

RASTREAMENTO E SEGUIMENTO

Data de aceite: 02/07/2024

Núbia Vanessa da Silva Tavares

Mariana Limeira Duca

Mariana de Andrade Cerqueira

**Selma Sabrina de Albuquerque
Calheiros**

Wanderlei Barbosa dos Santos

O seguimento das mulheres com resultados alterados do exame citopatológico ou com diagnóstico de câncer do colo do útero (CCU) emerge na perspectiva de identificar como está sendo realizado o acompanhamento dessas mulheres no sistema de saúde, garantir seu encaminhamento e tratamento adequados de acordo com a complexidade tecnológica indicada, medir indicadores relacionados à assistência à saúde, conhecer variáveis que se correlacionam com o sucesso/insucesso do tratamento, bem como compreender possíveis nós críticos que estejam comprometendo a qualidade da assistência prestada, com vistas a proporcionar a esta mulher que

procura o serviço de saúde um cuidado direcionado, integral e eficaz (ALVES, 2019; SILVA; FRANÇA; ALMEIDA *et al.*, 2021, CERQUEIRA, 2022).

É fato que ao longo dos anos foi possível observar um aumento na incidência do CCU, sobretudo nos países subdesenvolvidos e nas camadas mais baixas da população, apesar da ampla divulgação acerca das formas de prevenção e rastreamento, o que reforça a relação existente entre essa patologia e as condições socioeconômicas, estruturais e culturais (OLIVEIRA; CRUZ; CORREA, 2022).

Não obstante, apesar da melhoria de acesso à saúde e das informações sobre os métodos de prevenção e rastreamento desse grupo populacional, ainda existem barreiras programáticas que impedem a eficácia do rastreio, diagnóstico e tratamento precoces, como por exemplo a dificuldade de deslocamento à unidade de saúde, organização da rotina do serviço de saúde de forma não inclusiva com horários pré-programados e que não se adequam

à realidade local, assim como tabus socioculturais relativos à sexualidade (SANTOS; GOMES, 2022)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a *Human Reproduction Programme* (HRP) lançaram em 2021 a Estratégia Global para Eliminação do CCU e solicitaram que ao menos 70% das mulheres sejam avaliadas de forma regular, para doenças cervicais, por meio da submissão a exames de alto desempenho e que 90% recebam tratamento em todo o mundo (OMS, 2020). Já para o Brasil, dentre as metas estabelecidas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tem-se a redução da mortalidade prematura por CCU na faixa etária de 30 a 69 anos em 20% (BRASIL, 2021).

Sendo assim, antes de adentrar no conteúdo relativo à dinâmica de seguimento dessas mulheres na Rede de Atenção à Saúde (RAS), fez-se importante entender os percalços embutidos no contexto do rastreamento do CCU, uma vez que é a partir do rastreamento que se identificam alterações, as quais ensejam condutas de seguimento (SILVA *et al.*, 2022).

Nesse sentido, é papel da Atenção Primária à Saúde (APS) encaminhar as mulheres com diagnóstico de lesões precursoras ou CCU para tratamento e garantir o seu seguimento, que deve ser realizado em uma rede articulada, com funções definidas em cada ponto de atenção da RAS de modo a garantir uma assistência integral (FONSECA *et al.*, 2019).

E é nessa perspectiva que a APS tem função central no seguimento das mulheres com resultados alterados no exame citopatológico, uma vez que a conduta frente ao resultado do exame pode ocorrer em nível local, apenas na APS ou em níveis especializados (ambulatorial e hospitalar), a saber, na Atenção Secundária ou Terciária, por requerer intervenções com maior grau de complexidade e densidade tecnológica, sem, contudo, perder o vínculo com a APS, numa relação de referência e contrarreferência (PANIAGO, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde que atuam na APS devem estar aptos a orientar e encaminhar as mulheres para tratamento, bem como garantir o seu seguimento. Para tanto, é necessária a compreensão de que o seguimento se inicia desde o momento em que a mulher recebe o resultado do seu exame citopatológico e é direcionada de acordo com a conduta adequada, seja na própria APS ou em outro nível de complexidade, seja para realização de novo exame citopatológico, encaminhamento à colposcopia ou tratamento (FERREIRA *et al.*, 2022).

Por esse motivo, o seguimento na rede de atenção à prevenção do CCU atua como alicerce para a captação das mulheres com alterações no resultado do exame citopatológico, contribuindo para o diagnóstico e, conseqüentemente, tratamentos precoces, reduzindo o risco de morbimortalidade associado (PATERRA; TELES; de MAGALHÃES, 2020).

Outro fator importante que merece destaque é a problemática do seguimento oportunístico, sobretudo na APS, realizado de forma ocasional, apenas quando a mulher procura o serviço de saúde com o resultado do exame, revelando falha no sistema

organizacional (FONSECA; FERREIRA; ARAUJO, 2019; SILVA, FRANÇA, ALMEIDA, 2021).

É preciso, então, reformular esta prática com a adoção do seguimento oportuno, de forma a garantir que todas as mulheres que realizaram o exame citopatológico sejam avaliadas e direcionadas à conduta mais adequada e em tempo hábil (SILVA; ALCÂNTARA; TOMAZELLI., 2022).

Posto isso, é necessária a compreensão do sistema organizacional em sua completude de sentido, pois esse não se limita apenas à definição de escalas, horários, insumos e estrutura física interna, para além disso, engloba a atuação profissional dentro dessa estrutura e como essa se desenvolve na relação profissional-usuário (da SILVA; FRANÇA; ALMEIDA, 2021).

Estudos demonstram que existe desconhecimento por parte das mulheres acerca da finalidade do exame citopatológico na prevenção do CCU, e que muitas o realizam apenas por apresentarem sintomas vaginais, por ouvirem falar que é necessário ou mesmo por imposição médica, cerceando o papel dessas mulheres no autocuidado consciente e reforçando relações de poder há muito existentes (OLIVEIRA; CRUZ; CORREA, 2022; SANTOS; GOMES, 2022; CERQUEIRA, 2022).

Esse desconhecimento impacta no próprio seguimento, uma vez que o não conhecimento da importância e da finalidade do exame poderá acarretar a não adesão dessa mulher ao tratamento quando este se fizer necessário (FONSECA; FERREIRA; ARAUJO, 2019).

Portanto, para que o seguimento das mulheres que realizaram o exame citopatológico, independentemente do resultado, se concretize de forma integral, para além de um simples e mecânico encaminhamento, é preciso a tomada de consciência acerca da necessidade de orientação dessas mulheres pelos profissionais, sobre a sua própria saúde, de forma colaborativa e numa relação de simbiose (SILVA; MATOS, 2021).

Desse modo, fica claro que o seguimento na atenção à saúde ginecológica da mulher que realiza o exame citopatológico transcende o encaminhamento, a realização de novos exames para diagnóstico e o tratamento, abrangendo também ações educativas para tomada de consciência feminina, pois sua essência e eficácia nascem no bojo do conhecimento (CONCEIÇÃO; VIANA; BATISTA, 2020).

Ademais, entendendo que os serviços públicos de saúde devem pautar-se em ações equitativas, universais e integrais, o Instituto Nacional de Câncer (2016) destaca que o rastreio e seguimento do CCU também devem ser realizados em homens transexuais que não realizaram a cirurgia de redesignação e que permanecem com os órgãos reprodutores femininos, adequando-se à sua realidade e respeitando a livre escolha e tomada de decisão.

Dessa maneira, ao se falar em seguimento na perspectiva da realização oportuna do diagnóstico frente ao resultado alterado do exame citopatológico, cabe descrever que o CCU decorre da ação lesiva por subtipos oncogênicos do HPV, não sendo raros os casos

em que a afecção se encontra assintomática, podendo, no entanto, ser identificada por meio de exames ainda em fase de pré-malignidade (SILVA; PINTO; FIGUEIREDO, 2022).

Os métodos para o diagnóstico envolvem análises citopatológicas de material cérvico-vaginal colhido pelos exames de Papanicolau, bem como, posteriormente, considerada a necessidade de investigação, a colposcopia e a biópsia. O diagnóstico decorre dos achados celulares dessas amostras, podendo os resultados demonstrarem alterações celulares ou indicarem normalidade e sob os quais serão determinadas as condutas de seguimento (SOUSA *et al.*, 2021).

As alterações encontradas podem ser classificadas em Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS) e dentro deste grupo, as possivelmente não neoplásicas (ASC-US), ou não podendo descartar lesão epitelial de alto grau (ASC-H); Células Glandulares Atípicas de Significado Indeterminado (AGC); Células Atípicas de Origem Indefinida (AOI); Lesão de Baixo Grau (LSIL); Lesão de Alto Grau (HSIL); Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão; Carcinoma escamoso invasor; Adenocarcinoma *in situ* (AIS) ou invasor (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2016, 2021).

Para o diagnóstico fidedigno, a qualidade do exame citopatológico antecede a interpretação dos achados, visto que uma técnica ou material inadequado trarão resultados inexatos (GULLO *et al.*, 2012). Em razão disso, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria N° 3.388 de 2013 a fim de estabelecer a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) (BRASIL, 2013).

Aliada aos exames laboratoriais, a investigação clínica possui grande relevância na identificação das alterações, por isso é importante o conhecimento sobre a clínica envolvida na infecção por HPV, pois esta patologia possui potencial oncogênico e é condição necessária para o desenvolvimento do CCU. A infecção por HPV pode manifestar-se sob a forma de lesões clínicas subseqüentes em região perianal, vulvar, vaginal e em colo uterino, mais frequentemente, e no contexto do estágio invasor, podem ser expressos os sinais de sangramento vaginal, leucorreia e dor pélvica. Visto isso, a detecção precoce dos sinais favorece a possibilidade de seguimento por meio do tratamento oportuno, o qual propicia maiores chances de cura, reduz o risco de morbimortalidade e promove melhoria na qualidade de vida. (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2021).

Então, diante das alterações citológicas e/ou do diagnóstico do CCU, como já mencionado, existem diversas possibilidades de seguimento, as quais podem ocorrer tanto a nível local, apenas na APS, ou em níveis especializados, devendo-se garantir, em ambos os casos, a qualidade do exame, a confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões precursoras, assim como referenciá-las para o nível terciário quando necessário (CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021).

O seguimento na APS ocorrerá nas situações em que o diagnóstico citopatológico for compatível com ASC-US ou LSIL, sendo o tempo para realização de novo exame citológico

determinado pela idade da mulher. No diagnóstico de ASC-US, para mulheres com idade maior ou igual a 30 anos, o exame deverá ser repetido com seis meses; entre 25 e 29 anos, repeti-lo após 12 meses; e com idade menor ou igual a 25 anos, realizar novo exame em três anos (PANIAGO, 2019).

Já para o resultado envolvendo LSIL, a repetição ocorre com três anos, se a idade for menor que 25 anos; e em 6 meses, se a idade for maior ou igual a 25 anos. Tanto para os casos de ASC-US como LSIL, se após dois exames consecutivos, o resultado for negativo, estas devem retornar para o acompanhamento trienal (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA, 2021)

No entanto, para as mulheres imunossuprimidas que apresentam o resultado citológico de ASC-US, já na primeira alteração devem ser submetidas ao exame colposcópico pela maior probabilidade do aparecimento de lesões precursoras. No grupo de gestantes ou mulheres na pós-menopausa, as recomendações de seguimento são as mesmas indicadas para as demais mulheres, orientando-se para este último grupo o uso de estrogenerioterapia prévia (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2019)

Nesta perspectiva, surge a atenção secundária, na conjuntura da investigação do CCU, por esta demandar diferentes densidades tecnológicas para sua concretização de forma efetiva e segura, devendo realizar colposcopias, biópsias e excisões, a fim de diagnosticar e tratar as situações de lesões precursoras (BAGIO, 2021).

Sendo assim, para os casos de persistência do resultado citopatológico para ASC-US ou LSIL e nos casos de aparecimento de lesões mais graves, recomenda-se o encaminhamento à unidade de referência para a realização do exame colposcópico, a fim de que se faça a conclusão da investigação diagnóstica, a qual sendo sugestiva de HSIL ou invasão é recomendada a biópsia, com exceção das gestantes que só realizam a biópsia na suspeita de lesão invasiva (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2019).

No caso de a biópsia ser negativa ou se o resultado permanecer como ASC-US após a repetição, a mulher deverá ser seguida na APS com exames citopatológicos a cada seis meses (idade maior ou igual a 30 anos) ou 12 meses (idade entre 25 a 29 anos) até dois exames consecutivos negativos, devendo então retornar ao acompanhamento trienal (PANIAGO, 2019).

Se a colposcopia for sugestiva de LSIL e a mulher tiver idade menor que 30 anos e sem história de lesões precursoras e/ou câncer, a biópsia poderá ser dispensada e realizado o seguimento na APS (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA, 2021).

No que diz respeito ao resultado citológico indicando ASC-H, células AGC, AOI, HSIL, AIS e invasivo e carcinoma epidermoide, as mulheres deverão ser encaminhadas e darem seguimento a nível de atenção secundária, para que se realize a colposcopia e a biópsia se resultado colposcópico alterado (MACHADO; FAGUNDES; DEC, 2022; BAGIO, 2021).

Para as mulheres com ASC-H que realizaram colposcopia e apresentam Zona de Transição (ZT) do tipo 1 ou 2, existem as opções de realização de biópsia ou excisão tipo 1 ou 2, mas para o achado de ZT tipo 3 deve-se proceder com a biópsia e avaliação do canal endocervical, com seguimento de conduta de acordo com o resultado da biópsia. Sendo a análise histológica negativa, o seguimento se dará mediante citologias e colposcopias de forma semestral (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2019).

Para os casos de HSIL, deverá ser realizada a biópsia e após confirmação, proceder-se-á com o tratamento das lesões precursoras por meio da excisão conforme o tipo de ZT. Com o término do tratamento, essas mulheres serão contrarreferenciadas ao nível primário para seguimento durante cinco anos mediante a realização de dois exames citopatológicos semestrais (aos 6 e 12 meses) após o tratamento e exames anuais por 4 anos (PANIAGO, 2019; INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2019).

Se ao resultado citológico houver indicativo de AGC, apesar da sua baixa prevalência, este pode relacionar-se com achados de malignidade, como os desfechos neoplásicos, adenocarcinomas ou tratar-se apenas de atipias benignas, demandando, portanto, intervenção diagnóstica (GALVÃO, 2021).

Nesse sentido, cabe inicialmente a investigação colposcópica e repetição citológica concomitantemente à colposcopia, associada também a avaliação endometrial por meio da ultrassonografia transvaginal para mulheres acima de 35 anos e avaliação anatomopatológica do endométrio se resultado alterado ((FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA, 2021; GALVÃO, 2021).

Independentemente da faixa etária, ou para mulheres na pós-menopausa, imunossuprimidas ou gestantes, se o resultado colposcópico for alterado, deve-se proceder a biópsia, assim como, se permanência de AGC ao exame citológico após investigação e sem indícios de doença pré-invasiva ou invasiva, deve-se manter seguimento citológico e colposcópico semestral até a possibilidade de exclusão de possível doença (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2019, 2022; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA, 2021).

As mulheres que porventura tenham sido, após investigação para todos os casos de alterações citológicas acima descritas, diagnosticadas com CCU, serão referenciadas para Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), não devendo perder a sua vinculação com a APS (ALVES, 2019; INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2019)

Assim sendo, uma vez realizado o exame citopatológico e detectadas lesões precursoras, é necessário agilidade no retorno da mulher ao serviço de saúde, dando início imediato ao tratamento, pois é a morosidade que reduz as chances de cura das lesões iniciais (CAVALCANTE; REIS, 2021)

A conduta em relação ao tratamento será individualizada, visto que dependerá do grau da lesão. Em casos de lesões LSIL, como já descrito, o médico solicitará nova citologia, com o intervalo de tempo definido a depender da idade, pois estudos demonstram

que a lesão tende a regredir espontaneamente em mulheres com menos de 25 anos, sem a necessidade de novos exames ou outras intervenções (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2016; CAVALCANTE; REIS, 2021).

Um método bastante utilizado no tratamento da LSIL é o ablativo, escolhido quando não há suspeita de invasão detectada na biópsia prévia. Porém, é necessário o acompanhamento com exames citopatológicos em um tempo médio de 6 meses, para mulher \geq 25 anos, após o procedimento da paciente pela possibilidade de recidiva (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2021).

Em casos de HSIL, no qual o colo do útero é mais afetado, a recomendação é a realização de cirurgia, no entanto o tratamento será decidido conjuntamente com o paciente, uma vez que o examinador levará em conta aspectos como: idade do paciente, desejo de reprodução e uma colposcopia satisfatória (CAVALCANTE; REIS, 2021).

Para esses casos, são muito utilizadas as cirurgias de alta frequência (CAF), procedimento que realiza a remoção de áreas anormais do colo do útero e, a partir da amostra coletada, é possível realizar o exame histopatológico, descartando o câncer invasivo. Além do CAF, também pode ser realizada a conização a frio (CF), na qual é feita a retirada de uma porção do colo do útero (CAVALCANTE; REIS, 2021).

Entretanto, a realização da conização não traz certeza de cura, uma vez que a paciente pode apresentar neoplasia residual, recidiva e progressão para o carcinoma invasor. Fatores como, quantidade de gestações, persistência de infecção por HPV, qualidade de vida, além do grau e margens comprometidas da sua lesão, estão associados à reincidência. É válido destacar que a lesão precursora é residual quando detectada até um ano do procedimento; após esse período, considera-se como recidiva (MACAN, 2019).

No entanto, não sendo realizados métodos efetivos de prevenção e/ou tratamento das lesões precursoras e a mulher evolua para o carcinoma invasivo, o examinador irá avaliar o tratamento condizente com as necessidades da paciente de maneira individualizada, considerando estadiamento da doença e o tamanho do tumor para a decisão do tratamento a ser realizado (MENDONÇA *et al.*, 2022).

Sendo assim, o tratamento pode ser feito a partir da ressecção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia ou quimiorradioterapia a depender também da lesão primária e dos possíveis locais de disseminação. Nos estágios iniciais da doença, a terapêutica preferencial no tratamento do CCU é a ressecção cirúrgica isolada, porém esta limita-se aos estágios I e II do câncer invasivo, podendo ser associada a outras terapêuticas quando indicadas (SILVA; TRAESEL; FORTES, 2022).

No caso da necessidade de redução dos tumores para a realização da excisão cirúrgica ou em fase paliativa da doença, a quimioterapia é a terapêutica preferencial, uma vez que os fármacos utilizados afetam as células cancerígenas, reduzindo sua replicação no sistema e aliviando os sintomas, com melhora na qualidade de vida (LIMA, 2019; MENDONÇA *et al.*, 2022).

Para as situações nas quais a radioterapia ou quimiorradioterapia estão indicadas, a saber, casos avançados de CCU, o objetivo do tratamento consiste em destruir o tumor com aplicação de feixes externos atingindo células tumorais e/ou associada à redução de sua replicação no sistema por meio da ação dos quimioterápicos de forma a potencializar o tratamento com vistas a resultados mais eficazes (ROSA; MIRANDA; SOUZA, 2020).

Tanto as cirurgias, como a radioterapia e a quimioterapia podem ser utilizadas e até combinadas em diferentes estágios do CCU. O estágio de um câncer revela o seu tamanho, a área do tecido atingida, sua extensão a órgãos próximos ou distantes e a terapia curativa que deve ser seguida a partir da sua classificação. É importante lembrar também que a idade e fatores pessoais, como por exemplo a vontade de ter filhos, irão interferir no tipo de tratamento escolhido (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2022).

Ademais, os tratamentos para além dos seus objetivos, a saber, a possibilidade de cura, carrega em si o desencadeamento de efeitos colaterais como náuseas, fadiga, problemas urinários, disfunções sexuais, dor, infertilidade, perda da elasticidade vaginal e a menopausa precoce (DUARTE *et al.*, 2020).

Tanto o tratamento das lesões precursoras, como do CCU, impactam diretamente na qualidade de vida dessas mulheres, trazendo repercussões em sua saúde física, mental e nas suas relações sociais e familiares, especialmente em mulheres mais jovens, sobretudo pelo estigma corporal, sexual, reprodutivo e os significados a eles atribuídos (MORAIS, *et al.*, 2021)