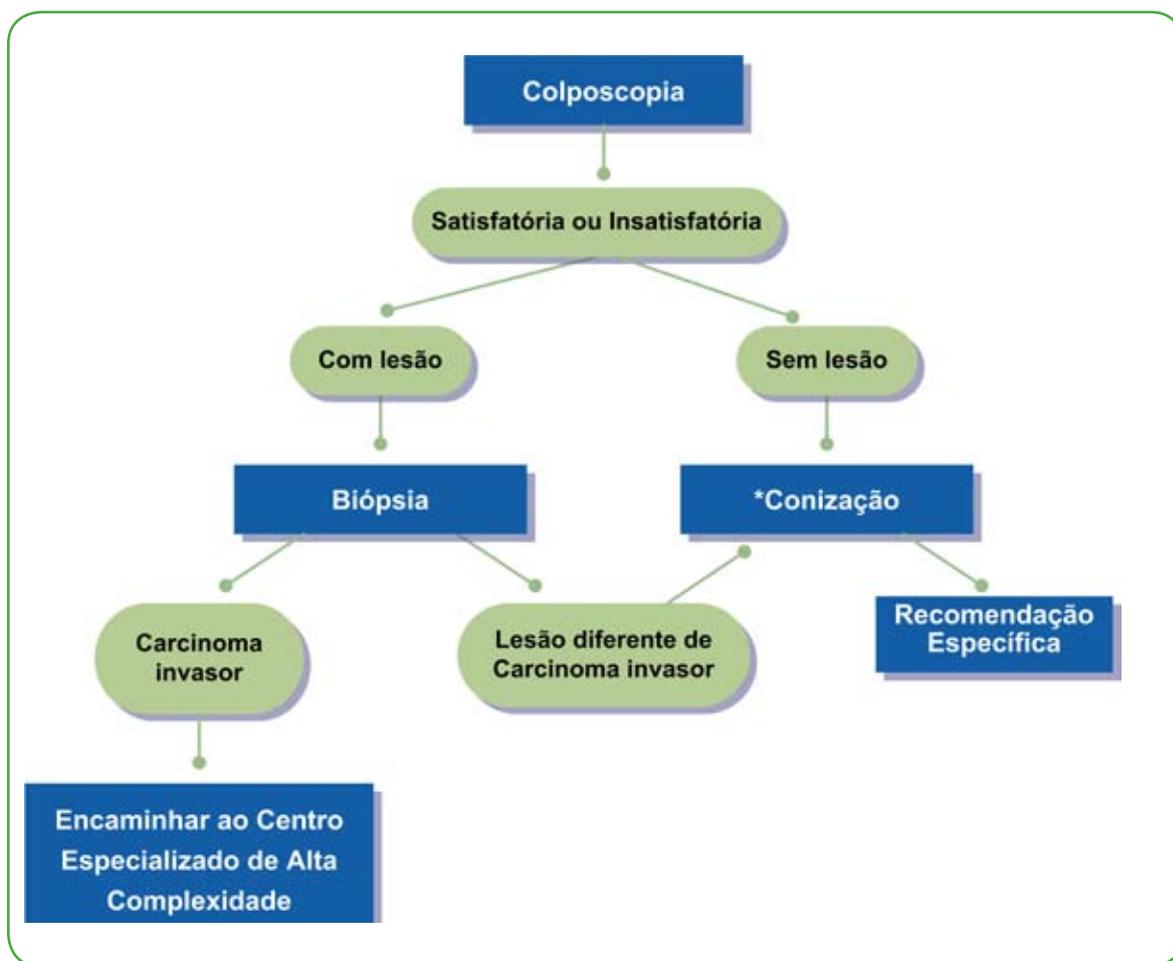
Todas as pacientes que apresentem citopatologia sugestiva de lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor, na Unidade da Atenção Básica, devem ser encaminhadas imediatamente à Unidade de Referência de Média Complexidade, para colposcopia como conduta inicial. 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 micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor, são apresentadas na Figura 8.

Figura 8 - Recomendações para condutas frente às pacientes com lesão de alto grau, não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor

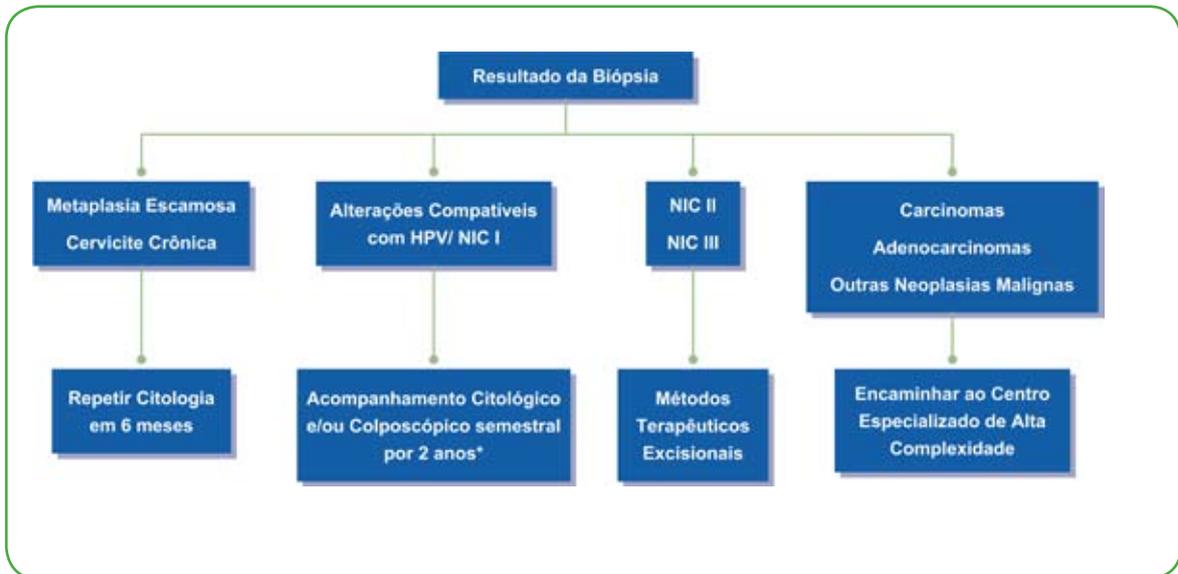


Nota Técnica: * Exceto nos casos com indícios clínicos sugestivos de invasão, que serão encaminhados ao Centro Especializado de Alta Complexidade.

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 9 - Recomendações específicas de acordo com o laudo Histopatológico



Nota Técnica: * Caso haja persistência das alterações citológicas e/ou colposcópicas, está indicado exereses da Zona de Transformação.

5.3. SITUAÇÕES ESPECIAIS

5.3.1. Mulheres pós-menopausa

A conduta a ser adotada na Unidade da 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 positivo. Nessa situação, a estrogenização, caso não haja contra-indicação, e a repetição citológica se impõem, na Unidade da Atenção Básica.

A estrogenização pode ser através da 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 3º e o 7º 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. Enquanto que, naquelas que apresentarem resultado negativo, uma nova citologia deverá ser realizada em 6 meses, na Unidade da 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 àquela 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, tais 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 evita progressão de lesões existentes, reduz o risco de recorrências e persistência pós-tratamento.

As pacientes imunodeprimidas, uma vez na Unidade de Referência de Média Complexidade, serão submetidas às condutas anteriormente apresentadas nesse documen-

to. Quando de retorno à Unidade da Atenção Básica, deverão ser rastreadas anualmente por toda a vida, em decorrência de maior risco de recidiva.

5.3.3. Gestantes

O risco de progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor, durante o período gestacional, é mínimo e a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta (69%).

Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a conduta recomendada para as pacientes não grávidas, na Unidade da 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 da colposcopia se tornar satisfatória na evolução da gravidez.

Toda lesão colposcópica associada à citologia de invasão deve ser biopsiada.

A conduta obstétrica, em princípio, para 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 de Julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Os achados de anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas têm aumentado progressivamente, alterando-se de 3% na década de 70 para 20% na década de 90.

Nessa faixa etária, freqüentemente, observa-se fatores de risco, como a sexarca precoce, multiplicidade de parceiros e fatores de risco biológicos, que geram uma maior vulnerabilidade.

A conduta, na Unidade da Atenção Básica, não se altera na adolescente, devendo, 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 laudo.

O método “Ver e Tratar” não é recomendado para as pacientes adolescentes e, mesmo quando houver concordância cito-colposcópica, a biópsia se impõe.

BIBLIOGRAFIA

Apgar BS, Brotzman G. Management of cervical cytologic abnormalities. *Am Fam Physician*. 2004 Nov 15;70(10):1905-16 [citado em 01 set 2005]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/20041115/1905.pdf>

ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. A randomized trial on the management of low-grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Jun;188(6):1393-400.

Cox JT, Guintoli R, Lonky N. ASSCP practice guideline: endocervical curettage. *J Lower Gen Tract Dis* 1997;1:251-6.

Cox JT, Schiffman M, Solomon D; ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. Prospective follow-up suggests similar risk of subsequent cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 among women with cervical intraepithelial neoplasia grade 1 or negative colposcopy and directed biopsy. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Jun;188(6):1406-12.

Cuzick J, Sasieni P, Davies P, Adams J, Normand C, Frater A, et al. A systematic review of the role of human papillomavirus testing within a cervical screening programme. *Health Technol Assess*. 1999;3(14):i-iv, 1-196.

Davey DD, Austin RM, Birdsong G, Buck HW, Cox JT, Darragh TM et al. ASCCP patient management guidelines: pap test specimen adequacy and quality indicators. *J Low Genit Tract Dis* 2002 Jul;6(3):195-9.

Guido R, Solomon D, Schiffman M, Burke L. Comparison of management strategies for women diagnosed as CIN 1 or less, postcolposcopic evaluation: Data from the ASCUS and LSIL Triage Study (ALTS), a Multicenter Randomized Trial. *J Lower Gen Tract Dis* 2002;6:176.

Kish MA; Infectious Diseases Society of America. Guide to development of practice guidelines. *Clin Infect Dis*. 2001 Mar 15;32(6):851-4.

Koss G. L., Melamed R. M. - Koss' Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases. 2005:307.

Lonky NM, Navarre GL, Saunders S, Sadeghi M, Wolde-Tsadik G. Low-grade Papanicolaou smears and the Bethesda system: a prospective cytohistopathologic analysis. *Obstet Gynecol*. 1995 May;85(5 Pt 1):716-20.

Medical Services Advisory Committee. Human papillomavirus testing in women with cytological prediction of low-grade abnormality: assessment report, MSAC reference 12b. Australia: MSAC; 2002 [citado em 01 set 2005]. Disponível em: <http://www.msac.gov.au/pdfs/reports/msaref12b.pdf>

Melnikow J, Nuovo J, Willan AR, Chan BK, Howell LP. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 1998 Oct;92(4 Pt 2):727-35.

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: INCA, 2004.

Ministério da Saúde. Recomendações para o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Brasília: SBPTGIC/MS, 1998.

Ministério da Saúde. O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF: MS, 2005.

Mintzer M, Curtis P, Resnick JC, Morrell D. The effect of the quality of Papanicolaou smears on the detection of cytologic abnormalities. *Cancer*. 1999 Jun 25;87(3):113-7.

Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EM et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet*. 2004 Nov 6-12;364(9446):1678-83.

National Health and Medical Research Council. Screening to prevent cervical cancer: guidelines for the management of asymptomatic women with screen detected abnormalities. Australia: NHMRC; 2005 [citado em 01 set 2005]. Disponível em: http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/wh39.pdf.

Nuovo J, Melnikow J, Willan AR, Chan BK. Treatment outcomes for squamous intraepithelial lesions. *Int J Gynaecol Obstet*. 2000 Jan;68(1):25-33.

Russomano F, Reis A, de Camargo MJ, Dutra MV, Fonseca SC, Anderson J. Efficacy in treatment of subclinical cervical HPV infection without intraepithelial neoplasia: systematic review. *Sao Paulo Med J*. 2000 Jul 6;118(4):109-15.

Shafi MI, Luesley DM. Management of low grade lesions: follow-up or treat? *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1995 Mar;9(1):121-31

Shafi MI, Luesley DM, Jordan JA, Dunn JA, Rollason TP, Yates M. Randomised trial of immediate versus deferred treatment strategies for the management of minor cervical cytological abnormalities. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 May;104(5):590-4.

Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M. et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002 Apr 24;287(16):2114-9.

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*. 2001 Feb 21;93(4):293-9.

Stoler MH, Schiffman M; Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance-Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion Triage Study (ALTS) Group. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: realistic estimates from the ASCUS-LSIL Triage Study. *JAMA*. 2001 Mar 21;285(11):1500-5.

Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ, ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA*. 2002 Apr 24;287(16):2120-9.

Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twiggs LB, Wilkinson EJ; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia. *J Low Genit Tract Dis*. 2003 Jul;7(3):154-167

ANEXO A

ELABORAÇÃO DA 1ª EDIÇÃO

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Divisão de Ações de Detecção Precoce

Luiz Claudio Thuler (chefe)

Equipe Técnica

Alexandre José Peixoto Donato

Bruno Cortezão Arruda

Cleide Regina da Silva Carvalho

Ethel Cristina Souza Santos

Fatima Meirelles Pereira Gomes

José Guilherme Berenguer Flores

Luiz Claudio Thuler (organizador)

Marcus Valério Frohe de Oliveira

Maria do Carmo Esteves da Costa

Maria Fátima de Abreu

Paula Fernandes de Brito

Equipe de Apoio

Eliane Pinto

Paulo Victor de Amorim

Saundarya Marinho

Notas técnicas da “Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais”

Elias Fernando Miziara

Notas técnicas das “Condutas Clínicas Preconizadas”

Alexandre José Peixoto Donato

Tradução das recomendações de Bethesda 2002

Marcus Valério Frohe de Oliveira

Revisão

Luiz Claudio Thuler

Projeto Gráfico

Divisão de Comunicação Social/INCA

LISTA DE PARTICIPANTES DA 1ª OFICINA DE TRABALHO

Rio de Janeiro, 22 e 23 de novembro de 2001

Alvaro Piazzetta Pinto

Antonio Luiz Almada Horta

Carlos Alberto Fernandes Ramos

Carlos Alberto Ribeiro

Carlos Alberto Temes de Quadros

Celso di Loreto

Denise Barbosa

Élbio Cândido de Paula

Elias Fernando Miziara

Elza Baia de Brito

Estefania Mota Araripe Pereira

Fátima Edilza Xavier de Andrade

Francisco José Batista da Silva

Gleyce Juventelles de Oliveira Anunciação

Henrique Costa

Ilzia Doraci Lins Scapulatempo

Ivana Porto Ribeiro
João Batista da Silva
Jorge Henrique Gomes de Mattos
Laudycéia de S. Oliveira
Lucília Zardo
Luiz Carlos de Lima Ferreira
Luiz Fernando Bleggi Torres
Luiz Martins Collaço
Maria da Conceição Aguiar Lyra
Maria José de Souza Ferrera
Maria Raymunda de Albuquerque Maranhão
Marilene Filgueira Nascimento
Marina Lang Dias Rego
Maura Raquel Ferreira Sousa Vidal
Midori Piragibe
Nilza Maria Sobral Rebelo Horta
Olimpio F. de Almeida Neto
Paulo Sergio Peres Fonseca
Roberto Junqueira de Alvarenga
Sérgio Tavolaro Pereira
Sheila Rochlin
Sueli Aparecida Maeda
Valéria de Andrade
Valéria Hora de Melo
Virgílio Augusto G. Parreira
Virginia Borges Nassralla
Wilhermo Torres
Wilna Krepke Leiros Dias

LISTA DE PARTICIPANTES DA 2ª OFICINA DE TRABALHO

Rio de Janeiro, 21 e 22 de agosto de 2002

Ana Maria Castro Morillo

Antonio Luiz Almada

Carlos Alberto Ribeiro

Carlos Alberto Temes Quadros

Celso di Loreto

Claudio Bernardo H.Pereira Oliveira

Delia Maria Rabelo

Delly Cristina Martins

Elias Fernando Miziara

Elizabeth Cristina de Souza Mendes

Elsio Barony de Oliveira

Elza Gay Pereyra

Estefania Mota Araripe Pereira

Fatima Edilza Xavier de Andrade

Fatima Regina Gomes Pinto

Fernando Azeredo

Francisco de Assis Leite Filho

Gerson Botacini das Dores

Ilsa Prudente

Isa Maria de Melo

José Mauro Secco

Jupira Mesquita

Jurandir Moreira de Andrade

Katia Regina Santos Lima

Letícia Katz

Luciane Maria Oliveira Brito

Lucília Zardo

Luiz Cálice Cintra

Luiz Carlos de Lima Ferreira
Luiz Carlos Zeferino
Luiz Fernando Bleggi Torres
Maria da Conceição Aguiar Lyra
Maria José de Souza Ferreira
Maria Lúcia Prest Martelli
Maria Raymunda Albuquerque Maranhão
Marina Andrade Amaral
Maristela V. Peixoto
Neil Chaves de Souza
Nelson Cardoso de Almeida
Nilza Maria Sobral Rebelo Horta
Norma Império Meyrelles
Olimpio de Almeida Neto
Risoleide Marques Figueiredo
Rui Luzzaito
Sergio M. Bicalho
Sheila Rochelin
Therezinha Sanfim Cardoso
Valeria Hora de Mello
Valeria de Andrade
Vera Lucia Motta da Fonseca
Virgilio Augusto Parreira
Wanuzia Queila de Miranda

LISTA DE PARTICIPANTES DA 3ª OFICINA DE TRABALHO

Rio de Janeiro, 28 e 29 de novembro de 2002

Afrânio Coelho

Ana Cristina Lima Pinheiro

Andreia Xavier Polastro

Antonio Luiz Almada

Carlos Alberto Ribeiro

Carlos Eduardo Polastri Claro

Claudia Jacinto

Claudia Marcia Pereira Passos

Claudio Aldila Oliveira da Costa

Clovis dos Santos Andrade

Deise de Carvalho Dias

Elias Fernando Miziara

Elizabeth Cristina de Souza Mendes

Elsio Barony de Oliveira

Elza Gay Pereyra

Estefania Mota Araripe Pereira

Euridice Figueiredo

Fabio Russomano

Gerson Botacini das Dores

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Gutemberg Leão de Almeida Filho

Henrique de Oliveira Costa

Hercílio Fronza Júnior

Ilsa Prudente

Isa Maria de Melo

Jose Anselmo Cordeiro Lopes

José Eluf Neto

José Helvécio Kalil

Jucelei Escandela

Jupira Mesquita

Jurandyr Moreira de Andrade

Katia Regina Santos Lima

Leonel Ricardo Curcio Junior

Lucília Zardo

Luiz Carlos de Lima Ferreira

Luiz Carlos Zeferino

Luiz Fernando Bleggi Torres

Luiz Martins Collaço

Manoel Afonso Guimarães Gonçalves

Marco Antônio Oliveira Apolinário

Maria da Conceição Aguiar Lyra

Maria José Camargo

Maria José de Souza Ferreira

Maria Midori Piragibe

Maria Raymunda Albuquerque Maranhão

Marilene Filgueiras Nascimento

Maristela V. Peixoto

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 de Almeida Neto

Paula Maldonado

Paulo Giraldo

Renata Aranha

Risoleide Marques Figueiredo

Ronaldo L. Rangel Costa

Rui Luzzaito

Sergio M. Bicalho

Sheila Rochelin

Sônia Maria Lima S. Marcena

Tânia Maria Cruz Werton Veras

Terezinha Castelo Branco Carvalho

Therezinha Sanfim Cardoso

Valeria de Andrade

Vânia Reis Girianelli

Virgilio Augusto Parreira

Wanuzia Queila de Miranda

Wilhermo Torres

ELABORAÇÃO DA 2ª EDIÇÃO (Ampliada e revisada) - 1ª Fase

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Divisão de Atenção Oncológica

Marco Antonio Teixeira Porto

Roseli Monteiro da Silva

Equipe Técnica

Fátima Meirelles Pereira Gomes - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Liana Ariza - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Lucilia Maria Gama Zardo - MS/INCA/DIPAT/SITEC

Marcos André Félix da Silva - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Maria do Carmo Esteves da Costa - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Maria Fátima de Abreu - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Olímpio Ferreira Neto - MS/INCA/Hospital do Câncer II

Ronaldo Correa F. da Silva - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Equipe de Apoio

Keli Cristina Rufino da Silva

Lucimary Dantas de Medeiros Saraiva

Grupo de Trabalho:

Carlos Alberto Ribeiro - SBC.

Giani Silvana Schwengber Cezimbra - MS/ Área Técnica de Saúde da Mulher

Isa Maria Mello - Associação Brasileira de Genitoscopia

Isabel Cristina Chuvalis Doval - FEBRASGO

Joel Takashi Totsugui - Sociedade Brasileira de Patologia

José Antonio Marques - FOSP

Jupira Mesquita – Hospital AC Camargo e IBCC

Jurandyr Moreira de Andrade – FEBRASGO

Leda Pereira de Barcelos – SBC

Luiz Carlos Zeferino – CAISM/ UNICAMP

Maria Diva Lima – Associação Brasileira de Genitoscopia

Maria José Camargo – IFF

Neil Chaves de Souza – SMS-RJ- PAM Manoel Guilherme da Silveira

ELABORAÇÃO DA 2ª EDIÇÃO - 2ª Fase

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Coordenação de Ações Estratégicas

Marco Antonio Teixeira Porto

Equipe de Apoio

Keli Cristina Rufino da Silva

Grupo de Trabalho

Isa Maria Mello – Associação Brasileira de Genitoscopia

Joel Takashi Totsugui – Sociedade Brasileira de Patologia

José Antonio Marques – FOSP

Jupira Mesquita – Hospital AC Camargo e IBCC

Jurandyr Moreira de Andrade – FEBRASGO

Leda Pereira de Barcelos – SBC

Luiz Almada Horta - SBC

Luiz Carlos Zeferino – CAISM/ UNICAMP

Maria Diva Lima – Associação Brasileira de Genitoscopia

Maria do Carmo Esteves da Costa – MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

Maria José Camargo – IFF

Maria Raymunda de Albuquerque Maranhão - SBC

Neil Chaves de Souza – SMS-RJ- PAM Manoel Guilherme da Silveira

Grupo Focal

Denise José Pereira -- Secretaria Municipal de Saúde de Niterói

Fátima Meirelles Pereira Gomes – MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Josefina de Andrade Monteiro de Barro – Secretaria Municipal de Saúde de Niterói

Maria Beatriz Keinpp Dias - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Maria Fátima de Abreu - MS/INCA/Conprev/Divisão de Atenção Oncológica

Maria Isabel do Nascimento- Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu

Maria Odete Abrantes Correia Lopes - Secretaria Municipal de Saúde de São João de Meriti

Marieta Maldonado- – SMS-Rio de Janeiro- PAM Manoel Guilherme da Silveira

Neil Chaves de Souza – SMS-RJ- PAM Manoel Guilherme da Silveira

Olímpio Ferreira Neto – MS/INCA/Hospital do Câncer II

Risoleide Marques de Figueiredo- SES-RJ – Coordenadora Estadual do Programa Viva Mulher

GLOSSÁRIO

Centro Especializado de Alta Complexidade - Considera-se como Centro Especializado de Alta Complexidade em Oncologia os hospitais definidos pela portaria SAS/MS nº741 de 19 de dezembro de 2005 como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Entende-se como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia o “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.”

Entende-se por CACON o “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.”

Entende-se por Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia o “CACON que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.”

Colposcopia - Método óptico 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 à 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 escamo-colunar 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 escamo-colunar 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 - Considera-se conduta específica qualquer medida tomada diante de um resultado citológico.

Métodos Excisionais – Estes métodos incluem tanto a exeresse completa da Zona de Transformação como a conização.

A conização inclui a remoção 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 escamocolunar entre outros fatores. A decisão quanto à extensão deve ser tomada em função do texto de “Conduas preconizadas” e de acordo com o julgamento do médico para cada caso.

Recomendação Específica - Entende-se por recomendação específica qualquer conduta tomada diante de um resultado histopatológico.

Terminologia colposcópica - Considera-se como terminologia colposcópica a nomenclatura para laudos colposcópicos, sendo recomendada a adoção da Terminologia Colposcópica da IFCPC – Barcelona 2002.

Unidade da Atenção Básica - Considera-se como Unidade da Atenção Básica as unidades que compõem a estrutura básica de atendimento aos usuários do SUS. Pode ser:

Unidade Saúde da Família: unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as 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 da Atenção Básica: unidade para 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 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 geral.

Unidade de Referência de Média Complexidade - Entende-se por Unidade de Referência de Média Complexidade, a Unidade de Referência para o tratamento e acompanhamento das Conduas 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 Artigo 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) diagnose; 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 sócio-demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive 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.

www.inca.gov.br



Ministério
da Saúde

