

DIRETRIZES PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDEⁱ

O câncer de colo do útero pode ser considerado condição marcadora da Atenção Primária por excelência, e, sua incidência reflete aspectos de acesso, cobertura, integralidade, qualidade técnico-científica e efetividade das práticas da atenção em saúde. É possível realizar prevenção primária deste câncer, através da redução de alguns fatores de risco, e, secundária, pela detecção precoce de lesões precursoras e Ca in situ. ¹

A infecção persistente pelos tipos oncogênicos de HPV está associada com o câncer cervical. E nas últimas décadas têm sido desenvolvidas vacinas com a finalidade de prevenção dos sorotipos de HPV mais frequentemente encontrados nos casos de câncer. ^{2, 3} Além disso, outros fatores relacionados ao desenvolvimento da doença são imunossupressão, a multiparidade (ter muitos filhos), o tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais (estrogênio) são fatores associados ao desenvolvimento do câncer cervical.

Estimativas mundiais indicam que é o oitavo tipo mais comum na população e o quarto tipo entre as mulheres. Uma provável explicação para altas taxas de incidência seria a inexistência ou a pouca efetividade dos programas de rastreamento. Em torno de 70% dos casos diagnosticados ocorrem em regiões menos desenvolvidas.⁴

No Brasil, a sua ocorrência apresenta diferenças regionais, sendo o primeiro mais incidente na Região Norte; nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste está na segunda posição; no Sudeste, na terceira; e, na Região Sul, ocupa a quarta posição. As taxas de incidência estimadas e de mortalidade apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém

¹ Bottari, CMS; Vasconcellos, MM; Mendonca, MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s111-s122, 2008 .

² Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999

³ Bosch FX, Manos MM, Munoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, Schiffman MH, Moreno V, Kurman R, Shah KV. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. J Natl Cancer Inst. 1995;87:796–802.

⁴ Globocan - <http://gco.iarc.fr>, consulta em fevereiro 2019.

são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados.⁵

A triagem cervical oferece benefícios protetores e está associada à redução na incidência e mortalidade por câncer invasivo do colo de útero. O objetivo principal do rastreio é identificar as mulheres com maior risco de desenvolvimento de câncer do colo do útero, com a finalidade de tratamento precoce. Quando houver suspeita de alteração de alto grau é necessária confirmação diagnóstica através da histologia.^{6, 7}

Esta diretriz se aplica a mulheres assintomáticas e traz evidências recentes para o controle deste tipo de câncer. Visa auxiliar profissionais de saúde atuantes na atenção primária nas suas práticas e condutas.

A recomendação para rastreio do câncer do colo do útero no SSC é realizar o exame citológico do colo do útero (CP) para mulheres entre 25 e 64 anos de idade. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual, e se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada três anos.

⁵ INCA - <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/> consulta em fevereiro 2019.

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. 2016.

⁷ Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ, January 8, 2013, 185(1)

CONDUTA CONFORME O RESULTADO DA CITOLOGIA PARA RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

População excluída do algoritmo:

- Mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).
- Mulheres imunodeprimidas: usuária crônica de corticóides orais, transplantada em tratamento com quimioterapia.
- Histerectomia total por doença benigna.
- Mulheres com sinais/sintomas de doença cervical.

1A - Mulheres entre 25 e 64 anos

A diretriz brasileira do Ministério da Saúde recomenda iniciar coleta do exame citológico de colo do útero (CP) aos 25 anos para mulheres que já tiveram ou têm relações sexuais. Países desenvolvidos, que recomendam a citologia para o rastreio, sugerem iniciar o exame variando entre 21 a 30 anos. ^{6, 7, 8, 9, 10}

A incidência do câncer invasor do colo do útero em mulheres até 24 anos é cerca de 1% e os casos são mais agressivos com tipos histológicos mais raros, situação onde rastreio é ineficiente para modificar o desfecho. O início precoce do rastreio representa um aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, que apresentam grande probabilidade de regressão nesta faixa etária e resultam em aumento significativo de colposcopias e na possibilidade de sobretratamento, acarretando maior risco de morbidade obstétrica e neonatal. Além disso, há possível dano por impacto psíquico do diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível e precursora do câncer. ^{6, 7, 8, 9, 10}

⁸ WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2013

⁹ <https://cancerregistry.fi/screening/cervical-cancer-screening/>

¹⁰ Feldman, S; Goodman, A; Peipert J. https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer?search=screening%20cervical%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~114&usage_type=default&display_rank=1#H4060333404

O limite de idade em que o rastreio seria suspenso tem poucas evidências objetivas. As diretrizes brasileiras recomendam que o CP seja realizado até os 64 anos quando há história de rastreio negativa e 2 exames normais nos últimos cinco anos. Devem ser levados em consideração os fatores de risco, a frequência de realização dos exames e os resultados dos exames anteriores. Mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram CP, fazer dois exames com intervalo de um a três anos, dois resultados negativos e interrompe o rastreio (B). ^{6, 7, 9, 10}

2A – Rastreamento para câncer do colo do útero

Há boas evidências para se incluir o exame de prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino no exame de saúde de mulheres (A). ^{6, 7, 9, 10} Quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro de padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. ^{6, 7, 9, 10}

3A- Exame citológico do colo do útero

A realização periódica do exame citológico continua sendo a estratégia mais adotada para rastreamento do câncer do colo do útero. É o exame preconizado pelo MS/Brasil. ⁶

4A - Satisfatório

O exame é considerado satisfatório quando a amostra apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, possibilitando avaliação. É considerado insatisfatório quando a avaliação não pode ser realizada por questões técnicas como: material acelular ou hipocelular (< 10% do esfregaço) ou leitura prejudicada em > 75% do esfregaço por presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos, intensa superposição celular. ^{6, 11}

O significado da presença de células que representam a junção escamo-colunar: epitélio metaplásico e/ou endocervical passa a ser da exclusiva competência do profissional que atendeu a paciente, que deverá levar em consideração as condições próprias de cada uma (idade, estado menstrual, limitações anatômicas e o objetivo do exame). ^{6, 11}

¹¹ 9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, Recomendações para profissionais de saúde, 2006.

5A - Repetir o CP

Caso o exame seja insatisfatório, repetir o CP dentro de um período entre seis a doze semanas com correção, quando possível, do problema que motivou este resultado (A). Considerar presença de infecções vaginais ou atrofia por baixa de estrogênio*, tratar antes de repetir a coleta. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Infecções Sexualmente Transmissíveis traz recomendações para tratamento de vulvovaginites. Caso a dificuldade diagnóstica seja decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal com creme de estrogênios conjugados em baixa dose, 0,3 mg ou estriol vaginal, um grama com aplicador vaginal toda noite, durante 21 dias (B). A nova citologia será coletada entre cinco a sete dias após a parada do uso (B).⁶ Deve ser explicado à mulher que o motivo da repetição não é por alteração patológica relacionada a câncer.

6A – Normal

A recomendação para resultado normal é seguir a rotina de rastreamento citológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos consecutivos, com intervalo anual (A).^{6, 12} As situações de risco devem ser avaliadas individualmente (p ex. lesões prévias de maior risco para carcinoma).

7A - ASC-US

ASC-US é a sigla para células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas. (ver anexo A). Representa a alteração citológica mais frequentemente descrita nos laudos de CP.

Há uma correlação com doença de baixa gravidade para a maioria das mulheres. Entre um a dois terços dos casos não está relacionado com HPV de alto risco. Desse modo, conduta conservadora e menos invasiva é recomendada. Fatores como idade da mulher e a realização de rastreio citológico prévio devem ser considerados nessa decisão. Além desses aspectos, deve-se

¹² SAWAYA, G. F. et al. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical cancer screenings. *New England Journal of Medicine*, v. 349, n. 16, p. 1501-1509, 2003.

considerar que a lesão invasora do colo do útero é claramente mais prevalente na quarta e quinta décadas de vida da mulher.^{6, 13}

A diretriz brasileira utiliza como ponto de corte a idade de 30 anos. Recomenda repetir o CP em seis meses em mulheres com 30 anos ou mais, precedida, quando necessário, do tratamento de processos infecciosos e de melhora do trofismo genital, com preparo estrogênico após a menopausa.⁶ Mulheres com idade inferior a 30 anos repetir o CP no intervalo de 12 meses (B).^{6, 13}

Para o acompanhamento posterior, se o exame subsequente for negativo, a paciente retorna à rotina de rastreamento citológico trienal. Caso resultado da citologia de repetição igual a ASC-US ou mais significativa, a paciente deverá ser encaminhada para colposcopia (B).¹³

Na colposcopia sem alterações, o retorno ao rastreio está recomendado com intervalo semestral ou anual dependendo da faixa etária (B). Após duas citologias normais, retornar a rotina de rastreamento.⁶

Na colposcopia com alterações, deve-se realizar biópsia (A).^{6, 7, 8, 9}

8A - Lesão baixo grau (Lesão intra-epitelial de baixo grau/LISL)

A maioria das alterações citológicas de baixo grau regride espontaneamente. Usualmente é a manifestação morfológica da infecção aguda e transitória pelo HPV, tanto de baixo como de alto risco.¹⁴ O comportamento benigno desse grau de alteração, associado ao risco de ocorrência de efeitos adversos psíquicos e físicos, como hemorragia, infecção e desfechos obstétricos significativos, tem levado a condutas mais conservadoras.⁶

A recomendação no Brasil é repetir o CP em seis meses (A). Processos infecciosos ou atrofia genital identificados devem ser tratados antes dessa nova coleta (A). Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de

¹³ Goodman, A, Huh, W. Cervical cytology: Evaluation of atypical squamous cells (ASC-US and ASC-H). https://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-atypical-squamous-cells-asc-us-and-asc-h?search=cin%203%20cone&topicRef=89208&source=see_link

¹⁴ Wright, JD. Cervical intraepithelial neoplasia: Management of low-grade and high-grade lesions. https://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-management-of-low-grade-and-high-gradelesions?sectionName=LOWGRADE%20LESIONS:%20CIN%201&search=cin%203%20cone&topicRef=89208&anchor=H6&source=see_link#H6

rastreamento citológico trienal (B). Se qualquer citologia subsequente for positiva, encaminhar à unidade de referência para colposcopia. ⁶ (ver anexo D).

9A – ASC-H

ASC-H (células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau). Este tipo de alteração apresenta risco de lesão de alto grau subjacente alto, de 12% a 68%, e 1,3 a 3% de câncer. A recomendação é o encaminhamento para colposcopia (ver anexo B).

9A – AGC

As atipias de significado indeterminado em células glandulares (AGC) usualmente provem dos epitélios glandulares da endocérvice ou endométrio, raramente de outros locais como ovário. Sua ocorrência é menos comum do que as alterações em células escamosas. Para as mulheres com estas alterações é necessário descartar condições premalignas da cérvix, útero e raramente ovário. As AGC estão associadas com condição maligna ou premaligna em aproximadamente 30% dos casos. Estas alterações usualmente são encontradas em mulheres com 40 anos ou mais. ¹⁵

Os casos de AGC (exceto endometrial) precisam ser avaliados com colposcopia, biópsia cervical e avaliação do canal endocervical. AGC-endometrial — não necessitam de colposcopia e para sua avaliação necessitam ter coletadas amostras do canal endocervical e endométrio. Na avaliação histológica podem ser encontrados achados normais, lesões escamosas ou glandulares.

A conduta preconizada para as pacientes com diagnóstico citológico de AGC é o encaminhamento para colposcopia (A). Na colposcopia, deve ser realizada coleta de material para citologia do canal cervical (A). É recomendável a avaliação endometrial (com ultrassonografia e/ou estudo anatomopatológico) em pacientes acima de 35 anos (A). Abaixo dessa idade, a investigação endometrial deverá ser realizada se presente sangramento uterino anormal (A). (ver anexo C).

¹⁵ Annekathryn Goodman. Cervical cytology: Evaluation of atypical and malignant glandular cells. https://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-atypical-and-malignant-glandular-cells?search=cin%203%20cone&topicRef=89208&source=see_link

10A - Lesão alto grau (LIAG)

A denominação lesão intraepitelial de alto grau (LIAG) compreende as neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III (NICII e NICIII/carcinoma in situ). Cerca de 70% a 75% das pacientes com laudo citológico de LIAG apresentam confirmação histopatológica deste grau de doença e 1% a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor.

Como apresentam grande potencial morfológico de progressão para neoplasia é consenso que devem ser tratadas. A conduta é o encaminhamento ao serviço de referência (anexo E).

***Tratamento da colpíte atrófica**

Creme de estrogênios conjugados, 0,5 g (0,3 mg) ou

Creme de estriol, 1 g

Aplicação vaginal, de preferência à noite, por um a três meses. Podem ser usados em dois esquemas alternativos:

- durante 21 dias, com intervalo de sete dias, ou
- duas vezes por semana, sempre nos mesmos dias.

A nova citologia será coletada sete dias após a parada do uso (B).

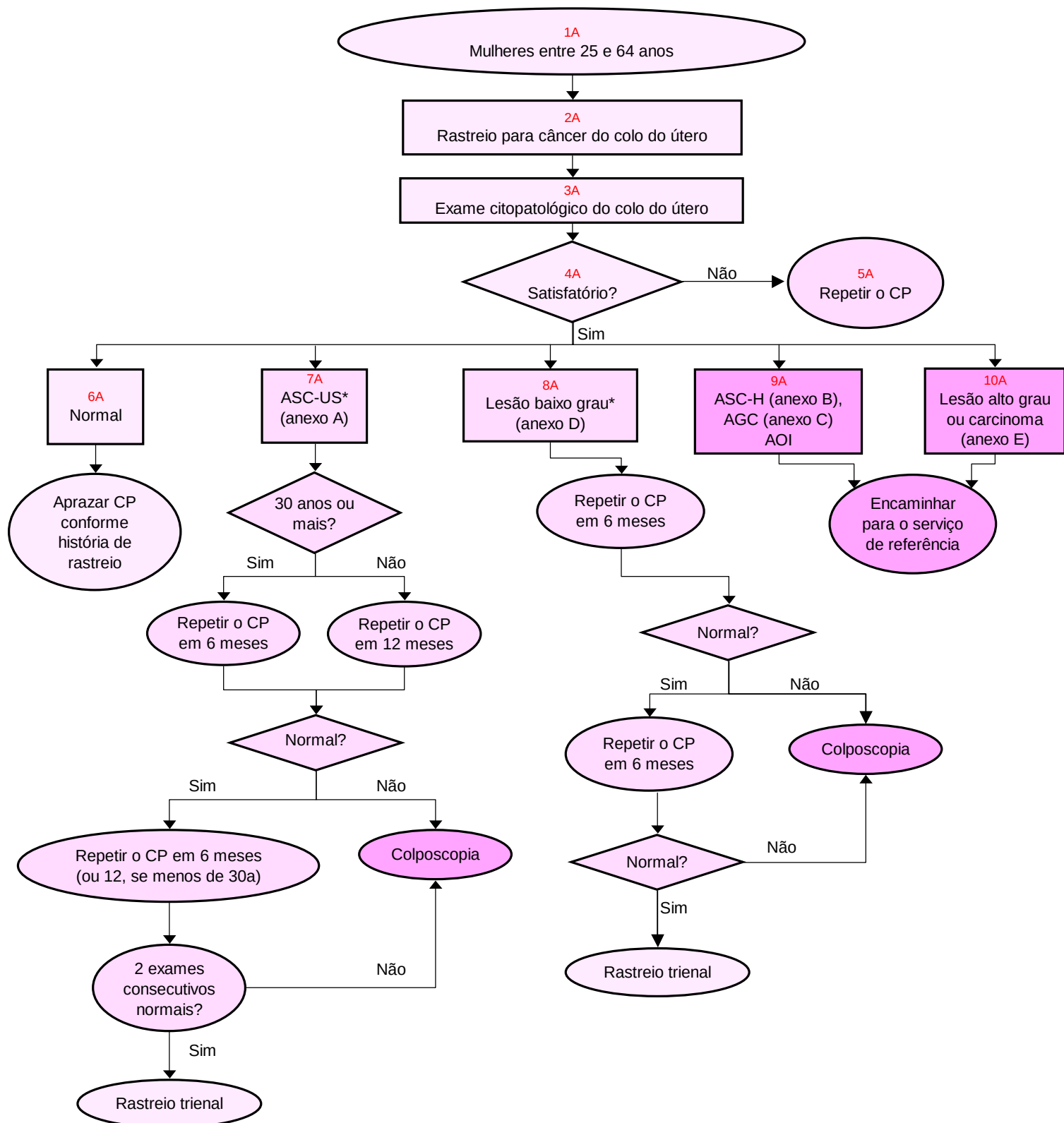
Referências:

1. Bottari, CMS; Vasconcellos, MM; Mendonca, MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s111-s122, 2008 .
2. Globocan - <http://gco.iarc.fr>, consulta em fevereiro 2019.
3. INCA - <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/> consulta em fevereiro 2019.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. 2016.
5. WHO. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2013
6. <https://cancerregistry.fi/screening/cervical-cancer-screening/>

7. Feldman, S; Goodman, A; Peipert J. Screening for cervical cancer. Feb 05, 2019 www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer?search=screening%20cervical%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~114&usage_type=default&display_rank=1
8. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ, January 8, 2013, 185(1)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, Recomendações para profissionais de saúde, 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/siscam.htm>>.
11. Solomon, D et al; Forum Group Members and the Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System. Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology. JAMA. 2002; 287:2114-2119.
12. IARC working group on evaluation of cervical cancer screening programmes. International Agency of Research on Cancer. Cancer. Screening and early detection of cancer. World Health Organization. Programmes and projects.
13. Miller, AB. Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines. World Health Organization. Geneva, 1992.
14. Thomas C. Wright, Jr et al. 2001 ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Cytological Abnormalities. JAMA 2002 287: 2120-2129.
15. U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF). 2007. Grade Definitions. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>
16. SAWAYA, G. F. et al. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical cancer screenings. New England Journal of Medicine, v. 349, n. 16, p. 1501-1509, 2003.
17. Goodman, A, Huh, W. Cervical cytology: Evaluation of atypical squamous cells (ASC-US and ASC-H).

ⁱ Atenção Saúde da Mulher/Monitoramento e Avaliação Serviço de Saúde Comunitária
revisado 2019
wdaniela@ghc.com.br

CONDUTA CONFORME RESULTADO DO CITOPATOLÓGICO DE RASTREIO PARA CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



* ASC-US e LIBG em mulheres pós menopausa na presença de atrofia, indica-se terapia com estrogênio tópico antes de repetir o CP.

Lembrete 1: Tratamento da colpíte atrófica pode ser realizado com creme de estrogênios conjugados, 0,5 g (0,3 mg) ou creme de estriol, 1 g.

Lembrete 2: Infecções vaginais podem comprometer a interpretação do CP. Recomenda-se tratar primeiro e depois retornar para coleta do CP.

ASCUS - Atypical squamous cells of undetermined significance ou células escamosas atípicas de significado indeterminado

ASC-H - Células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau

AGC - Atypical glandular cells ou células glandulares atípicas de significado indeterminado

AOI - Células atípicas de origem indefinida



Técnica de coleta do exame citológico do colo do útero 2006, atualizada janeiro 2019¹

Orientações prévias ao exame – Não fazer uso de cremes, duchas intra-vaginais, espermicidas e/ou lubrificantes vaginais que não sejam a base de água 48 horas antes do exame. Estar fora do período menstrual (preferencialmente após o quinto dia do término da menstruação).

Material: espéculos de todos tamanhos, pinça cheron, gaze, espátula de Ayre, escova endocervical, fixador, lâmina com extremidade fosca e caixa para o seu acondicionamento, lápis, luvas, formulário para requisição do exame. Verificar se os materiais necessários estão disponíveis na sala e de fácil acesso antes de iniciar a coleta.

1. A mulher deve estar com a bexiga vazia. A posição ginecológica deve ser o mais confortável possível (maca com cabeceira elevada) e a mulher coberta por lençol.
2. Sob boa iluminação, observar órgãos genitais externos, distribuição dos pelos; integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios; e presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação (inclusive das glândulas de Bartholin) e de veias varicosas.
3. Escolher o tamanho do espéculo de acordo com as características da mulher a ser examinada. Não deve ser usado lubrificante de base oleosa, se necessário utilizar soro fisiológico. A seguir, introduzir o espéculo suavemente até a exposição completa do colo do útero, procedimento indispensável para a realização da coleta. Observar as características do conteúdo e da parede vaginal. Na presença de muco e/ou sangramento remover **delicadamente** com gaze montada em uma pinça antes da coleta do CP. A limpeza vigorosa do colo do útero pode acarretar em um esfregaço com pouco material celular impedindo adequada avaliação da amostra.
4. Com a espátula de Ayre, do lado que apresenta uma reentrância – encaixe firmemente a parte mais longa no orifício cervical, fazer um raspado da ectocérvice realizando movimento rotativo de 360 graus em torno do orifício. Distender o material coletado, no sentido **transversal** ao lado da borda fosca da lâmina. Introduzir no canal cervical, se permeável, a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360 graus. Colocar o material ao lado do esfregaço anterior no sentido **longitudinal**. Distender o material sobre a lâmina de maneira delicada, girando a escova, para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem macerações.
5. O esfregaço deve ser **fixado imediatamente** de maneira que fique **totalmente** coberto para evitar o dessecamento (no máximo 8 segundos após ser realizado o primeiro esfregaço). Aplicar o fixador em spray a 20 cm do esfregaço. Deixar secar ao **ar livre** sobre um suporte apropriado e acondicionar cuidadosamente a lâmina.
6. Concluídos o exame e coleta retira-se o espéculo delicadamente. Cuidado para liberar o colo antes de fechar o espéculo. Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento após a coleta, este cessará sozinho.
7. Enviar as lâminas acondicionadas para o transporte e acompanhadas da requisição o mais breve possível. Resultados falsos-negativos observados correspondem, em percentual significativo, a problemas técnicos, tais como amostra coletada sem os epitélios representados, quantidade insuficiente de material, má distribuição das amostras obtidas, defeitos de fixação com consequente dessecamento do material a ser estudado.

Alertas:

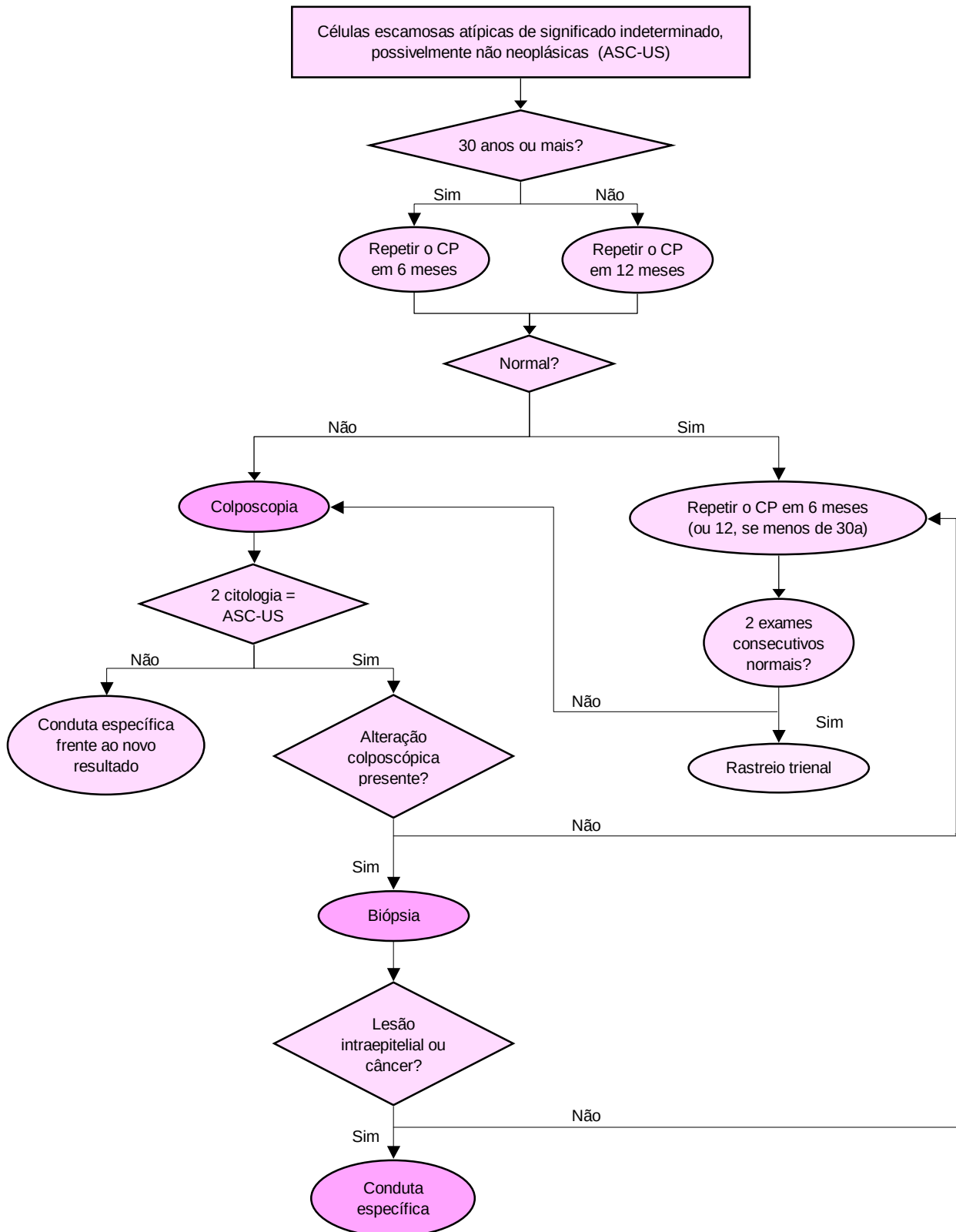
- ❖ Usar lâminas que apresentem a extremidade fosca (iniciais do nome da mulher e número do registro no GHC preenchidos a lápis) para a identificação do exame.
- ❖ Preencher a requisição, mencionando os achados relevantes à inspeção, tais como corrimento e lesões do colo. O **CÓDIGO** da unidade de saúde e o **CÓDIGO no GHC d@ profissional** devem ser preenchidos a caneta e de **forma clara**, isso possibilita a identificação d@ profissional que coletou o exame e da unidade de saúde correspondente.
- ❖ Na dificuldade de visualização do colo do útero sugira que a mulher tussa. Não surtindo efeito solicite ajuda de profissional mais experiente.
- ❖ Na presença de sangramento vaginal **anormal** o exame ginecológico deve ser feito e a coleta de CP realizada.
- ❖ Não realizar a coleta quando houver corrimento espesso e purulento. Se houver infecção tratar e marcar um retorno para o CP. Caso o contexto não permita o adiamento do procedimento (único momento em que a mulher vai à unidade, dificuldade de vínculo, trabalho...) colete material para o exame bacterioscópico e antes da coleta do CP remova a secreção excessiva com gaze sem esfregar.
- ❖ A visualização da JEC pode ser prejudicada pela atrofia, utilizar estrogênios creme vaginal previamente a coleta conforme avaliação clínica. (creme vaginal de estrógenos conjugados 0,625, durante 21 dias)
- ❖ Uma técnica para evitar o dessecamento é colher o material da ectocérvice e manter a espátula no canal vaginal, fazer a coleta endocervical e distender os dois esfregaços um após o outro, fixando imediatamente.
- ❖ Em gestantes, a junção escamocolumnar encontra-se exteriorizada na ectocérvice o que dispensaria a utilização da escova endocervical. Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras.

¹ Primeira publicação em 2006, atualizado em janeiro de 2019. Saúde da Mulher/Gerência Saúde Comunitária/GHC – wdaniela@ghc.com.br

Anexo A

última atualização: maio 2015

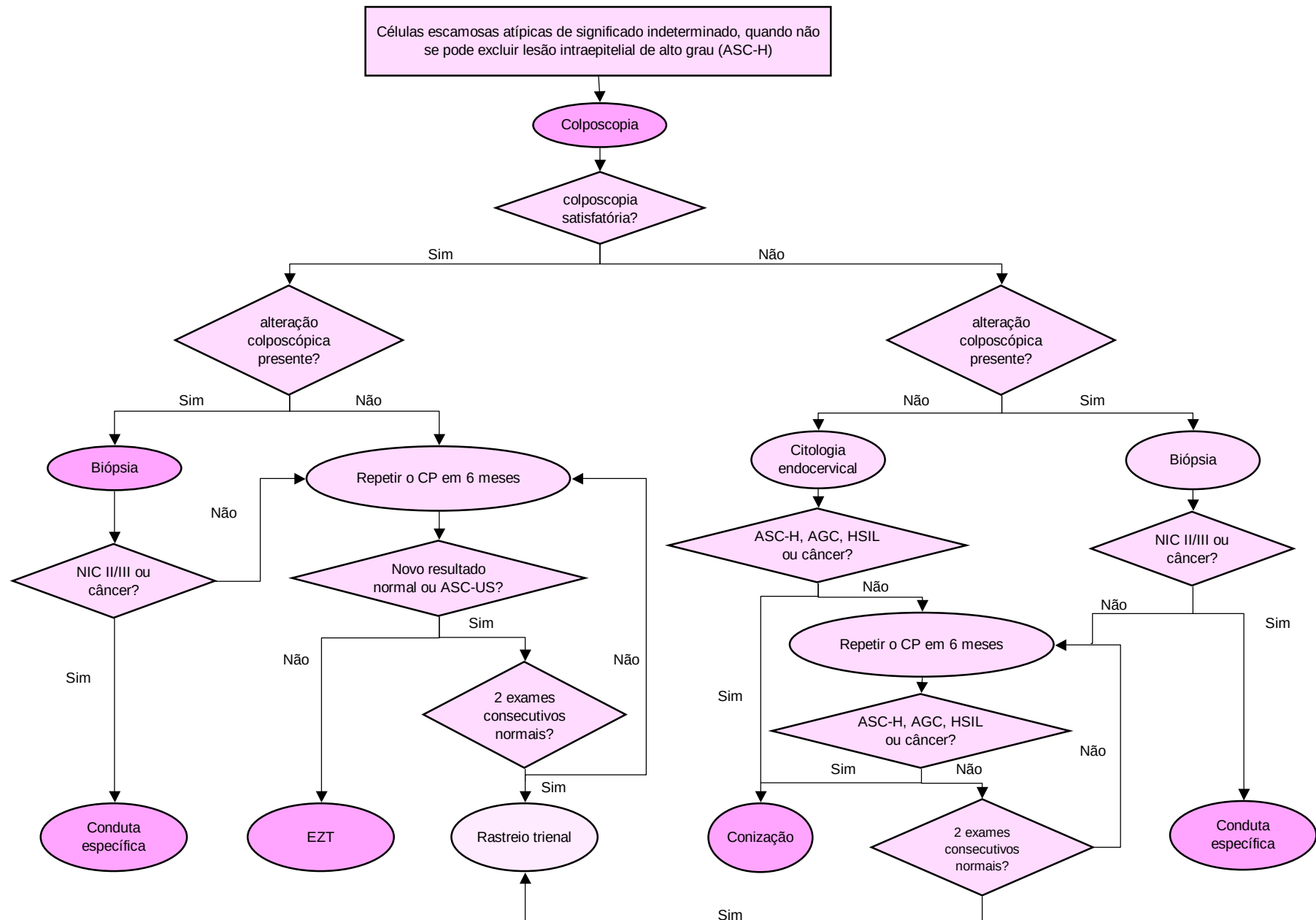
Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de ASC-US.



Anexo B

última atualização: maio 2015

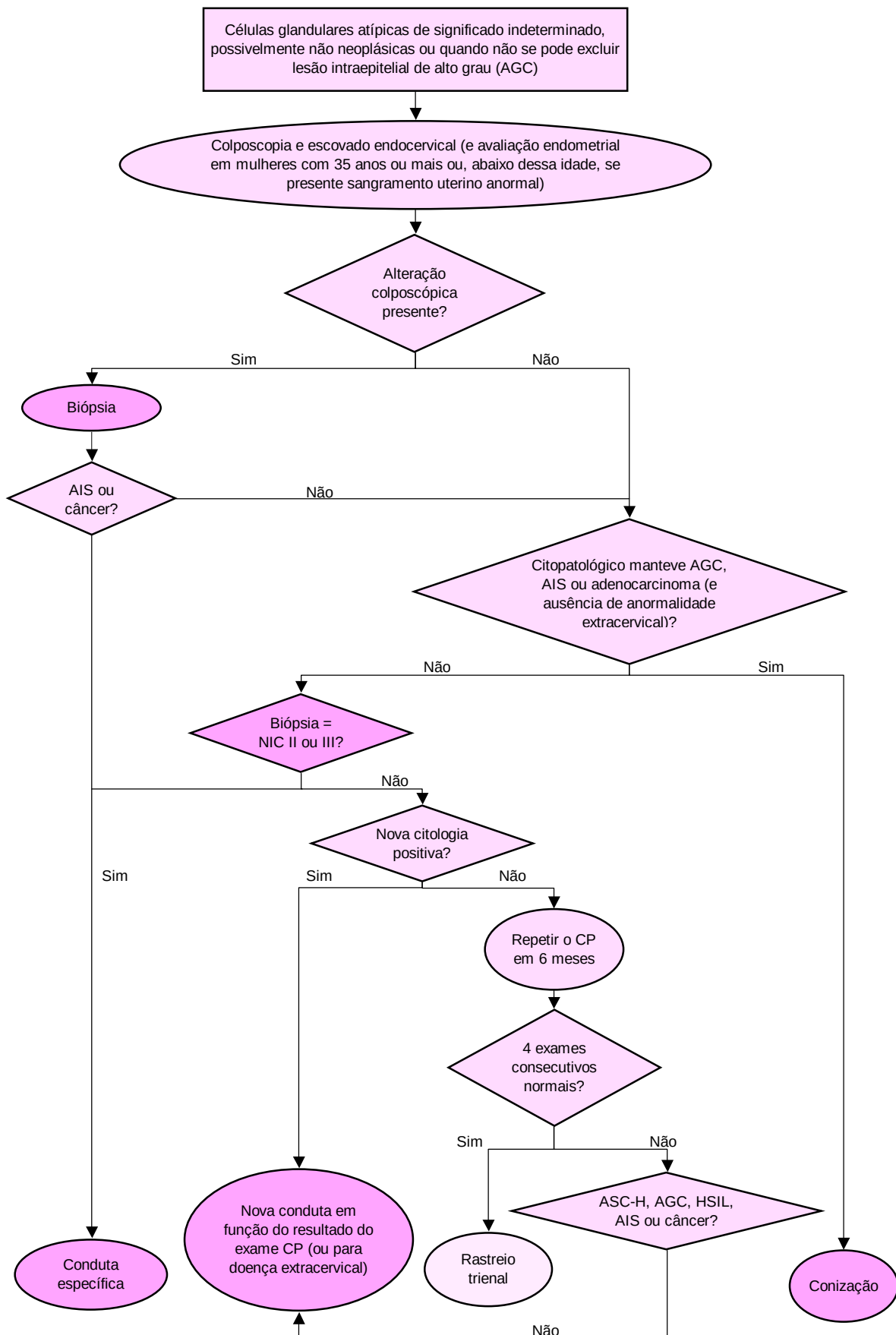
Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de ASC-H.



Anexo C

última atualização: maio 2015

Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de AGC.

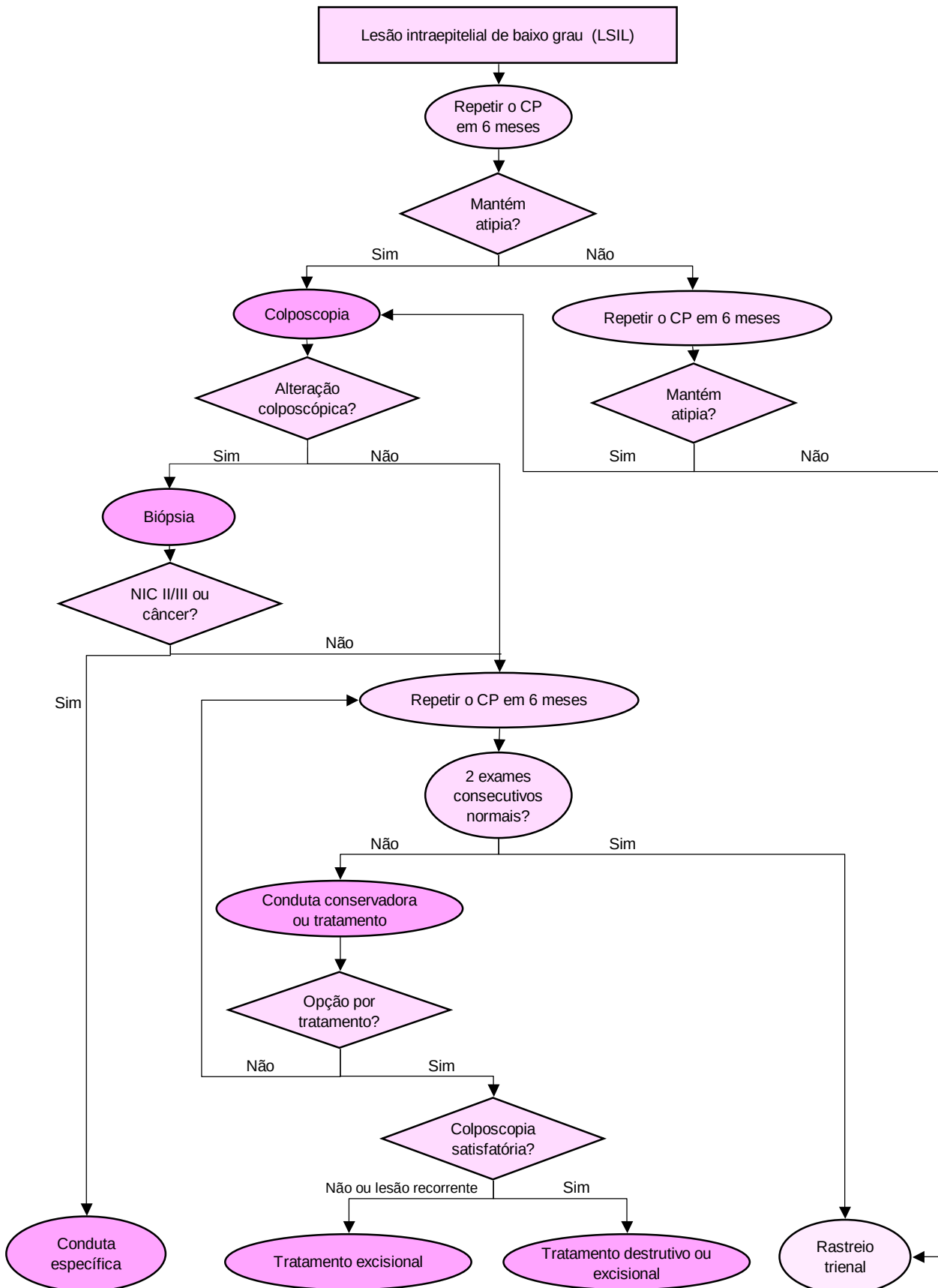


ANEXO C

Anexo D

última atualização: maio 2015

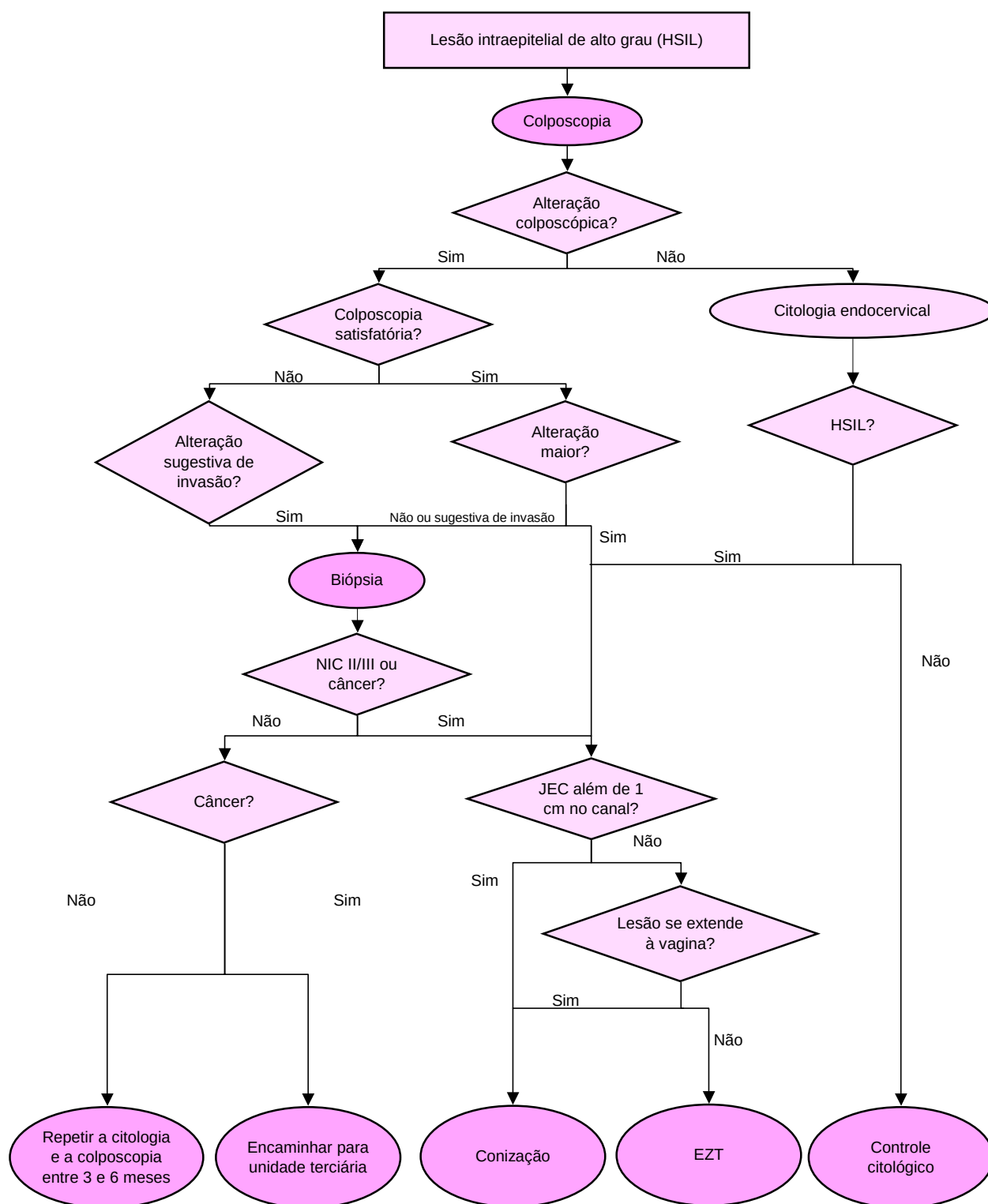
Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de LSIL.



Anexo E

última atualização: maio 2015

Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de HSIL.



Anexo E