



## Protocolo de Atenção à Saúde

# Regulação de Consultas em Ginecologia Oncológica e Colposcopias

**Áreas:** Saúde da Mulher, Ginecologia Oncológica e Colposcopia

Portaria SES/DF n° 1045 de 20.12.2019, publicada no DODF n° 247 de 30.12.2019

## 1. METODOLOGIA DE BUSCADA LITERATURA

### 1.1 Bases de dados consultadas

A pesquisa de dados foi realizada em janeiro de 2018 nas bases de dados PUBMED, livros-texto, legislação vigente sobre o assunto e protocolos de serviços já sedimentados, observando os critérios da metodologia científica.

### 1.2 Palavra(s) chaves(s)

Ginecology, Oncology Ginecology, Adnexal mass.

### 1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram considerados artigos relevantes entre os períodos de 2009 a 2018, protocolos de serviços já sedimentados, bem como livros-texto e a legislação vigente sobre o assunto.

## **2. INTRODUÇÃO**

O câncer ginecológico é causa importante de morbidade e mortalidade, em especial o câncer de colo uterino. A padronização de conduta para o encaminhamento de pacientes aos serviços secundários e terciários de atenção em ginecologia oncológica e colposcopia permite um atendimento ágil à mulher, aumentando a qualidade da assistência às patologias neoplásicas resultando em menor índice de mortalidade. Além disso, organiza a demanda para que não haja sobrecarga de tais serviços, melhorando o acesso integral ao atendimento.

## **3. JUSTIFICATIVA**

O câncer de colo uterino ocupa no Brasil a terceira posição das neoplasias mais incidentes, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer. Sendo estimado 16.370 novos casos para cada ano do biênio 2018-2019, com risco de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. As taxas de incidência variam de região para região, sendo mais incidente na Região Norte e menos na Região Sudeste. No Centro-Oeste ocupa a segunda neoplasia mais frequente entre as mulheres. No Distrito Federal encontra-se como a terceira neoplasia mais incidente entre as mulheres.

O Ministério da Saúde publicou em 2011, e revisou em 2016, as Diretrizes de Rastreamento do Câncer de Colo do Útero, o que permitiu rastreamento organizado pela Atenção Primária à Saúde e indicações do exame especializado de colposcopia para as lesões precursoras de câncer de colo uterino.

Já os casos de neoplasia confirmados ou altamente suspeitos são atendidos em ambulatórios especializados de Ginecologia Oncológica, os quais necessitam grau de especialização avançado e exames específicos que não podem ser atingidos na rede de atenção básica à saúde e, por esse motivo, surge a necessidade de critérios de encaminhamento para a atenção especializada, garantindo a intersectorialidade estipulada nas redes de atenção à saúde.

Portanto, houve a necessidade de criação de fluxos de encaminhamento tanto para o ambulatório de Colposcopia quanto para o Ambulatório de Ginecologia Oncológica.

#### **4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)**

A63 – Verrugas anogenitais

C51 – Neoplasia maligna da vulva

C52 – Neoplasia maligna da vagina

C53 – Neoplasia maligna do colo do útero

C54 – Neoplasia maligna do corpo do útero

C55 – Neoplasia maligna do útero, porção não especificada

C56 – Neoplasia maligna do ovário

C57 – Neoplasia maligna de outros órgãos genitais femininos e dos não especificados

D06 – Carcinoma in situ do colo do útero

D07 – Carcinoma in situ de outros órgãos genitais e dos não especificados

D39 – Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos genitais femininos

N87 – Displasia do colo uterino

#### **5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL**

As lesões precursoras de câncer de colo uterino são diagnosticadas pelo exame de colpocitologia oncótica, também conhecido como *exame de Papanicolaou*. Já as neoplasias são confirmadas através do exame histopatológico ou consideradas altamente suspeitas por exames de imagem com características específicas conforme discriminado nos Critérios de Encaminhamento.

#### **6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Todas as pacientes com exames colpocitológicos alterados, exames histopatológicos confirmatórios de neoplasia maligna ginecológica, e/ou suspeita de neoplasia dos órgãos genitais por exames de imagem, de acordo com os critérios em anexo.

#### **7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Pacientes que não se enquadram nos critérios de encaminhamento aos serviços de colposcopia ou ginecologia oncológica que continuarão sendo atendidas na atenção primária, ou então em outros serviços especializados da ginecologia.

## 8. CONDUTA

### A) ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO DE COLPOSCOPIAS:

#### a. Prioridade VERMELHA (10 dias):

- I. Laudo Citopatológico do colo do útero:
  - i. Adenocarcinoma in situ;
  - ii. LIEAG (Lesão intraepitelial de alto grau) não podendo excluir microinvasão;
  - iii. Neoplasia invasora.
- II. Laudo Histopatológico do colo do útero:
  - i. Adenocarcinoma in situ;
  - ii. LIEAG (Lesão Intraepitelial de Alto Grau) não podendo excluir microinvasão.

#### b. Prioridade AMARELA (30 dias):

- I. LIEAG – Lesão intraepitelial de altograu;
- II. ASC-H – Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau;
- III. AGC – Células glandulares atípicas;
- IV. NIVA 2/3 – Neoplasia intraepitelial vulvar de alto grau;
- V. Lesões vaginais de qualquer natureza;
- VI. Lesões vulvaresacrômicas ou hiperacrômicas, pruriginosas e com progressão de tamanho;
- VII. Mulheres imunossuprimidas com resultado colpocitológico evidenciando qualquer tipo de alteração precursora.

#### c. Prioridade VERDE:

- I. LIEBG – Lesão intraepitelial de baixo grau – 2 laudos positivos consecutivos em intervalo mínimo de 6 meses;
- II. ASC-US – Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico:
  - i. <30 anos – 2 laudos positivos consecutivos em intervalo mínimo de 12 meses.
  - ii. ≥30 anos – 2 laudos positivos consecutivos em intervalo mínimo de 6 meses.
- III. Condilomas genitais, em caso de falha de tratamento na atenção primária (após 4 aplicações semanais de ácido tricloroacético 90%) ou lesões extensas com indicação cirúrgica;
- IV. Pólipos endocervicais (NÃO ENDOMETRIAIS).

## B) ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTAS DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA:

### a. Prioridade VERMELHA (05 dias):

- I. Neoplasia de ovário confirmada por biópsia;
- II. Neoplasia do endométrio confirmada por biópsia;
- III. Neoplasia de vulva confirmada por biópsia;
- IV. Neoplasia de vagina confirmada por biópsia;
- V. Neoplasia de colo uterino confirmado por biópsia;
- VI. Lesão vegetante friável do colo uterino, independente do resultado da colpocitologia ou histopatologia.

### b. Prioridade AMARELA (15 dias):

- I. Exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio;
- II. Massas pélvicas fixas ou nodulares palpáveis ao exame clínico ou massas anexiais suspeitas ao exame de imagem conforme descritivo:  $\geq 10\text{cm}$ , septação espessa, multilocular, ecogenicidade aumentada e/ou mista, componente sólido ou excrescências papilares; associadas a distensão abdominal, ascite, e/ou evidência de metástases abdominais ou à distância, história familiar de um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de ovário ou mama, e/ou níveis de CA-125 muito elevados.

### OBS:

- Outras massas anexiais que não se enquadram nestes critérios deverão ser encaminhadas ao Ambulatório de Cirurgia Ginecológica ou outro especialista e este, caso ache necessário, encaminhará ao Ambulatório de Ginecologia Oncológica;
- Sangramentos uterinos anormais deverão ser encaminhados ao Ambulatório de Cirurgia Ginecológica / Histeroscopia, conforme Protocolo de SUA – Sangramento Uterino Anormal – da Ginecologia Geral;
- Pacientes avaliadas por outras especialidades médicas que necessitem avaliação oncoginecológica deverão embasar a solicitação e, caso o médico regulador julgue procedente, poderá prosseguir a marcação.

– **Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:**

O encaminhamento se dará através do sistema de regulação SISREG III, e a paciente deverá portar no dia da consulta marcada todos os exames pertinentes à consulta, principalmente o resultado do colpocitológico ou histopatológico.

A solicitação da consulta deverá conter obrigatoriamente:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);
- Descrição da fase reprodutiva da mulher (menacme, perimenopausa ou pós-menopausa);
- Resultados dos exames com a data;
- Possíveis tratamentos já realizados.

### **8.1 Conduta Preventiva**

Não se aplica.

### **8.2 Tratamento Não Farmacológico**

Não se aplica.

### **8.3 Tratamento Farmacológico**

Não se aplica.

#### **8.3.1 Fármaco(s)**

Não se aplica.

#### **8.3.2 Esquema de Administração**

Não se aplica.

#### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Não se aplica.

## **9. BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Atendimento geral de qualidade e acesso à atenção ginecológica oncológica garantindo tratamento ágil e eficaz, diminuindo assim a morbidade e mortalidade.

## **10. MONITORIZAÇÃO**

Nos casos de lesões precursoras de alto grau, após tratamento específico realizado no ambulatório, a paciente deverá manter seguimento no ambulatório por 2 anos e receberá alta quando seus exames permanecerem normais no período supracitado.

Já os casos de lesões de baixo-grau persistentes deverão permanecer em acompanhamento no ambulatório de colposcopia por 1 ano.

As neoplasias confirmadas deverão permanecer em seguimento no ambulatório de ginecologia oncológica por 5 anos.

## **11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO**

Não se aplica.

## **12. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER**

Não se aplica.

## **13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR**

A regulação da Colposcopia se dará em Panorama 1 e a Ginecologia Oncológica em Panorama 3.

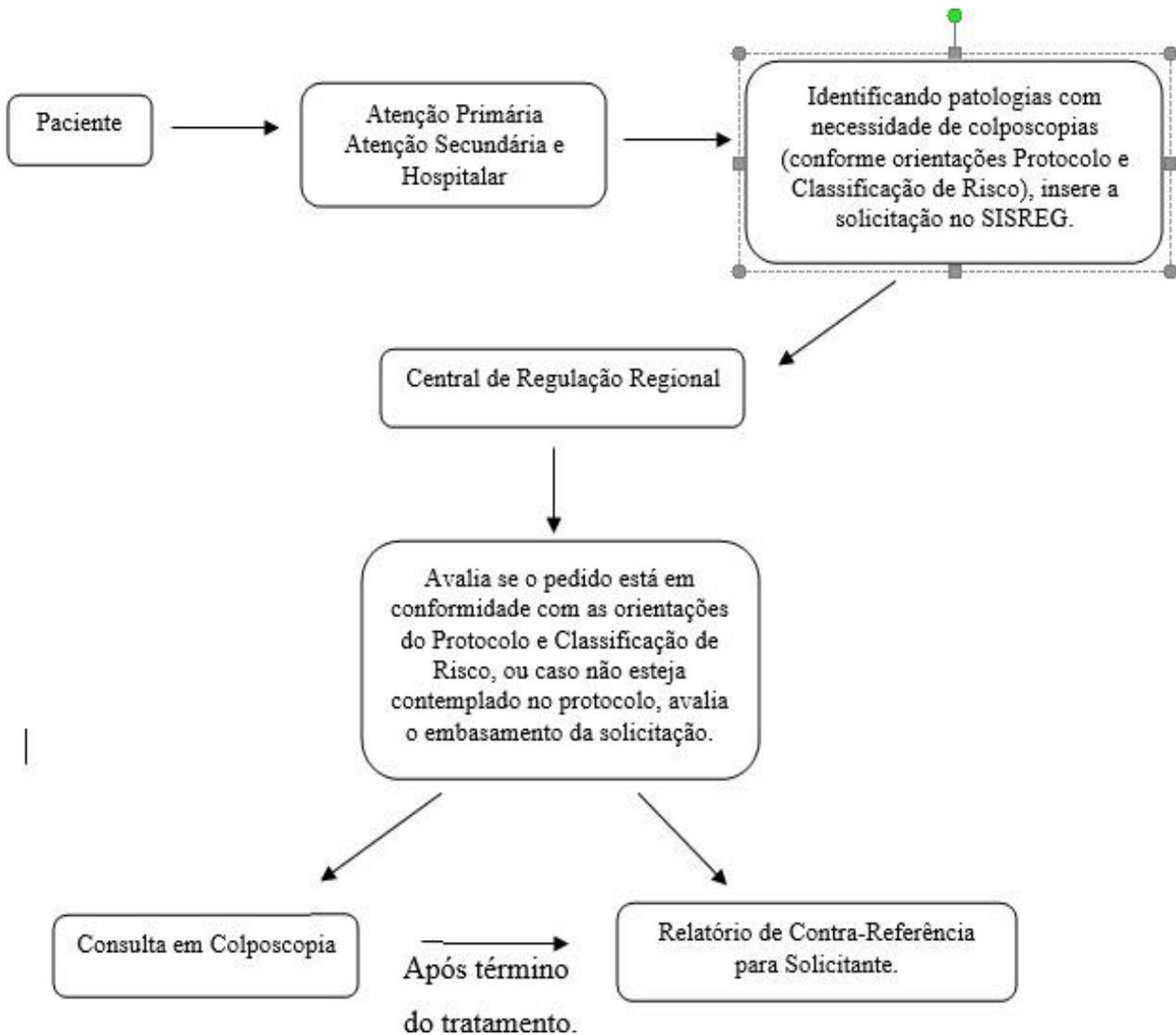
O controle da fila será realizado mensalmente sob os seguintes parâmetros: demanda reprimida, número de vagas ofertadas e número de vagas utilizadas.

#### 14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO. Ministério da Saúde / INCA, 2016.
2. LIMA, RA; VIOTTI LV. **Guidelines for patient with adnexal mass**. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol 49, Num 3, Set 2006.
3. SILVA, JM; STEIN, AT; e Cols. **Rastreamento e diagnóstico do carcinoma de endométrio**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53 (1): 64-71, jan.-mar.2009
4. EPSTEIN E, FISCHEROVA D, e cols. **Ultrasound characteristics of endometrial cancer as defined by the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) consensus nomenclature - A prospective multicenter study**. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Sep 25.
5. CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
6. RADOS, DRV et al. REGULA SUS: Protocolos de regulação ambulatorial Ginecologia Adulto. UFRGS, 2017
7. ABRAMOWICZ JS, TIMMERMAN D. Ovarian mass-differentiating benign from malignant: the value of the International Ovarian Tumor Analysis ultrasound rules. Am J Obstet Gynecol. 2017 Dec;217(6):652-660.
8. TIMMERMAN D, VAN CALSTER B. Predicting the risk of malignancy in adnexal masses based on the Simple Rules from the International Ovarian Tumor Analysis group. Am J Obstet Gynecol. 2016 Apr;214(4):424-437.
9. Diretrizes de Práticas Clínicas em Oncologia da NCCN. Câncer de Ovário incluindo Câncer de Trompa de Falópio e Câncer Primário Peritoneal. Versão 2.2015. Disponível em [www.nccn.org](http://www.nccn.org).
10. PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Ministério da Saúde.
11. LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012.
12. PORTARIA Nº 875, DE 16 DE MAIO DE 2013. Ministério da Saúde.

## ANEXO 1

### FLUXO DAS COLPOSCOPIAS:



## ANEXO 2

### FLUXO DA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA:

