



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

LINHA DE CUIDADO: ATENÇÃO ÀS LESÕES PRECURSORAS E AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

1. APRESENTAÇÃO

O presente documento tem como objetivo traçar a linha de cuidado relativa às lesões precursoras e ao câncer do colo do útero e, conseqüentemente, elaborar a programação da assistência, de modo a fomentar a organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção oncológica.

Destaque-se que para a sua elaboração, foram considerados os *Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero* (INCA, 2016), as *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo de Útero* (INCA, 2019) e os dados oriundos do Registro de Câncer de Base Populacional de Alagoas (RCBP-AL).

Para a programação da atenção relativa especificamente aos tumores invasivos, foi utilizado o *Protocolo Unificado para o Tratamento das Neoplasias Malignas não Hematológicas*, do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (INCA, 2022a), além de *Guidelines da National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* (NCCN, 2024).

2. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

2.1 Características e fatores de risco

O câncer do colo do útero é aquele que acomete a porção do útero que o conecta com a vagina, tendo a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) como principal fator desencadeante (INCA, 2022b).

Dentre os 12 genótipos oncogênicos do HPV conhecidos, os tipos 16 e 18 são responsáveis por cerca de 71% dos casos de câncer do colo do útero e por mais da metade dos casos de outros cânceres, enquanto que os tipos 6 e 11 são responsáveis por cerca de 90% dos casos de verrugas genitais (INCA, 2022b).

Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses e dois anos após a exposição (IARC, 2008). Nesse bojo, a idade interfere nesse processo, de modo que em mulheres abaixo dos 30 anos há



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

alta probabilidade de regressão espontânea, enquanto que a persistência é mais frequente acima dessa idade (IARC, 2007).

Há aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), e outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual que parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer (IARC, 2007).

Dessa forma, os principais fatores de risco associados à ocorrência do câncer do colo uterino são:

- Infecção persistente por subtipos oncogênicos do HPV;
- Fatores ligados à imunidade/genética;
- Tabagismo;
- Iniciação sexual precoce;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Multiparidade;
- Uso de contraceptivos orais;
- Idade.

2.2 Epidemiologia

Segundo estimativas do INCA para o triênio 2023-2025, são estimados 130 casos novos, a cada ano, de tumores invasivos do colo do útero (C53) apenas entre mulheres residentes em Maceió (INCA, 2022b). No entanto, considerando que o município de Maceió é referência para atenção oncológica de todo o estado para alguns tumores, e responsável por todos os tumores entre residentes da 1ª Macrorregião de Saúde (MRS), para a programação da assistência levou-se em consideração estimativa elaborada localmente, a qual totaliza 272 casos novos de tumores invasivos do colo do útero na macrorregião, anualmente (Figura 1).

Dados consolidados a partir do relatório de metas enviado mensalmente pelos serviços de oncologia no município Maceió apontam que, em 2023, foram atendidos 234 casos novos de câncer do colo uterino, perfazendo uma cobertura de 86,0% no acesso a

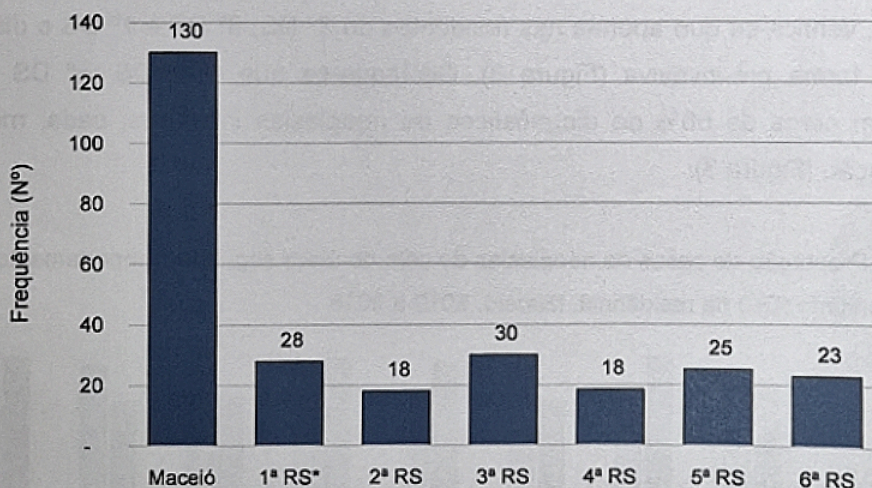


PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) (Maceió, 2024). Tal dado é corroborado por análise realizada dos casos novos registrados pelos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) em 2022, que demonstrou uma cobertura de 86,8% de acesso. Assim, pode-se inferir que cerca de 14% das mulheres com câncer do colo do útero são desprovidas de acesso ao diagnóstico e/ou ao tratamento.

Comparando-se o diagnóstico entre neoplasias invasivas (C53) e *in situ* (D06) – a partir dos dados oriundos do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP-AL) – percebe-se que a maioria dos casos entre residentes da 1ª MRS (55,1%) é diagnosticada na forma invasiva, com a 6ª Região de Saúde sendo a única em que a maioria dos casos (53,8%) é identificada ainda na forma pré-invasiva (Figura 2).

Figura 1 – Estimativa de casos novos anuais de câncer do colo do útero (tumores invasivos), segundo região de saúde (RS) de residência. 1ª Macrorregião de Saúde, 2023 a 2025.



*Excetuando-se Maceió.

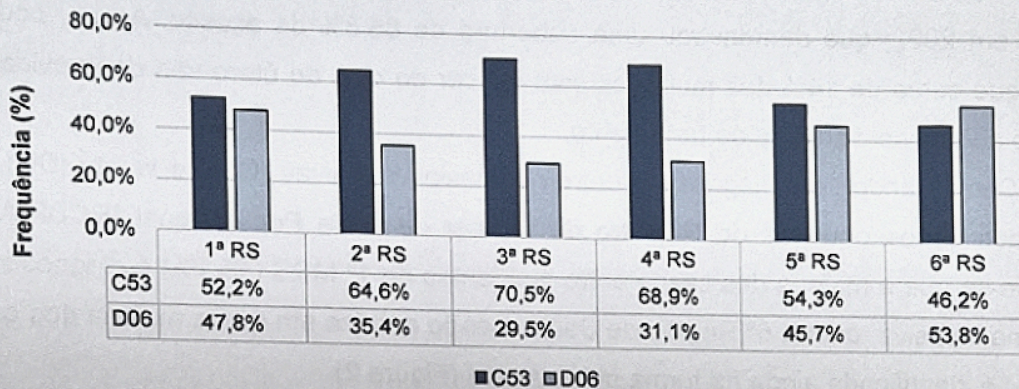
Fonte: RCBP-AL/BasePopWeb/INCA/MS. Dados sujeitos a revisão.

Rua Dias Cabral, 569, Centro, CEP: 57020-245
Maceió – AL



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

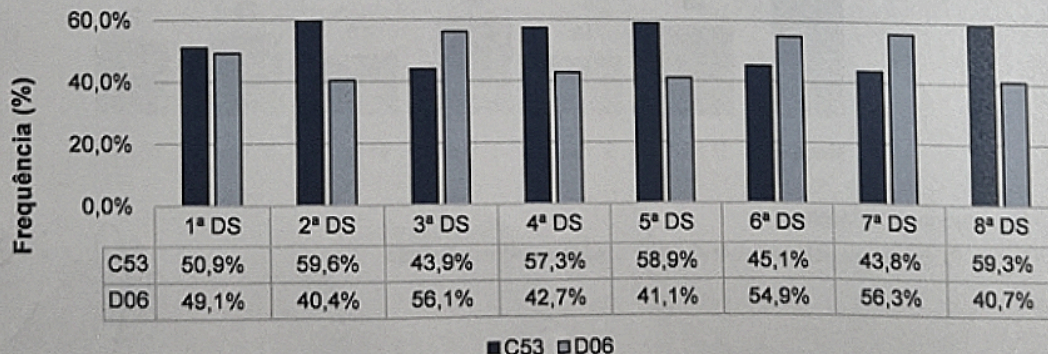
Figura 2 – Proporção de casos de neoplasias do colo do útero segundo comportamento do tumor e região de saúde (RS) de residência. 1ª Macrorregião de Saúde, 2010 a 2018.



Fonte: RCBP-AL/BasePopWeb/INCA/MS. Dados sujeitos a revisão.

Da mesma forma, entre mulheres residentes no município de Maceió 51,3% são diagnosticadas com tumores invasivos. Analisando-se segundo distrito sanitário (DS) de residência, verifica-se que apenas nas residentes do 3º DS, 6º DS e 7º DS o diagnóstico ocorre na forma pré-invasiva (Figura 3). Destaque-se que o 2º DS, 8º DS e 5º DS apresentam cerca de 60% de diagnósticos de neoplasias invasivas, cada, merecendo maior atenção (Figura 3).

Figura 3 – Proporção de casos de neoplasias do colo do útero segundo comportamento do tumor e distrito sanitário (DS) de residência. Maceió, 2010 a 2018.



Rua Dias Cabral, 569, Centro, CEP: 57020-245
Maceió – AL

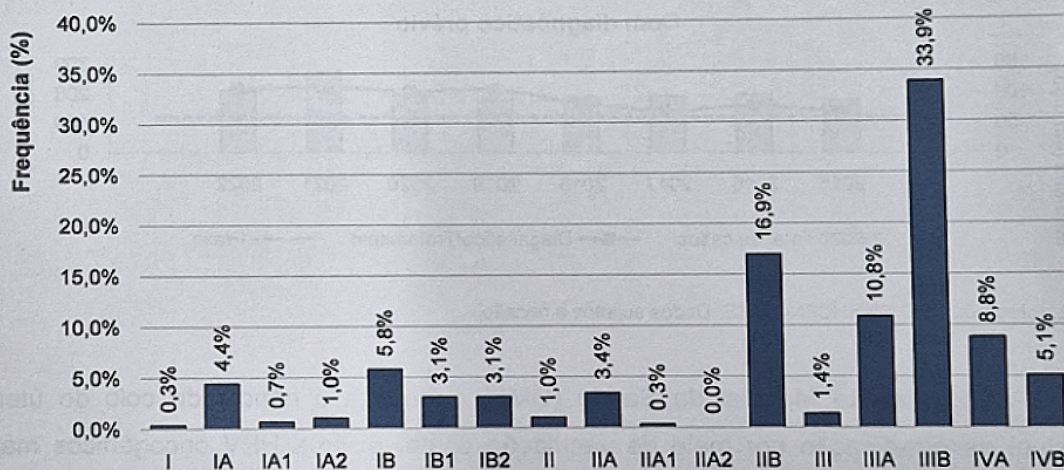


PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

Fonte: RCBP-AL/BasePopWeb/INCA/MS. Dados sujeitos a revisão.

Em relação ao estadiamento, 60,0% dos casos de tumores invasivos são diagnosticados em estádios avançados (III ou IV) (Figura 4). Tal fato impacta diretamente na sobrevida dessas mulheres, exigindo, portanto, maior esforço quanto ao diagnóstico na fase de lesão precursora.

Figura 4 – Proporção de casos de neoplasias invasivas do colo do útero segundo estágio ao diagnóstico. Alagoas, 2010 a 2018.



Fonte: RCBP-AL/BasePopWeb/INCA/MS. Dados sujeitos a revisão.

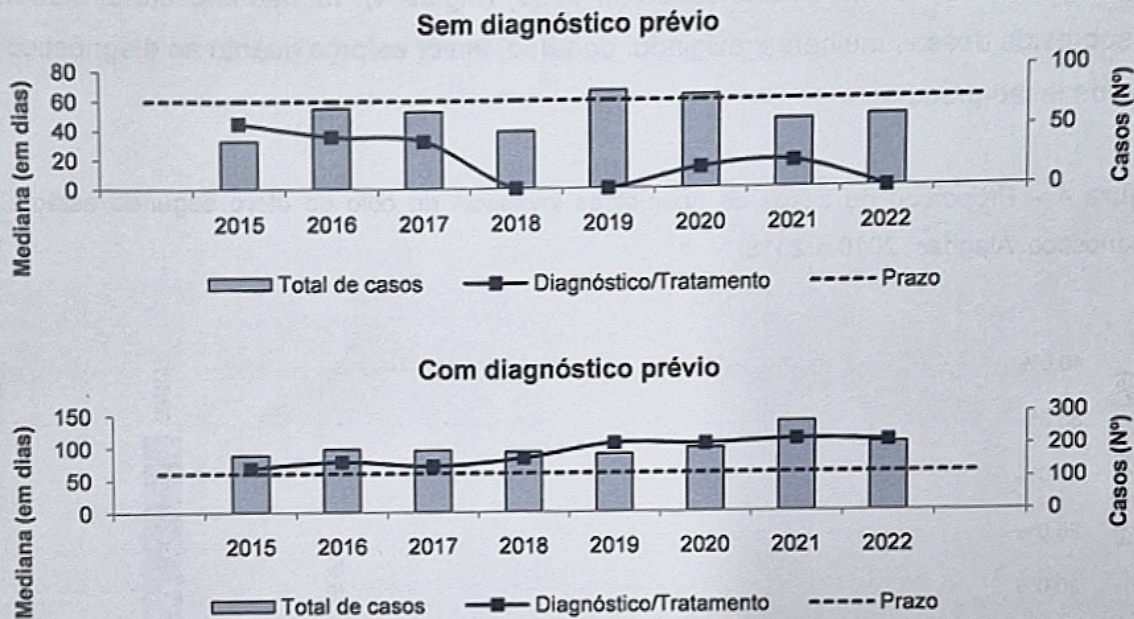
Em relação à oportunidade do tratamento, verifica-se que a mediana do tempo entre o diagnóstico e o início da terapêutica é de 16 dias para os casos que chegam aos CACON sem diagnóstico prévio e de 94 dias entre as pacientes com diagnóstico anterior – as quais perfazem 76,0% dos casos –, e com piora ao longo do tempo (Figura 5).

Rua Dias Cabral, 569, Centro, CEP: 57020-245
Maceió – AL



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

Figura 5 – Mediana de tempo transcorrido (em dias) entre 1º Diagnóstico e Início do Tratamento para o câncer do colo do útero, nos CACON, segundo diagnóstico anterior. Alagoas, 2015 a 2022.



Fonte: IntegradorRHC/SisRHC/INCA/MS. Dados sujeitos a revisão.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o câncer do colo do útero passível de erradicação por meio de vacinação contra o vírus HPV oncogênicos mais prevalentes, além de atividades de educação em saúde, rastreamento e tratamento de lesões precursoras (INCA, 2022b). As metas globais propostas pela OMS que devem ser alcançadas até 2030 são: 90% das meninas totalmente vacinadas contra o HPV aos 15 anos; 70% das mulheres submetidas a um teste de rastreamento de alta performance aos 35 e aos 45 anos; e 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras e câncer recebendo tratamento (INCA, 2022b).

A redução das incidências do câncer do colo do útero, está diretamente associada a medidas de prevenção e conscientização da população quanto aos fatores de risco, além de dotar a rede de atenção à saúde de capacidade para a detecção precoce – permitindo o diagnóstico ainda na fase de lesão precursora – e para a oferta de tratamento adequado e oportuno ao câncer.

X



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

3. EIXOS DE CUIDADO

3.1. Prevenção

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Consequentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal, no entanto, a principal forma de prevenção é a vacinação contra o HPV (INCA, 2022c).

A vacina quadrivalente (contra os tipos 6, 11, 16 e 18) foi incorporada no Calendário Nacional de Vacinação, tendo como público-alvo meninos e meninas de 09 a 14 anos de idade, além de pessoas que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea, e ainda pacientes oncológicos com faixa etária de 09 a 26 anos para indivíduos do sexo masculino ou de 09 a 45 anos para mulheres (INCA, 2022c).

Atualmente todas as 68 salas de vacina das unidades municipais de saúde, além de 05 equipes volantes do 'Saúde da Gente' e 03 pontos fixos (Maceió Shopping, Shopping Pátio Maceió e Centro de Atendimento ao Turista (CAT) Móvel Praia), ofertam vacinação contra o HPV para o público-alvo estabelecido, cuja população-alvo, para Maceió, é constituída por 78.352 crianças e adolescentes de 09 a 14 anos, segundo o Censo 2022, sendo 39.977 meninos e 38.375 meninas.

3.2. Detecção precoce

O método principal e mais amplamente utilizado para o rastreamento das lesões precursoras e do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo uterino).

Segundo a OMS, com uma cobertura na população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados nos casos com exames alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

implantado com qualidade e cobertura, além de tratamento oportuno e efetivo seguimento das mulheres (WHO, 2007).

No Brasil, o exame citopatológico (teste de Papanicolau) deve ser oferecido às mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, como método de rastreio, sendo responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) a abordagem junto a essas mulheres, para a coleta das amostras.

As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento e/ou apresentarem achados ao exame ginecológico (exame especular, toque vaginal) fortemente sugestivos de câncer devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica, tratamento das lesões precursoras e definição quanto a necessidade de encaminhamento à unidade terciária para tratamento oncológico, segundo as *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero* (Quadro 1).

Quadro 1 – Conduta frente a resultados alterados ao exame citopatológico cérvico-vaginal.

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<25 anos	Repetir citologia em 03 anos; se permanecer resultado, encaminhar à Referência de Média Complexidade
		Entre 25 e 29 anos	Repetir citologia em 12 meses; se permanecer resultado, encaminhar à Referência de Média Complexidade
		≥30 anos	Repetir citologia em 06 meses; se permanecer resultado, encaminhar à Referência de Média Complexidade
	Não se podendo afastar Lesão Intraepitelial de Alto Grau (ASC-H)	Qualquer idade	Encaminhar à Referência de Média Complexidade (Colposcopia + Biópsia e/ou EZT*)



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células glandulares atípicas designificado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas (AGU-US) <u>ou</u> Não se podendo afastar Lesão Intraepitelial de Alto Grau (AGC-H)	Qualquer idade	Encaminhar à Referência de Média Complexidade (Colposcopia + Biópsia <u>ou</u> EZT*)
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas <u>ou</u> Não se podendo afastar Lesão de Alto Grau	Qualquer idade	Encaminhar à Referência de Média Complexidade (Colposcopia + Biópsia <u>ou</u> EZT*)
Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL)		≥ 25 anos	Repetir citologia em 06 meses, se permanecer resultado encaminhar à Referência de Média Complexidade (Colposcopia)
		< 25 anos	Repetir citologia em 03 anos ou quando completar 25 anos (o que ocorrer primeiro); se permanecer resultado, manter seguimento citológico trienal até os 25 anos
Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL)		Qualquer idade	Encaminhar à Referência de Média Complexidade (Colposcopia + Biópsia <u>ou</u> EZT*)
Lesão Intraepitelial de Alto Grau, não podendo excluir microinvasão <u>ou</u> Carcinoma Epidermóide invasor <u>ou</u> com suspeita inicial de invasão		Qualquer idade	Encaminhar à Referência de Média Complexidade (Colposcopia + Biópsia <u>ou</u> EZT*)
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) <u>ou</u> invasor		Qualquer idade	Encaminhar à Referência de Média Complexidade (Colposcopia + Avaliação endometrial + Biópsia <u>ou</u> EZT*)

*EZT: exérese da zona de transformação.

Rua Dias Cabral, 569, Centro, CEP: 57020-245
Maceió - AL



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

3.3. Investigação diagnóstica e Planejamento terapêutico

3.3.1. Média complexidade

Quando da obtenção de resultados alterados ao exame citopatológico – tanto de rastreio, quanto diagnóstico – as mulheres devem ser referenciadas à média complexidade para o aprimoramento da investigação diagnóstica, a partir da colposcopia e a consequente exérese da zona de transformação ou biópsia, conforme o caso (Figura 5). Além do aprimoramento da investigação diagnóstica, cabe à assistência ambulatorial de média complexidade o planejamento e execução terapêutica frente às lesões precursoras ora diagnosticadas.

Atualmente, o município de Maceió oferta 1436 exames de colposcopia mensalmente. Para o encaminhamento de pacientes entre a APS e a Atenção Ambulatorial de Média Complexidade naqueles casos com alterações, conforme fluxograma estabelecido (Figura 5), deve ser utilizado receituário simples, com agendamento pelo Complexo Regulador de Maceió (PRONTO), encaminhando-as aos seguintes estabelecimentos disponibilizados pelo município de Maceió:

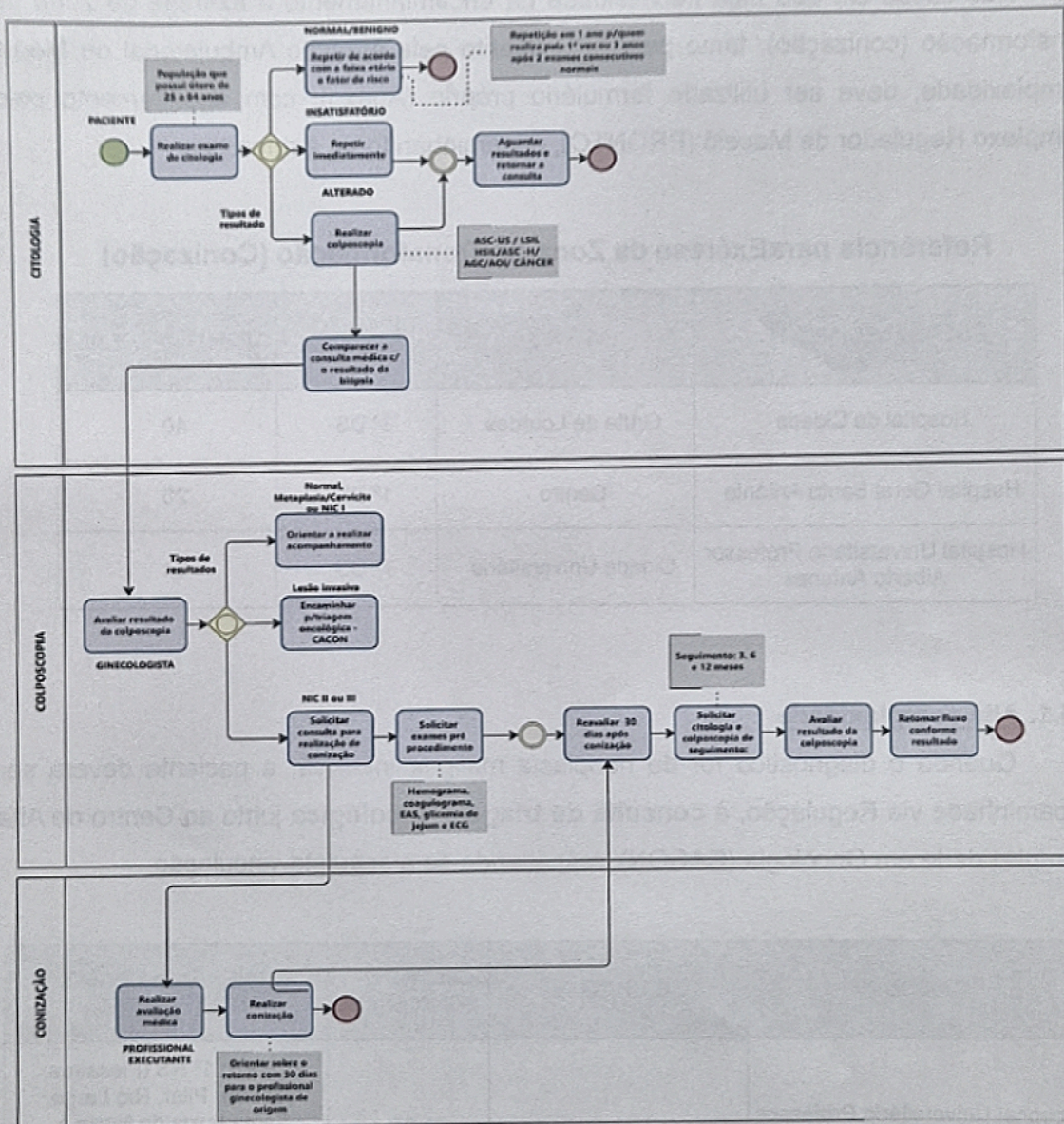
Referências para Colposcopia

ESTABELECIMENTO	BAIRRO	DISTRITO SANITÁRIO	OFERTA MENSAL
PAM Salgadinho	Centro	1º DS	636
II Centro de Saúde Dr. Diógenes Jucá Bernardes	Poço	1º DS	336
UBS Dr. Antônio de Pádua Cavalcante	Petrópolis	4º DS	144
US João Paulo I	Jacintinho	5º DS	80
US Dr. Ib Gatto Falcão	Tabuleiro do Martins	7º DS	120
Us. Fonseca Paranhos	Jacarecica	8º DS	120



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

Figura 5 – Fluxograma de acesso às ações de rastreio e investigação diagnóstica para as lesões precursoras e câncer do colo do útero no município de Maceió



Fonte: Diretoria de Linhas Prioritárias da Saúde/SMS Maceió



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

Nos casos em que haja necessidade de encaminhamento à exérese da zona de transformação (conização), tanto pela APS quanto pela Atenção Ambulatorial de Média Complexidade, deve ser utilizado formulário próprio (Anexo), com agendamento pelo Complexo Regulador de Maceió (PRONTO), encaminhando-os à referência.

Referência para Exérese da Zona de Transformação (Conização)

ESTABELECIMENTO	BAIRRO	DISTRITO SANITÁRIO	OFERTA MENSAL
Hospital da Cidade	Gruta de Lourdes	3º DS	40
Hospital Geral Santo Antônio	Centro	1º DS	20
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	Cidade Universitária	7º DS	24

3.3.1. Alta complexidade

Quando o diagnóstico for de neoplasia maligna invasiva, a paciente deverá ser encaminhada via Regulação, à **consulta de triagem oncológica** junto ao Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), respeitando-se a seguinte vinculação:

CACON	BAIRRO	DISTRITO SANITÁRIO	REFERÊNCIA PARA RESIDENTES
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	Cidade Universitária	7º DS	1ª MRS: 1ª RS (Flexeiras, Messias, Pilar, Rio Largo, Santa Luzia do Norte e Satuba) e 3ª RS. Maceió: 6º DS e 7º DS.
Santa Casa de Misericórdia de Maceió	Centro	1º DS	1ª MRS: 1ª RS (Barra de Santo Antônio, Barra de São Miguel, Coqueiro Seco,

Rua Dias Cabral, 569, Centro, CEP: 57020-245
Maceió – AL



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

			Marechal Deodoro e Paripueira), 2ª RS, 4ª RS, 5ª RS e 6ª RS. Maceió: 1º DS, 2º DS, 3º DS, 4º DS, 5º DS e 8º DS.
--	--	--	--

O planejamento terapêutico do câncer deve seguir as mais fortes evidências e o(s) protocolo(s) clínico(s) e diretriz(es) terapêutica(s) ora disponíveis.

Nesse contexto, para a elaboração da presente linha de cuidado e a consequente organização assistencial da Rede de Atenção à Saúde, foram definidas as seguintes condutas:

ESTADIAMENTO	CONDUTA
IA1 a IB2	Cirurgia, podendo ser seguida de tratamento complementar
IB3 a IVA	Radioterapia combinada com Quimioterapia, seguida por Braquiterapia
Doença metastática (estádio IVB) ou refratária ou recidivada	Quimioterapia paliativa

❖ **Tipos histológicos**

As condutas são aplicáveis aos carcinomas de células escamosas (CEC) e aos adenocarcinomas.

❖ **Exames para diagnóstico e estadiamento**

Clínico: Anamnese e exame físico, que deve incluir o exame pélvico realizado por ginecologista com experiência no estadiamento dos tumores ginecológicos.

Imagem:

Raio-X de tórax: para estágio IB;

TC de tórax sem contraste: a partir do estágio II;

RNM com contraste de abdome superior e pelve: a partir do estágio IB.



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

Endoscópicos: Cistoscopia e colonoscopias em pacientes com doença avançada que apresentem sintomas/sinais sugestivos de acometimento do trato urinário ou digestivo, respectivamente.

Patologia Clínica: Hemograma, hepatograma (AST/TGO, ALT/TGP, gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações), proteínas totais, glicemia, ureia, creatinina, potássio e sorologia para HIV.

❖ **Tratamento sistêmico**

○ **Curativo**

▪ Tratamento combinado

ELEGÍVEIS: Estádios **IB3** a **IVA**. Tratamento definitivo com quimioterapia e radioterapia.

PROGRAMAÇÃO: 5 a 6 semanas de tratamento em associação com radioterapia externa, seguida de braquiterapia. Completar todo o tratamento, incluindo a braquiterapia, idealmente em, no máximo, 8 semanas.

EXAMES: Hemograma completo, ureia, creatinina e potássio antes de cada aplicação (semanal).

▪ Tratamento adjuvante

RADIOTERAPIA EXTERNA ISOLADA: Doença em estágio inicial, submetida à cirurgia, com presença de dois ou mais dos seguintes critérios, encontrados na avaliação patológica, considerados de RISCO INTERMEDIÁRIO: lesão >4cm, invasão linfovascular presente e invasão do 1/3 profundo da miocérvice.

RADIOTERAPIA EXTERNA COMBINADA COM QUIMIOTERAPIA SEMANAL: Doença em estágio inicial, submetida à cirurgia, com pelo menos um fator de mau prognóstico, encontrado na avaliação patológica, considerado de ALTO RISCO: linfonodos positivos, invasão parametrial microscópica e margens cirúrgicas positivas.



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

			Marechal Deodoro e Paripueira), 2ª RS, 4ª RS, 5ª RS e 6ª RS. Maceió: 1º DS, 2º DS, 3º DS, 4º DS, 5º DS e 8º DS.
--	--	--	--

O planejamento terapêutico do câncer deve seguir as mais fortes evidências e o(s) protocolo(s) clínico(s) e diretriz(es) terapêutica(s) ora disponíveis.

Nesse contexto, para a elaboração da presente linha de cuidado e a consequente organização assistencial da Rede de Atenção à Saúde, foram definidas as seguintes condutas:

ESTADIAMENTO	CONDUTA
IA1 a IB2	Cirurgia, podendo ser seguida de tratamento complementar
IB3 a IVA	Radioterapia combinada com Quimioterapia, seguida por Braquiterapia
Doença metastática (estádio IVB) ou refratária ou recidivada	Quimioterapia paliativa

❖ **Tipos histológicos**

As condutas são aplicáveis aos carcinomas de células escamosas (CEC) e aos adenocarcinomas.

❖ **Exames para diagnóstico e estadiamento**

Clínico: Anamnese e exame físico, que deve incluir o exame pélvico realizado por ginecologista com experiência no estadiamento dos tumores ginecológicos.

Imagem:

Raio-X de tórax: para estágio IB;

TC de tórax sem contraste: a partir do estágio II;

RNM com contraste de abdome superior e pelve: a partir do estágio IB.



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

o **Paliativo**

Pacientes com *Performance Status* (PS) 0 a 2 serão avaliadas quanto à indicação de quimioterapia paliativa.

Pacientes com recidiva pélvica central devem ser avaliadas quanto à possibilidade de exenteração pélvica.

É importante ressaltar que, conforme o documento *Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e Gestão*, recomenda-se o seguimento no 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 7º, 10º e 15º ano, tendo por base a data do diagnóstico do câncer.

3.4. Seguimento

No âmbito dos CACON, as pacientes serão reencaminhadas à ginecologia para seguimento após o término do tratamento com quimioterapia e radioterapia, no entanto, as pacientes com doença metastática permanecerão em acompanhamento pela oncologia clínica.

Por ocasião do seguimento, as pacientes deverão ser reavaliadas:

- a cada 3 a 6 meses, nos dois primeiros anos;
- a cada 6 a 12 meses, do 3º ao 5º ano.

As pacientes deverão ser submetidas, no mínimo, a:

- citologia anual;
- colposcopia anual;
- RNM pélvica com contraste (6 meses após o tratamento, para os estádios I a IVA);
- TC de tórax sem contraste (6 meses após o tratamento, para os estádios II a IVA);
- PET-CT a cada 6 meses até o óbito, para o estágio IVB.

4. PARÂMETROS E PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAIS

Para a construção da linha de cuidado e para possibilitar o seu desdobramento na programação assistencial, foram utilizados os seguintes parâmetros:

Rua Dias Cabral, 569, Centro, CEP: 57020-245
Maceió – AL



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

- 33,3% das mulheres de 25 a 64 anos devem ser submetidas ao rastreamento;
- 6,0% das mulheres de 25 a 64 anos fazem o citopatológico de rastreamento pela primeira vez;
- 1,16% dos exames citopatológicos realizados são insatisfatórios ou rejeitados;
- 2,8% dos exames citopatológicos têm resultado de *Células escamosas atípicas de significado indeterminado – possivelmente não neoplásicas (ASC-US)* ou de *Lesão de baixo grau (LSIL)*;
- 1,41% dos exames citopatológicos possuem outros resultados: *Células escamosas atípicas de significado indeterminado – não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)*; *Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)*; *Células atípicas de origem indefinida (AOI)*; *Lesão de alto grau (HSIL)*; *Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão*; *Carcinoma escamoso invasor*; ou *Adenocarcinoma in situ ou invasor*;
- 20,9% das mulheres com ASC-US ou LSIL mantêm resultado de lesão após citopatológico de repetição;
- 22,1% das mulheres com ASC-US ou LSIL mantêm resultado de lesão após colposcopia;
- 33,2% das mulheres com lesão benigna ou NIC I mantêm resultado de lesão após colposcopia;
- 24,2% das mulheres com lesões precursoras (outros diagnósticos) mantêm resultado à colposcopia e necessitam de acompanhamento colposcópico;
- 33,3% das mulheres submetidas à colposcopia necessitam de biópsia;
- 27,5% das mulheres submetidas à colposcopia necessitam de excisão tipo 1;
- 4,7% das mulheres submetidas à colposcopia necessitam de excisão tipo 2;
- 28,6% das mulheres submetidas à colposcopia necessitam de excisão tipo 3;
- 100,0% das mulheres submetidas à excisão ou cirurgia necessitam de anatomopatológico da peça cirúrgica;
- 6,44% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados no estágio IA;
- 11,86% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados no estágio IB;



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

- 21,7% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados no estágio II;
- 46,1% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados no estágio III;
- 8,81% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados no estágio IVA;
- 5,09% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados no estágio IVB;
- 15,0% dos casos de câncer de colo do útero diagnosticados no estágio IV (IVA e IVB) estão vivos no 5º ano.

A partir dos parâmetros utilizados e do protocolo assistencial definido, segue a programação física dos procedimentos necessários (a cada ano), considerando-se os dados populacionais oriundos do Censo 2022 e considerando as responsabilidades do município de Maceió para toda a 1ª MRS, frente ao câncer de colo do útero.

Cabe ressaltar que procedimentos relacionados ao rastreamento e às lesões precursoras podem, em alguma medida, ser realizados pelos respectivos municípios de residência, sem a necessidade de encaminhamento a Maceió, conforme organização local.

❖ **RASTREAMENTO**

Procedimento	Maceió	1ª MRS(demais municípios)	TOTAL
Citopatológico	117.897	123.967	241.864

❖ **INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA**

Procedimento	Maceió	1ª MRS(demais municípios)	TOTAL
Consulta Ginecológica	3.670	3.858	7.528
Colposcopia	2.771	2.913	5.684
Citopatológico	647	680	1.327
Biópsia	917	964	1.881
Anatomopatológico	917	964	1.881

Handwritten signature

Handwritten signatures and initials



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

❖ TRATAMENTO: LESÕES PRECURSORAS

Procedimento	Maceió	1ª MRS(demais municípios)	TOTAL
Consulta Ginecológica	1.115	1.173	2.288
Excisão (conização)	557	586	1.143
Eletrocardiograma	558	586	1.144
Hemograma	558	586	1.144
Coagulograma	558	586	1.144
Sumário de urina (EAS)	558	586	1.144
Glicose	558	586	1.144

❖ TRATAMENTO: LESÕES INVASIVAS

Procedimento	Maceió	1ª MRS(demais municípios)	TOTAL
Consulta Oncologia Clínica	513	585	1.098
Eletrocardiograma	08	10	18
Raio-X de tórax	15	18	33
RNM de abdome c/contraste	120	137	257
RNM de pelve c/contraste	120	137	257
TC de tórax s/contraste	105	119	224
Cistoscopia	16	19	35
Retossigmoidoscopia	16	19	35
Anatomopatológico	566	596	1.162
Hemograma	329	374	703
Coagulograma	08	10	18
AST/TGO	160	182	342
ALT/TGP	160	182	342

Rua Dias Cabral, 569, Centro, CEP: 57020-245
Maceió - AL



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

Procedimento	Maceió	1ª MRS(demais municípios)	TOTAL
Gama GT	160	182	342
Fosfatase alcalina	160	182	342
Bilirrubina total e frações	160	182	342
Proteínas totais	160	182	342
Glicemia	130	148	278
Ureia	299	341	640
Creatinina	299	341	640
Potássio	299	341	640
Sorologia p/HIV	130	148	278
Cirurgia	08	10	18
Exenteração pélvica	11	14	25
Braquiterapia adjuvante	33	39	72
Braquiterapia curativa	113	128	241
Radioterapia curativa	846	963	1.809
Quimioterapia curativa	169	193	362
Quimioterapia paliativa	30	34	64

❖ SEGUIMENTO: LESÕES PRECURSORAS

Procedimento	Maceió	1ª MRS(demais municípios)	TOTAL
Consulta Ginecológica	2.460	2.586	5.046
Colposcopia	610	641	1.251
Citopatológico	1.850	1.946	3.796



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

❖ **SEGUIMENTO: LESÕES INVASIVAS**

Procedimento	Maceió	1ª MRS(demais municípios)	TOTAL
Consulta Oncologia Clínica	1.560	1.776	3.336
Colposcopia	650	740	1.390
Citopatológico	650	740	1.390
RNM de pelve c/contraste	123	141	264
TC de tórax s/contraste	100	113	213
PET-CT	10	11	21

É importante reiterar que os quantitativos demonstrados são relativos a período anual, podendo sofrer alteração, tanto relacionada às possíveis mudanças na estrutura populacional, quanto à incidência dos tumores.

[Handwritten signatures and initials]



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

5. REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Protocolo unificado para o tratamento das neoplasias malignas não hematológicas**. Rio de Janeiro: INCA, 2022a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Prevenção do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2022c.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. **Human papillomaviruses**. Lyon: WHO; IARC, 2007. 636p. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 90).

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). **World Cancer Report 2008**. Lyon: WHO; IARC, 2008.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Cervical Cancer**. Version 3.2024, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer Control. Knowledge into action. Early Detection (module 3)**. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2ª ed. Geneva: WHO, 2002.



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

ANEXO

Formulário para encaminhamento à exérese da zona de transformação (conização).



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria das Linhas Prioritárias de Saúde
Coordenação Geral de Atenção Especializadas

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA CONIZAÇÃO

Unidade Solicitante: _____
Data: ___/___/___
Idade da mulher: _____ Cartão SUS: _____
Nome da mulher: _____
Nome da mãe: _____
Resultado da Citologia: _____

Resultado da Colposcopia: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Justificativa: _____

Assinatura/Carimbo

CONTRARREFERÊNCIA pós-Conização

Unidade Executante: _____
Data de realização: ___/___/___
Conduta e orientações: _____

Assinatura/Carimbo

[Handwritten signatures and initials]



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

RESPONSÁVEIS

ELABORAÇÃO

Sandra Torres de Oliveira

Diretoria das Linhas Prioritárias da Saúde

Paulo Duprat

Médica Oncologista e Assessoria da Diretoria das Linhas Prioritárias da Saúde

Herbert Charles

Apoio Diretoria das Linhas Prioritárias da Saúde

Carla Cristina M. de A. Costa

Apoio Técnico da Diretoria das Linhas Prioritárias da Saúde



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

VALIDAÇÃO

Ebeveraldo Amorim Gouveia
Subsecretário da Atenção Especializada

Roberta Borges
Subsecretária da Atenção à Saúde

Sandra Torres de Oliveira
Diretoria das Linhas Prioritárias de Saúde

Morgana Thereza Gomes de Oliveira
Diretoria de Regulação

Suzângela Dória de Mendonça
Coordenação da Saúde da Mulher

Camila de Barros P. Moura Sales
Coordenação Técnica de Atenção às Doenças Crônicas

George Malta
Diretoria de Controle, Avaliação e Auditoria