



**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO DO CEARÁ**

**Protocolo Clínico para o Rastreamento
do Câncer do Colo do Útero no
Sistema Prisional**

Fortaleza - CE
2026

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA E
RESSOCIALIZAÇÃO DO CEARÁ UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ**

**Protocolo Clínico para o Rastreamento
do Câncer do Colo do Útero no
Sistema Prisional**

Fortaleza - CE
2026

Projeto gráfico e diagramação

Sabrina Freitas Nunes
Caroline Bessa da Silva
Raquel Alves de Oliveira

Direito de reprodução

Nenhuma parte deste protocolo poderá ser reproduzida sem o consentimento dos autores.

Financiamento

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap).

Elaboração, distribuição e informações

Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115 CEP: 60430-160 – Fortaleza/CE
Site: <https://www.ufc.br>
E-mail: carolbessa23@gmail.com

Autores

Caroline Bessa da Silva: Enfermeira- Universidade Federal do Ceará (UFC)
Priscila de Souza Aquino: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Ana Karina Bezerra Pinheiro - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Ana Thereza Carvalho Pontes - Acadêmico de enfermagem - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Comitê Gestor

Priscila de Souza Aquino: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Ana Izabel Oliveira Nicolau: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Samila Gomes Ribeiro: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Ana Karina Bezerra Pinheiro - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Paula Renata Amorim Lessa - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Purdenciana Ribeiro de Menezes: Enfermeira - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)

Grupo Painelista

Ana Izabel Oliveira Nicolau: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Cynthia Catarine Pinheiro dos Santos: Enfermeira - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)

Raquel Alves de Oliveira: Enfermeira- Universidade Federal do Ceará (UFC)

Karine Nascimento da Silva: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Allan Kennedy Leite da Silva: Farmacêutico - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)

Paula Renata Amorim Lessa: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Priscila de Souza Aquino: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Purdenciana Ribeiro de Menezes: Enfermeira - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)

Samila Gomes Ribeiro: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Suiá Freitas de Queiroz: Psicóloga - Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)

Hillary Bastos Vasconcelos Rodrigues: Enfermeira- Universidade Federal do Ceará (UFC)

Revisão e Supervisão

Caroline Bessa da Silva Enfermeira- Universidade Federal do Ceará (UFC)

Priscila de Souza Aquino: Enfermeira - Universidade Federal do Ceará (UFC)

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Protocolo clínico para o rastreamento do câncer do colo do útero no sistema prisional [livro eletrônico] / Caroline Bessa da Silva...[et al.]. -- Fortaleza, CE : Ed. das Autoras, 2026.
PDF

Outras autoras: Priscila de Souza Aquino, Ana Karina Bezerra Pinheiro, Ana Thereza Carvalho Pontes.

Bibliografia.

ISBN 978-65-02-05470-3

1. Colo do útero - Câncer - Prevenção 2. Colo do útero - Câncer - Tratamento 3. Enfermagem - Procedimentos 4. Protocolos de consulta - Elaboração 5. Neoplasias - Diagnósticos - Manuais 6. Sistema penitenciário - Brasil I. Silva, Caroline Bessa da. II. Aquino, Priscila de Souza. III. Pinheiro, Ana Karina Bezerra. IV. Pontes, Ana Thereza Carvalho.

26-353539.0

CDD-616.99466

NLM-WP-480

Índices para catálogo sistemático:

1. Colo do útero : Câncer : Medicina 616.99466

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Simbologia de composição dos fluxogramas	17
Figura 2 - Fluxograma da Estrutura de Atendimento	22
Figura 3 – Fluxograma do atendimento na PPL com a realização do teste colpocitopatológico	24
Figura 4 - Fluxograma do seguimento dos resultados do teste colpocitopatológico	47
Figura 5 - Fluxograma dos resultados com o teste DNA-HPV	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Materiais selecionados na revisão integrativa, com país ou organização de origem e ano de publicação.	14
Quadro 2 - Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica	45
Quadro 3 - Sistema de estadiamento do câncer do colo do útero	48

LISTA DE SIGLAS

AIS	Adenocarcinoma histologicamente confirmado in situ
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado Indeterminado
ASC-US	Células escamosas atípicas possivelmente não neoplásicas
ASC-H	Células escamosas atípicas não se podendo afastar lesão de alto grau
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
CKC	Conização com faca fria
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus Humano
IARC	Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LLETZ	Excisão de grande circuito da zona de transformação
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PPL	População privada de liberdade
RELIPEN	Relatório de Informações Penais

SUMÁRIO

Apresentação	11
Objetivos	13
Metodologia	14
1 Introdução	19
1.1 Estrutura Organizacional	21
1.2 Fluxo de Atendimento no Ambiente Prisional	23
1.3 Triagem e Anamnese	25
1.4 População alvo	27
1.5 Periodicidade	29
2 Vacinação	34
3 Rastreamento	37
4 Resultados e Tratamentos	44
4.1 Resultados no exame Colpocitopatológico	45
4.2 Resultados com o teste DNA-HPV	52
5 Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva	56
6 Exame de Mamas	59
7 Informações adicionais	63
7.1 Plano de implementação	63

SUMÁRIO

7.2	Facilitadores e Barreiras/ Limitações	64
7.3	Monitoramento e avaliação	65
7.4	Conflitos de interesse	66
7.5	Influência do órgão financiador na construção	66
	Agradecimentos	67
	Apêndice A – Estratégia de busca para revisão integrativa	68
	Apêndice B – Colaboradores	70

APRESENTAÇÃO

O Protocolo Clínico Diretriz Terapêutica (PCDT) para rastreamento do câncer cérvico-uterino busca estabelecer diretrizes para prevenção, rastreamento e manejo do câncer do colo do útero em mulheres em situação de privação de liberdade, garantindo acesso equitativo aos serviços de saúde, além disso sendo transversal a promoção da saúde e sensíveis às particularidades de vida deste público.

O PCDT provém da parceria entre a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP) do estado do Ceará e a Universidade Federal do Ceará (UFC), e busca elucidar a escassez de documentos que orientem o manejo do rastreamento do câncer cervical com base no reconhecimento da População Privada de Liberdade (PPL) como vulnerável. Além de discutir outras problemáticas existentes nos presídios referente a saúde sexual e reprodutiva.

Nisso, o protocolo reúne estratégias de cuidado tendo como público-alvo a mulheres privadas de liberdade, e os usuários-alvo os profissionais de saúde que

compõem as Equipes de Atenção Básica Prisional (eAPP) e gestão penitenciária, compreendendo que o fazer saúde no sistema prisional exige atuação intersetorial da saúde, segurança e coordenação.

Destaca-se a relevância deste protocolo, tendo em vista que as mulheres que estão em prisões fazem parte das populações vulneráveis e devem receber todo o aparato para efetiva prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero

Sendo assim, neste material estão estratégias de cuidado voltadas para a PPL e para os profissionais de saúde das Equipes de Atenção Básica Prisional (eAPP), bem como a gestão penitenciária, considerando a necessidade de articulação intersetorial entre saúde, segurança e administração.

OBJETIVOS

Objetiva-se padronizar os fluxos de cuidado nas diversas unidades prisionais femininas, levando em consideração suas especificidades e fornecendo recomendações confiáveis para subsidiar as decisões clínicas para o cuidado na população privada de liberdade .

Orientar gestores e profissionais de saúde da equipe de atenção primária prisional quanto às recomendações de cuidado relacionadas ao rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres privadas de liberdade.

METODOLOGIA

As recomendações aqui descritas são fruto de um processo metodológico de adaptação de diretrizes clínicas, guiado pela ferramenta ADAPTE, descrito no guia “Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas”, de 2014, do Ministério da Saúde do Brasil⁽¹⁾.

Assim, partiu-se da seguinte questão clínica central: Qual rastreamento do câncer de colo do útero para mulheres privadas de liberdade atendidas nas unidades prisionais femininas? Para respondê-la, seguiu-se com ampla revisão integrativa de literatura, cujas estratégias de busca encontram-se descritas no Apêndice A.

No Apêndice B, encontram-se as credenciais dos envolvidos na produção deste material, englobando o comitê de organização, o painel e os revisores externos.

O escopo do protocolo considera que as unidades prisionais são compostas por eAPP, ou seja, está compreendida no nível primário de atenção à saúde. Dessa forma, é

natural reconhecer que há situações do rastreamento no ambiente prisional que necessitam de cuidado mais especializado dentro da Rede de Atenção à Saúde.

No Quadro 1, são apresentados os títulos dos 19 materiais incluídos na revisão integrativa da literatura que são o alicerce das recomendações propostas.

Quadro 1 – Materiais selecionados na revisão integrativa, com país ou organização de origem e ano de publicação.

Título	País/Entidade de origem	Ano
Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero	Brasil	2016
Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk: 2020 Guideline Update from the American Cancer Society	EUA	2020
Programa De Acción Específico De Prevención Y Control Del Cáncer: 2021-2024	México	2024
Síntese de Políticas Públicas: Prevenção e controle do câncer cervical no México	México	2018
Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el HIV, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave	OPAS	2023
Guideline for Cervical Cancer Prevention and Control in Ethiopia	Ethiopia	2015
European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening	Europa	2015
Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem	OMS	2020
Women's Health Care in Correctional Setting - NCCHC	EUA	2020

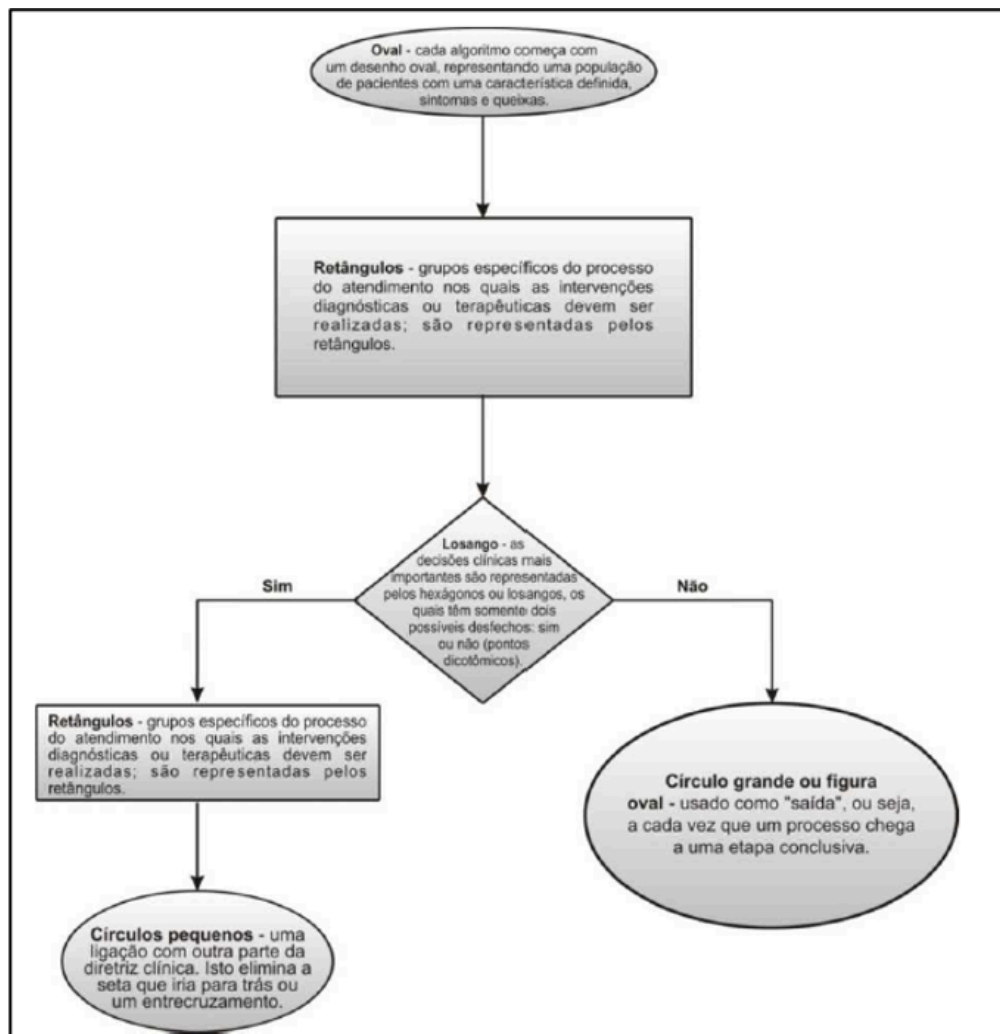
Triagem cervical: orientação para as melhores práticas de administração de chamadas e recalls	Inglaterra	2024
Reproductive Health Care for Incarcerated Pregnant, Postpartum, and Nonpregnant Individuals	EUA	2021
Atenção à Saúde da Mulher Privada de Liberdade	Brasil	2015
WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition	OMS	2021
Protocolo de Atención en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA en Centros de Privación de Libertad	Uruguai	2016
Protocol for the formative phase of a trial (SHE-CAN) to test co-designed implementation strategies for HPV-based cervical screening among vulnerable women in two diverse settings in India	India	2023
BC Cancer Cervix Screening Program Program Overview	Colúmbia Britânica	2024
Federal Bureau of Prisons: Preventive Health Care Screening Clinical Guidance	EUA	2022
Guías Clínicas AUGE Cáncer Cérvico Uterino	Chile	2015
Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico	Brasil	2024

Conforme observa-se, foram selecionados 19 documentos, de onde foram extraídas as recomendações adaptadas neste protocolo clínico. Desses, dois documentos são da OMS, dois do México, um da OPAS, dois da Ethiopia, um da Inglaterra, um da Colúmbia Britânica, um do Uruguai, um da Índia, um do Chile dois do Reino Unido, quatro dos Estados Unidos e três do Brasil. Ademais, em ordem

cronológica, quatro documentos foram publicados em 2015, dois em 2016, um em 2018, três em 2020, dois em 2021, um em 2022, dois em 2023 e quatro em 2024.

Além disso, os fluxogramas aqui dispostos seguem a simbologia adotada por Werneck, Farias e Campos, no guia “Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço”.

Figura 1 - Esquema representativo da simbologia que compõe um fluxograma.



Fonte: Werneck; Farias; Campos (2009).

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretriz metodológica: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 138 p

1

INTRODUÇÃO

As mulheres privadas de liberdade enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o que pode resultar em diagnóstico tardio e pior prognóstico. A implantação de um protocolo específico visa reduzir essa desigualdade⁽¹⁾.

O Brasil tem registrado um aumento significativo em sua população carcerária nas últimas décadas. Entre 1990 e 2014, o número de presos cresceu de 90 mil para 550 mil. Em 2021, esse número atingiu 682 mil detentos, resultando em uma superlotação média de 54% nas penitenciárias, com algumas unidades chegando a 196% de ocupação. Em 2017, o país alcançou a terceira maior população carcerária do mundo, com prisões em estado de superlotação. Dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) apontavam que os presídios necessitavam dobrar o número de vagas⁽²⁾.

Em 2016, a Organização das Nações Unidas (ONU), através do Conselho de Direitos Humanos (UNHRC), publicou um relatório com diversas críticas sobre o sistema carcerário

brasileiro, com algumas delas dizendo que os presos são mantidos de formas "cruéis, desumanas ou degradantes"⁽³⁾. Além disso, no último Relatório de Informações Penais (RELIPEN), de janeiro a junho de 2024, era composta por 883.608 mil presos, custodiados em celas físicas e em prisão domiciliar com e sem monitoramento eletrônico; destes, 37.945 mil estão no estado do Ceará⁽⁴⁾.

Esses dados evidenciam o crescimento contínuo da população carcerária brasileira e os desafios relacionados à superlotação e às condições do sistema penitenciário.

Especificamente em relação à saúde da mulher, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) inclui ações de pré-natal e assistência às intercorrências gestacionais, aos partos e ao puerpério, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, assistência à anticoncepção e imunizações, garantindo os encaminhamentos necessários⁽⁵⁾.

Além disso, é importante destacar que o câncer do colo do útero é uma das principais causas de mortalidade entre as mulheres. Só no ano de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 604.000 mulheres receberam o diagnóstico de câncer cervical em todo o mundo e cerca de 342.000 mulheres morreram em decorrência da doença⁽⁶⁾.

Esta condição é um grande problema de saúde pública, principalmente em países de baixa renda, como na América do Sul, onde é o segundo câncer mais incidente e ocupa o terceiro lugar em todas as vítimas, com taxas de 11,5% e 9,3%, respectivamente⁽⁷⁾.

No Brasil essa realidade se torna preocupante levando em consideração o ambiente prisional, visto que, comportamentos comumente adotados por elas, como tabagismo, atividade sexual precoce, prática sexual sem uso de preservativo, histórico de prostituição, baixa escolaridade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ampliam a vulnerabilidade para o desenvolvimento deste agravo⁽⁸⁾.

Embora a existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) de 2014 seja um avanço na busca por integralidade e no reconhecimento dentro das redes de atenção dos danos advindos do encarceramento, o crescimento vertiginoso das IST ainda é potencialmente superior nesses ambientes comparados à população geral.

Sendo assim, a prevenção do câncer do colo do útero em mulheres privadas de liberdade é uma medida fundamental para garantir o direito à saúde dessa população. A implementação de um protocolo específico é essencial para melhorar o rastreamento, tratamento e prevenção.

1.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

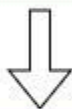
Os serviços de saúde no sistema prisional devem contar com uma estrutura organizada para assegurar o rastreamento, diagnóstico e tratamento adequado do câncer cervical. Entre os principais aspectos estruturais, destacam-se:

- **Unidade de Saúde no Presídio:** espaço destinado ao atendimento ambulatorial, realização de consultas e procedimentos básicos.
- **Acesso a Exames e Especialistas:** articulação com a rede externa para exames de colposcopia e tratamento especializado.
- **Encaminhamento para Hospitais de Referência:** definição clara dos fluxos para atendimento em unidades hospitalares quando necessário.
- **Registros e Monitoramento:** uso de prontuários eletrônicos ou registros físicos para acompanhamento do histórico de saúde da mulher.

Sendo assim tem-se na figura 2 a representação do fluxo de atendimento.

Figura 2 - Fluxograma da Estrutura de Atendimento:

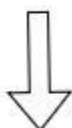
Unidade de Saúde no Presídio: espaço destinado ao atendimento ambulatorial, realização de consultas e procedimentos básicos.



Acesso a Exames e Especialistas: articulação com a rede externa para exames de colposcopia e tratamento especializado.



Encaminhamento para Hospitais de Referência: definição clara dos fluxos para atendimento em unidades hospitalares quando necessário.

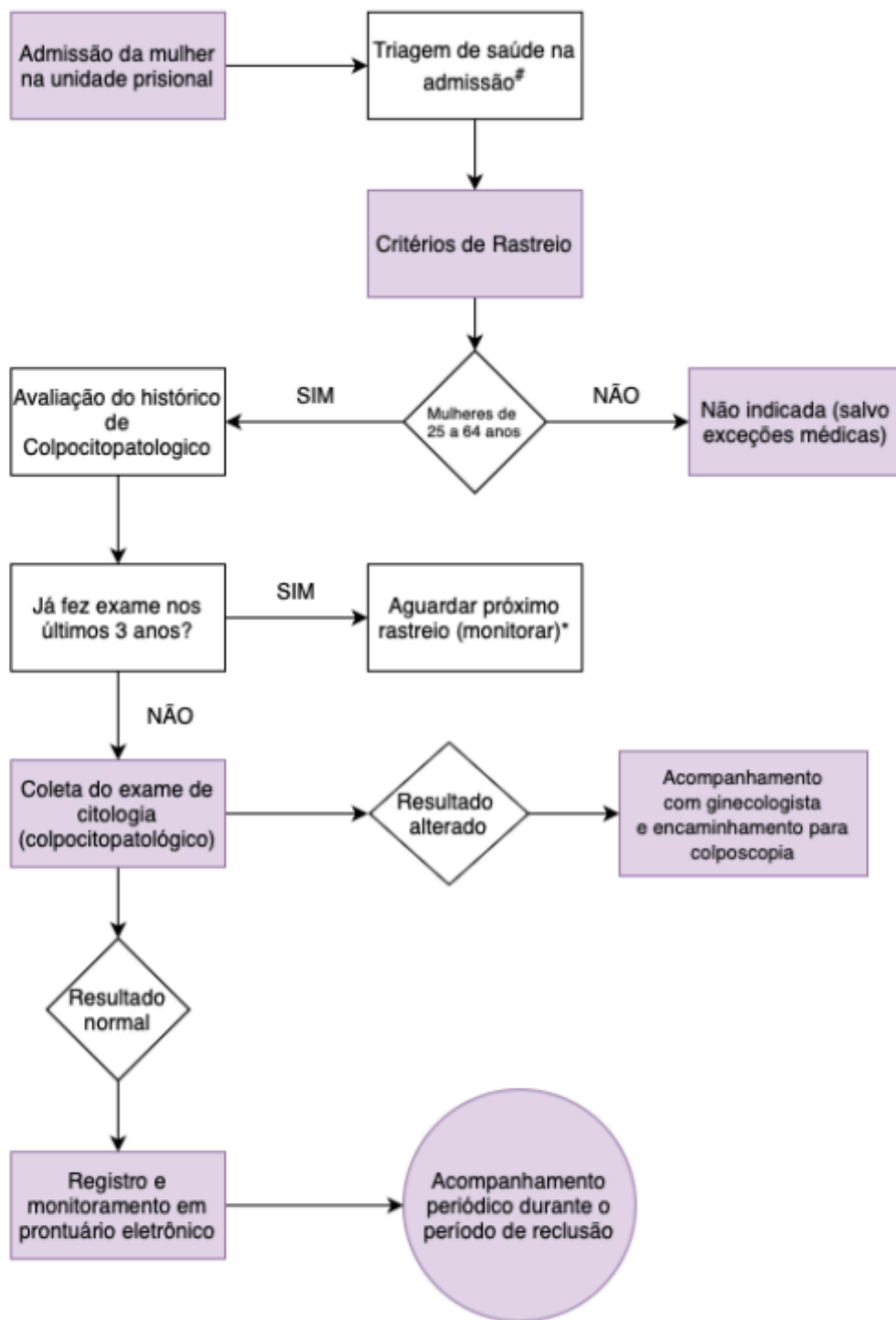


Registros e Monitoramento: uso de prontuários eletrônicos ou registros físicos para acompanhamento do histórico de saúde da mulher.

1.2 FLUXO DE ATENDIMENTO NO AMBIENTE PRISIONAL

Um fluxo de atendimento segundo os cadernos brasileiros de atenção básica está pautado no acolhimento à demanda espontânea, enfatizando a importância da recepção como primeiro contato e a necessidade de espaços adequados para escuta, análise e definição de ofertas de cuidado com base nas necessidades de saúde dos usuários.

Figura 3 - Fluxograma do atendimento na PPL com a realização do teste colpocitopatológico:



Conferir os passos e informações de triagem
 *Próximo exame com 3 anos a partir da data do último exame

1.3 TRIAGEM E ANAMNESE

Para otimizar o atendimento, recomenda-se que um histórico ginecológico completo deve ser coletado na admissão; os elementos padrão devem incluir:

- **Histórico menstrual (Menarca e Última Menstruação)**
- **Atividade sexual e Gestações Anteriores**
- **IST anteriores**
- **Diagnósticos anteriores de dor pélvica ou miomas (Problemas Ginecológicos)**
- **Histórico de Exame prévio de câncer de mama e cervical**
- **Histórico de contracepção**
- **Fatores de Risco de IST**
- **Histórico de vacina contra HPV**
- **Amamentação atual**
- **Histórico de abuso sexual e físico**
- **Testes rápido (HIV, SÍFILIS, HEPATITES B e C)**
- **Teste de Gravidez em caso de atraso menstrual**

Implemente procedimentos de admissão que incluam históricos sobre ciclo menstrual, gestações anteriores, problemas ginecológicos, fatores de risco de IST, histórico de vacina contra HPV, uso atual e anterior de anticoncepcionais, amamentação atual e histórico de abuso sexual e físico. Também deve perguntar sobre sintomas atuais, como corrimento vaginal, sangramento e dor pélvica, e se a mulher teve sexo desprotegido com um homem nos últimos 5 dias (para avaliar a necessidade de contracepção de emergência)⁽⁹⁾.

Ofereça um teste de gravidez dentro de 48 horas da admissão a todas as mulheres que estão com atraso menstrual.

Examine todas as mulheres na entrada para históricos de traumas sexuais e físicos e encaminhe para serviços conforme indicado; não realize exames pélvicos e mamários de rotina em mulheres assintomáticas, pois isso é medicamente desnecessário e pode ser traumatizante⁽⁹⁾.

Além disso, a triagem de histórias traumáticas pode ajudar a identificar mulheres que precisam de tratamento e outros recursos, e deve ser feita para todas as mulheres que entram em instalações correcionais. A equipe de saúde correcional deve ser treinada em cuidados

informados sobre traumas e estar ciente dos encaminhamentos apropriados para aquelas com uma triagem positiva. É importante ressaltar que exames pélvicos e de mama podem ser re-traumatizantes para pessoas com histórico de trauma sexual e devem ser feitos somente quando clinicamente indicado⁽⁹⁾.

O recebimento da triagem requer investigação sobre doenças atuais e passadas, condições de saúde e requisitos especiais de saúde; isso abrangeria problemas ginecológicos atuais e estado de gravidez para mulheres e adolescentes do sexo feminino.⁽⁹⁾ Portanto, o objetivo principal da triagem inicial é avaliar os fatores de risco do paciente interno e identificar a necessidade e a frequência das intervenções de saúde preventivas⁽¹⁰⁾.

1.3.1 Triagem para infecções sexualmente transmissíveis:

Recomenda-se com base na alta prevalência que todas as mulheres recebam rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV (Vírus da imunodeficiência humana), Hepatite, Sífilis^(11,12).

É válido destacar que no ambiente prisional alguns fatores de risco para o Câncer cervical são destacados nas recomendações, sendo eles ⁽¹⁰⁾.

- **Infecção por HPV**
- **Imunocomprometimento (HIV, receptores de transplante, em quimioterapia)**
- **Histórico de câncer cervical ou HSIL**
- **Fumar**
- **Rastreio cervical inadequado**

Diretrizes mais recentes relatam que mulheres com infecção pelo HIV tem um alto risco de infecção pelo HPV e sua probabilidade de apresentar câncer cervicouterino está perto de seis vezes mais alta^(13,14), em vista disso mulheres imunocomprometidas e aquelas com histórico de displasia cervical devem ter triagem mais frequente⁽⁹⁾ como será destacado neste documento.

1.3.2 Fornecimento de métodos contraceptivos

Mulheres encarceradas geralmente têm acesso limitado a serviços contraceptivos na comunidade e têm altas taxas de gravidez indesejada anterior. **Dessa forma, recomendamos fornecer aconselhamento e métodos de contracepção não diretivos, acesso à contracepção de emergência e, juntamente com os Serviços de Medicamentos, continuação do método contraceptivo atual enquanto encarcerado⁽⁹⁾.**

Dado o potencial das mulheres experimentarem autonomia diminuída em ambientes correcionais, deve-se ter cuidado ao fornecer métodos contraceptivos reversíveis de ação prolongada, que exigem que um provedor insira e remova o dispositivo. Da mesma forma, especialmente devido aos abusos recentes documentados em prisões, a esterilização geralmente não deve ser realizada em pessoas encarceradas⁽⁹⁾. O encarceramento é também um momento para ajudar mulheres que desejam engravidar após a libertação. Essas mulheres devem receber aconselhamento pré-concepcional que se concentre nos riscos do uso de substâncias, melhorando o estado nutricional⁽⁹⁾.

1.3.3 Suprimento adequado e sem custo de produtos menstruais

Recomenda-se também fornecer aos indivíduos acesso a um suprimento adequado e gratuito de produtos de higiene menstrual⁽⁹⁾.

1.4 POPULAÇÃO ALVO

Quanto à população alvo, as diretrizes brasileiras recomendam que o início da coleta cervical deve ser aos 25 anos de idade para as que já tiveram ou têm atividade sexual. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.^(15,16,17,13,18)

No entanto, nas novas diretrizes brasileiras da triagem com teste de DNA-HPV oncogênico com genotipagem parcial ou estendida (genotipagem parcial é aquela que identifica os tipos de HPV 16 e 18 (podendo incluir o tipo 45) isoladamente e um pool de outros tipos considerados oncogênicos; já a genotipagem estendida identifica separadamente mais tipos de HPV considerados oncogênicos), considera-se a população alvo para o rastreamento mulheres seja de 25 a 60 anos, baseando-se essa evidência nas análises de custo-efetividade e de impacto orçamentário que subsidiaram a recomendação da Conitec na

comparação entre o rastreamento primário com citologia e o rastreamento primário com teste de DNA-HPV oncogênico. É válido observar que a OMS recomenda que com método DNA-HPV a triagem tenha início aos 30 anos.⁽²⁰⁾

Sendo assim, a escolha dessa faixa de idade para o Brasil se utilizou de diversas recomendações internacionais e nacionais, como o estudo de modelagem com dados nacionais para embasar a orientação, no qual o início do rastreamento com teste de HPV aos 25 anos se mostrou a melhor estratégia.⁽¹⁹⁾ É importante destacar que a OMS considerou a superioridade dos testes de DNA-HPV oncogênico em relação a outros testes de rastreamento em razão da maior redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, e tem como grupo prioritário mulheres de 30 a 49 anos⁽¹⁹⁾.

Na atual diretriz brasileira as mulheres privadas de liberdade estão no grupo de vulnerabilidades, e a recomendação para pessoas em situações de vulnerabilidade, é seguirem as mesmas orientações que para situações de risco padrão. No entanto, a diretriz afirma que no Brasil existe a necessidade de mais evidências sobre as taxas de infecção por HPV em mulheres brasileiras incluídas em grupos vulneráveis ou com dificuldade de acesso.⁽²⁰⁾ Sendo assim, é importante os estudos que trazem a nova faixa de idade para detecção para mulheres em situação de privação de liberdade.

Sendo assim, é recomendado que a triagem com exame colpocitopatológico seja realizada em mulheres de 25 a 64 anos. Com a implantação do teste DNA-HPV no ambiente prisional, a população alvo deve ser mulheres de 25 a 60 anos.

Quanto a triagem para mulheres vivendo com a HIV as recomendações são que o rastreamento tenha início com testes de DNA-HPV oncogênico ou com a citologia após o início da atividade sexual, tanto para mulheres vivendo com HIV/aids quanto em outras situações de imunodepressão ou imunossupressão.^(15,20) E não é recomendado encerrar o rastreamento com testes de DNA-HPV oncogênico para mulheres vivendo com HIV/aids e em outras situações de imunodepressão ou imunossupressão⁽²⁰⁾.

Para a OMS é recomendado iniciar o rastreamento regular do câncer cervical aos 30 anos de idade entre a população geral de mulheres e aos 25 anos em mulheres que vivem com HIV, mantendo os exames regulares até os 50 anos, a OMS sugere que o rastreio seja interrompido após dois resultados negativos consecutivos de rastreio consistentes com os intervalos regulares de rastreio recomendados entre a população geral de mulheres e mulheres vivendo com HIV.⁽¹⁹⁾

No entanto, nas recomendações que abordam populações vulneráveis foi identificado que mulheres com infecção pelo HIV têm um alto risco de infecção pelo HPV e sua

probabilidade de apresentar câncer cervicouterino está cerca de seis vezes mais alta^(13,14). Sendo assim, é importante a nova atualização da diretriz brasileira que o rastreamento deve acontecer logo com o início da vida sexual independente da idade e tenha sua manutenção.

Dessa forma, recomenda-se que a triagem em mulheres vivendo com HIV seja realizada a partir do início da vida sexual.

Para pessoas LBTQIA+ são recomendadas as mesmas orientações que para mulheres de risco padrão⁽²⁰⁾.

1.5 PERIODICIDADE

Quanto à periodicidade, as diretrizes indicam diferentes periodicidades quanto a coleta realizada com exame de colpocitopatológico e a realizada com teste DNA-HPV.

Quando o rastreamento for realizado por citologia a periodicidade deve seguir-se com a realização de dois primeiros exames realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos^(15,19,10,12). É recomendado a repetição do teste de DNA-HPV oncogênico em intervalos de 5 anos, após resultado negativo.^(21,22,23,11,19)

Além disso, a OMS sugere que onde o teste de DNA do HPV ainda não está operacional, a OMS sugere um intervalo de triagem regular a cada 3 anos ao usar VIA ou citologia como o teste de triagem primário entre a população geral de mulheres e mulheres que vivem com HIV.⁽¹⁹⁾

Em casos de alteração dos resultados deve-se seguir:

A OMS sugere que a população geral de mulheres que tiveram a triagem positiva em um teste primário de triagem de DNA do HPV e, em seguida, negativa em um teste de triagem cervical seja **testada novamente com o teste de DNA do HPV aos 24 meses** e, se negativo, passem para o intervalo de triagem regular recomendado.

A OMS sugere que mulheres da população em geral e mulheres que vivem com HIV que foram rastreadas positivas em um teste de triagem primária de citologia e, em seguida, têm resultados normais na colposcopia são **testadas novamente com o teste de DNA do HPV aos 12 meses** e, se negativo, passam para o intervalo de triagem regular recomendado.

A OMS sugere que as mulheres da população em geral que foram tratadas para NIC 2/3 histologicamente confirmado ou adenocarcinoma in situ (AIS), ou tratadas como resultado de um teste de triagem positivo são **testadas novamente aos 12 meses com teste de DNA do HPV** quando disponível, em vez de com citologia ou VIA ou co-teste e, se negativo, passar para o intervalo de triagem regular recomendado.

No entanto, outras diretrizes para o ambiente prisional nos EUA afirmam que devido o risco aumento para o desenvolvimento de HPV e câncer cervical em mulheres que vivem com HIV, estas devem ser rastreadas na admissão e seguirem **anualmente** em casos de apenas triagem cervical.⁽¹²⁾ Em situações da triagem teste colpocitopatológico seja anormal, o co-teste para câncer cervical (teste de colpocitopatológico mais teste de papilomavírus humano HPV) não é recomendado para mulheres infectadas pelo HIV com menos de 30 anos de idade.⁽¹²⁾

Além disso, nas primeiras diretrizes brasileiras sobre rastreamento recomendam que o exame colpocitopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão⁽¹⁵⁾.

É importante destacar que atualmente as diretrizes brasileiras afirmam que não é recomendada a realização da citologia simultaneamente ao teste de DNA-HPV oncogênico⁽²⁰⁾ Parece atraente que, com a maior sensibilidade esperada com o emprego de dois testes, aconteçam menos casos falso-negativos. Todavia, o aumento da sensibilidade implica em menor especificidade e, em decorrência, mais colposcopias, biópsias e tratamentos desnecessários⁽²⁰⁾.

Dessa forma, recomenda-se que o rastreio em mulheres que vivem com HIV seja realizado anualmente.

REFERÊNCIAS

1. Graça, B. C. da, Mariano, M. de M., Gusmão, M. A. de J. X., Cabral, J. F., Nascimento, V. F. do, Gleriano, J. S., Hattori, T. Y., & Terças-Trettel, A. C. P. (2018). Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 31(2). <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7374>
2. Departamento Penitenciário Nacional (BR). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Infopen – Dezembro de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2017 [citado 2025 jun 3]. Disponível em: https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/assuntos/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf
3. G1. Relator da ONU denuncia situação 'cruel' em prisões do Brasil [Internet]. 2016 mar 8 [citado 2025 jun 3]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2016/03/relator-da-onu-denuncia-situacao-cruel-em-prisoes-do-brasil.html>
4. Secretaria Nacional de Políticas Penais (BR). Relatório de Informações Penais: 1º semestre de 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2024 [citado 2025 jun 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-1o-semester-de-2024.pdf/view>
5. Galvão MCB, Davim RMB. Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. *Cogitare Enferm* 2013; 18(3):452-459.
6. World Health Organization (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548694>
7. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Incidência e mortalidade por câncer em todo o mundo: fontes, métodos e principais padrões no GLOBOCAN 2012. *Int J câncer*. 2015;136:E359-86. [DOI] [PubMed]; Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Incidência de câncer e mortalidade em todo o mundo, métodos e padrões principais no GLOBOCAN 2012. *Int J câncer*. 2015;136:E359–E386. doi: 10.1002/ijc.29210. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
8. Borges AMF, Ribeiro SG, Batista RFL, Queiroz ABA, Almeida AM, Aquino PS. Mulheres privadas de liberdade e a prevenção do câncer do colo do útero: desafios para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 3):1341–7. doi:10.1590/0034-7167-2017-0140

9. National Commission on Correctional Health Care (NCCHC). Women's health care in correctional settings. Chicago: NCCHC; 2018.
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva en centros de privación de libertad. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/protocolo-atencion-salud-sexual-reproductiva-centros-privacion-libertad>
11. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Reproductive health care for incarcerated pregnant, postpartum, and nonpregnant individuals. Washington, DC: ACOG; 2020.
12. Federal Bureau of Prisons. Preventive health care screening clinical guidance. Washington, DC: Federal Bureau of Prisons; 2020.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave. Washington, DC: OPS; 2023. doi: 10.37774/9789275326961
14. World Health Organization (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponible en: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>
16. Ministerio de Salud de España. Programa de Acción Específico de Prevención y Control del Cáncer: 2021-2024. Madrid: Ministerio de Salud; 2021.
17. Secretaría de Salud de México. Síntesis de políticas públicas: prevención y control del cáncer cervical en México. México: Secretaría de Salud; 2022.
18. Ministerio de Salud de Chile. Guías clínicas AUGE: cáncer cérvico uterino. Santiago: Ministerio de Salud; 2020
19. World Health Organization (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548694>

20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: parte I - rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Rio de Janeiro: INCA; 2021.

Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-parte-i>

21. American Cancer Society. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(5):321-46. doi: 10.3322/caac.21320

22. World Health Organization (WHO). Guideline for cervical cancer prevention and control in Ethiopia. Geneva: WHO; 2020

23. European Commission. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.

2

VACINAÇÃO

A despeito da disponibilização da vacina contra HPV no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2014, o impacto na magnitude da doença ainda é discreto, pois a cobertura da vacinação é baixa e seu efeito na incidência e mortalidade ocorrerá apenas a longo prazo. Assim, o rastreamento persiste como estratégia essencial, pois as mulheres não vacinadas têm maior risco de desenvolvimento de câncer do colo do útero e dependem exclusivamente da detecção precoce.⁽¹⁾

Dentre todas as diretrizes analisadas todas reafirmaram o esquema básico de vacinação sugerido pela OMS⁽²⁾ que está em vigor no Brasil, que por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação em 2014 meninas de adolescentes de 9 a 14 anos contra o papilomavírus humano (HPV). **Atualmente o esquema segue-se em dose única para pessoas do sexo feminino e masculino de 09 a 14 anos de idade, realização de estratégia de resgate de adolescentes até 19 anos não vacinados, além dos grupos prioritários:**

- Vítimas de violência sexual devem receber duas doses, caso tenham entre 9 e 14 anos, ou três doses, caso tenham de 15 a 45 anos.
- Indivíduos convivendo com HIV/Aids;

- Pacientes oncológicos em quimioterapia e/ou radioterapia e transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea recebem três doses, independentemente da idade,
- Pessoas portadoras de papilomatose respiratória recorrente (PPR).

A vacina é a quadrivalente, oferecendo proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. É válido destacar que em 2018, a OMS fez um chamado global para eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública, definida pela redução da incidência para quatro por 100.000 mulheres-ano e, em 2020, lançou estratégias para promover e acelerar esse propósito, dentre elas está a meta de vacinação 90% das meninas vacinadas contra HPV até 15 anos⁽⁴⁾.

Um estudo da Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC) , em parceria com o INCA apresentou uma proposta de modelagem para o Brasil na adoção da dose única, mostrando que a velocidade da eliminação do câncer cervical varia de acordo com as diferentes coberturas vacinais e a incidência de câncer em cada região. De acordo com o IARC estudo, cerca de 70% do câncer de colo do útero pode ser eliminado, considerando inclusive a coorte de não vacinadas, e que os países onde a dose única foi adotada, vêm aumentando suas coberturas vacinais e foi possível a ampliação do benefício para outros grupos prioritários⁽³⁾. **Além disso, é recomendado que o rastreamento com testes de DNA-HPV oncogênico não dependa do status vacinal contra HPV neste momento.**⁽¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: parte I - rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Rio de Janeiro: INCA; 2021.

Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-parte-i>

2. World Health Organization (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020. Disponível em:

<https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS: Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 jun 3]. Disponível em:

<https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/ms-svsa-dpni-cgici-nt-hpv-dose-unica-240402.pdf>

4. World Health Organization (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. Geneva: WHO; 2021. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548694>

3

RASTREAMENTO

Quanto ao rastreamento no ambiente prisional as diretrizes sugerem que não seja realizados exames de colpocitopatológico rotineiramente na admissão, a menos que a mulher esteja em atraso na periodicidade um com base em exames anteriores, nem exames de colpocitopatológico anuais para mulheres que cumprem penas longas.⁽¹⁾

A OMS recomenda o uso da detecção de DNA do HPV como o teste de triagem primário em vez de VIA (inspeção visual com ácido acético) ou citologia em abordagens de triagem e tratamento entre a população geral de mulheres e mulheres vivendo com HIV, no entanto, os programas existentes com citologia de qualidade garantida como o teste de triagem primário devem ser continuados até que o teste de DNA do HPV esteja operacional.⁽²⁾ Além disso, a OMS sugere um abordagem duas triagens e tratamento usando a detecção de DNA do HPV como teste de triagem primária entre a população geral de mulheres e usar colposcopia, VIA ou citologia para triagem de mulheres após um teste positivo de DNA do HPV.⁽²⁾

No Brasil, o processo de implementação da detecção por meio do teste de DNA-HPV está começando e as diretrizes afirmam que é recomendado que a amostra para teste de DNA-HPV oncogênico seja obtida por médico ou profissional de enfermagem ou por autocoleta, é recomendado ainda que o profissional de saúde, ao realizar a coleta da amostra para testes de DNA-HPV oncogênico, utilize os mesmos sítios anatômicos indicados para coleta de exame citopatológico (ecto e endocérvice)⁽³⁾.

Além disso, a disponibilização de insumos e materiais para autocoleta por profissionais de saúde, priorizando-se os agentes comunitários de saúde ou outros profissionais devidamente capacitados, como uma das estratégias para ampliar o acesso ao rastreamento em situações específicas⁽³⁾.

É recomendado o aconselhamento prévio à coleta do teste de DNA-HPV oncogênico, realizado pelo profissional responsável pela oferta, objetivando esclarecer tratar-se de exame de rastreio e que um possível resultado positivo não indica necessariamente presença de lesões ou mesmo câncer induzido pelo HPV⁽³⁾.

Em se tratando do ambiente prisional que atua com a citologia como exame primário de detecção é válido destacar que no exame colpocitopatológico, uma amostra de células é retirada da zona de transformação do colo do útero usando um espátula ou pincel de madeira com ponta estendida; A zona de transformação deve ser amostrada, pois é onde quase todas as lesões de alto grau se desenvolvem. A lâmina é enviada para um laboratório de citologia onde é corada e examinada ao microscópio. Os profissionais de saúde são responsáveis por garantir que a mulher seja informada do seu resultado e que ela receba acompanhamento adequado. O exame colpocitopatológico leva menos de 5 minutos para ser realizado, não é doloroso e pode ser feito em uma sala de exame ambulatorial. Um esfregaço satisfatório requer um número adequado de células epiteliais escamosas bem preservadas e um componente endocervical/zona de transformação adequado. Cada esfregaço deve ser rotulado de forma legível⁽⁴⁾.

Já os novos procedimentos de rastreio baseiam-se na detecção de DNA-HPV de alto risco no colo do útero ou na vagina. Uma amostra de células é coletada do colo do útero ou da vagina usando um cotonete ou uma escova pequena e colocado em um pequeno recipiente com uma solução conservante. A amostra pode ser coletada por um profissional de saúde prestador de cuidados ou pela própria mulher, inserindo um cotonete profundamente na vagina (autocoleta). No entanto, a autocoleta torna-se inviável no ambiente prisional e não esta descrita nas diretrizes como método de rastreamento nas diretrizes destinadas a mulheres em privação de liberdade. Além disso, devido à menor sensibilidade do teste de HPV em

amostras auto coletadas versus coletadas por médicos e devido à heterogeneidade nos resultados entre os estudos, a auto amostragem não deve ser a opção primária para mulheres que participam da triagem de câncer cervical⁽⁵⁾.

Sendo assim, em ambos os casos, os recipientes com as amostras são transportados para um laboratório onde são processados. Os testes baseados em DNA-HPV exigem atualmente equipamentos de laboratório sofisticados e caros, embora o trabalho seja a maneira de desenvolver um teste mais acessível e menos complicado que pode ser realizado em ambientes de nível inferior. A detecção do HPV de alto risco não significa necessariamente que o pré-câncer ou o câncer esteja presente; isso simplesmente indica que há uma infecção por HPV⁽⁴⁾.

Dessa forma, durante a transição para o rastreamento com teste de DNA-HPV oncogênico, é recomendado o encaminhamento para colposcopia das mulheres com indicação desse exame com base na citologia que ainda não tenham sido investigadas, assim como mulheres previamente identificadas no rastreamento citológico com indicação de colposcopia não devem ser testadas para DNA-HPV oncogênico para reavaliar essa indicação.⁽⁶⁾

É recomendado, para cenários em que o teste de DNA-HPV oncogênico ainda não esteja disponível, **manter o rastreamento utilizando-se a citologia trienal após dois resultados anuais consecutivos negativos**. É recomendado, após introdução do teste de DNA-HPV oncogênico, que ele seja utilizado em substituição à citologia na próxima data de rastreio. É recomendado interromper o rastreio com a citologia em locais em que a transição para o teste de DNA-HPV oncogênico já foi implementada.⁽⁶⁾

3.1 COLPOSCOPIA

A colposcopia é semelhante à VIA, exceto que utiliza um instrumento especial (colposcopia) que fornece ampliação e uma luz forte para visualizar o colo do útero mais próximo do que na VIA. É normalmente usado em conjunto com biópsias direcionadas de lesões do colo do útero de aparência anormal. A colposcopia requer formação especializada e será reservada aos ginecologistas que tenham concluído a formação necessária⁽⁴⁾.

3.2 COLPOCITOPATOLÓGICO

Recomenda-se que, quando a citologia cervical for viável, ela seja realizada em situações em que a JEC não possa ser visualizada, o que é comum em mulheres na pós-menopausa⁽⁴⁾.

3.3 HISTOLOGIA

As amostras histológicas devem ser fixadas com formolína e enviadas para leitura em hospitais terciários. Todas as amostras deverão ser enviadas com formulários devidamente preenchidos⁽⁴⁾.

3.5 SITUAÇÕES ESPECIAIS COM TESTE DE DETECÇÃO DE DNA-HPV

Mulheres em situação de privação de liberdade que estiverem gestantes e que necessitam regularizar o rastreamento podem realizar o teste de DNA-HPV oncogênico durante o pré-natal. A coleta da amostra para esse teste é segura na gestação (inclusive de endocérvice e em qualquer idade gestacional)⁽¹⁹⁾. No entanto, outra diretriz afirma que o rastreio do colo do útero não é necessário como parte de rotina do cuidado pré-natal para aquelas que estão em dia com o rastreio do colo do útero e provavelmente compareceram para o rastreio regular do colo do útero. O rastreio pode ser adiado até depois que a gravidez esteja completa. Com o intervalo estendido para o rastreio cervical baseado em HPV (a cada cinco anos) e com oportunidades de autocoleta, é provável que o rastreio do colo do útero tenha menos probabilidade de fazer parte do cuidado pré-natal de rotina. No entanto, o cuidado pré-natal ainda pode ser usado como uma oportunidade para oferecer rastreio para aquelas que nunca foram rastreadas, ou estão atrasadas e têm contato limitado com o sistema de saúde⁽⁷⁾.

Todavia a rotina no atendimento pré-natal e pós-parto deve incluir uma avaliação clínica do colo do útero para descartar lesões cervicais macroscópicas presentes e não suspeitadas⁽⁶⁾.

São recomendadas, na pós-menopausa, as mesmas orientações que para mulheres de risco padrão⁽⁶⁾.

Na eventualidade do teste de DNA-HPV ser detectável para outros tipos que não HPV 16 ou 18 e a citologia reflexa mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia (amostra insatisfatória) encaminhar a mulher para colposcopia com preparo com estrógeno tópico prévio^(6,7). A testosterona induz atrofia genital, o que pode dificultar a visualização da

junção escamocolunar e a obtenção de uma amostra. O estrogênio local tópico por duas semanas pode reduzir a junção escamocolunar e torná-lo um exame mais confortável para o paciente, bem como aumentar a precisão diagnóstica da citologia⁽⁷⁾.

Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais^(6,7).

Em casos de histerectomia total por lesão precursora ou câncer do colo do útero, as mulheres deverão ser rastreadas, respectivamente, por pelo menos 25 anos ou indefinidamente^(6,7).

Mulheres sem história de atividade sexual, consentida ou não (inclusive sem penetração), não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero^(6,7).

Indivíduos que fizeram vaginoplastia ou cirurgia de criação vaginal o rastreio não é recomendado⁽⁷⁾.

Avaliação do colo do útero em mulheres que apresentam sinais e sintomas de câncer do colo do útero só é apropriado para aquelas que têm idade adequada e são assintomáticas⁽⁷⁾. Pessoas que apresentam sintomas, incluindo sangramento pós-coito, sangramento anormal persistente e/ou corrimento vaginal persistente que não pode ser explicado por causas benignas, como infecção, devem fazer um exame especular por alguém com experiência em exame ginecológico. Se qualquer anormalidade suspeita for notada durante o exame especular, um encaminhamento deve ser feito para avaliação colposcópica. O encaminhamento para um colposcopista é apropriado e pode ser acelerado se a suspeita clínica for alta. Um teste de triagem não é necessário para o encaminhamento. Se um teste for realizado, um coteste (HPV e teste de citologia) é o teste recomendado, pois a presença de sangue pode aumentar a taxa de falsos negativos de um teste de HPV⁽⁷⁾.

Para mulheres que vivem com HIV o é recomendado, após resultado de teste de DNA-HPV oncogênico positivo (qualquer tipo detectado), encaminhamento para colposcopia independente do resultado da citologia reflexa para mulheres vivendo com HIV/aids e em outras situações de imunodepressão ou imunossupressão, além disso, é recomendada integração de ações de rastreamento com outras ações em serviços de saúde voltados para mulheres vivendo com HIV/aids e em outras situações de imunodepressão ou imunossupressão⁽⁶⁾.

3.6 SITUAÇÕES ESPECIAIS COM O EXAME COLPOCITOPATOLÓGICO

As recomendações para mulheres gestantes quanto ao exame colpocitopatológico, o rastreamento em gestantes devem seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal⁽⁸⁾.

Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta.⁽⁷⁾

Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada⁽⁸⁾.

Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.

Quanto às mulheres que vivem com HIV, alguns fatores de risco diretamente relacionados à resposta imunológica têm sido associados à maior chance de desenvolvimento de NIC. Mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mulheres imunossuprimidas por uso de imunossupressores após transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e usuárias crônicas de corticosteroides constituem os principais exemplos desse grupo. A prevalência da infecção pelo HPV e a persistência viral, assim como a infecção múltipla (por mais de um tipo de HPV), são mais frequentes nesse grupo de mulheres. Em mulheres infectadas pelo HIV, o desaparecimento do HPV parece ser dependente da contagem de células CD4+, e lesões precursoras tendem a progredir mais rapidamente e a recorrer mais frequentemente do que em mulheres não infectadas pelo HIV.

Entretanto, mulheres imunocompetentes infectadas pelo HIV e tratadas adequadamente com terapia antirretroviral de alta atividade (HAART) apresentam história natural semelhante às demais mulheres. No entanto, é consenso que, pelas características mencionadas, as mulheres que vivem com HIV devem ser submetidas ao rastreamento citológico de forma mais frequente⁽⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. National Commission on Correctional Health Care (NCCHC). Women's health care in correctional settings. Chicago: NCCHC; 2018
2. World Health Organization (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548694>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: parte I - rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Rio de Janeiro: INCA; 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-parte-i>
4. World Health Organization (WHO). Guideline for cervical cancer prevention and control in Ethiopia. Geneva: WHO; 2020.
5. European Commission. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: parte I - rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Rio de Janeiro: INCA; 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-parte-i>
7. BC Cancer. BC Cancer Cervix Screening Program: program overview. Vancouver: BC Cancer; 2021. Disponível em: <https://www.bccancer.bc.ca/screening/cervix>
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>

4

RESULTADOS E TRATAMENTOS

É importante destacar que as medidas de detecção precoce, não são eficazes se não forem acompanhadas, aquelas pessoas que têm um resultado suspeito de malignidade, essas pessoas devem ser feitas uma avaliação especializada adicional que confirme ou descarte o caso suspeito, para dar resolução ao problema e garantir a entrega dos resultados da triagem em tempo hábil, de acordo com as normas vigentes⁽¹⁾. Implementar ações afirmativas para aumentar a triagem eficaz em populações vulneráveis⁽¹⁾.

Segundo preconiza a OMS, uma vez tomada a decisão de tratar uma mulher, seja da população geral de mulheres ou mulheres que vivem com HIV, é uma boa prática **tratar o mais rápido possível dentro de seis meses** para reduzir o risco de perda de acompanhamento. No entanto, em mulheres grávidas, a boa prática inclui o adiamento até depois da gravidez. Em circunstâncias em que o tratamento não é fornecido dentro deste prazo, é uma boa prática reavaliar a mulher antes do tratamento⁽²⁾.

4.1 RESULTADOS NO EXAME COLPOCITOPATOLÓGICO:

Segundo as diretrizes brasileiras os resultados podem ser encaminhados conforme o seguinte segmento⁽³⁾:

- ❖ **Resultado citológico dentro dos limites da normalidade, deve-se seguir a rotina de rastreamento citológico**
- ❖ **Células escamosas atípicas de significado Indeterminado (ASCUS) podem ser:**
 - ❖ **Possivelmente não neoplásicas (ASC-US):**
 - ❖ **Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H):**
- ❖ **Células glandulares atípicas de significado indeterminado;**
- ❖ **Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau:**
- ❖ **Lesão intraepitelial escamosa de alto grau:**
- ❖ **Adenocarcinoma in situ e invasor:**
- ❖ **Insatisfatório: Deve repetir em 3 meses⁽⁴⁾**

4.1.1 Adequabilidade da amostra

Na atual Nomenclatura Citológica Brasileira, a adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória⁽³⁾.

4.1.1.1 Amostra insatisfatória para avaliação

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada⁽³⁾

1. Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço).

2. Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório^(1,3).

4.1.1.2 Amostra satisfatória para avaliação

Designa amostra que apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

Esfregaços normais somente com células escamosas em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos⁽³⁾. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente, coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre)⁽³⁾.

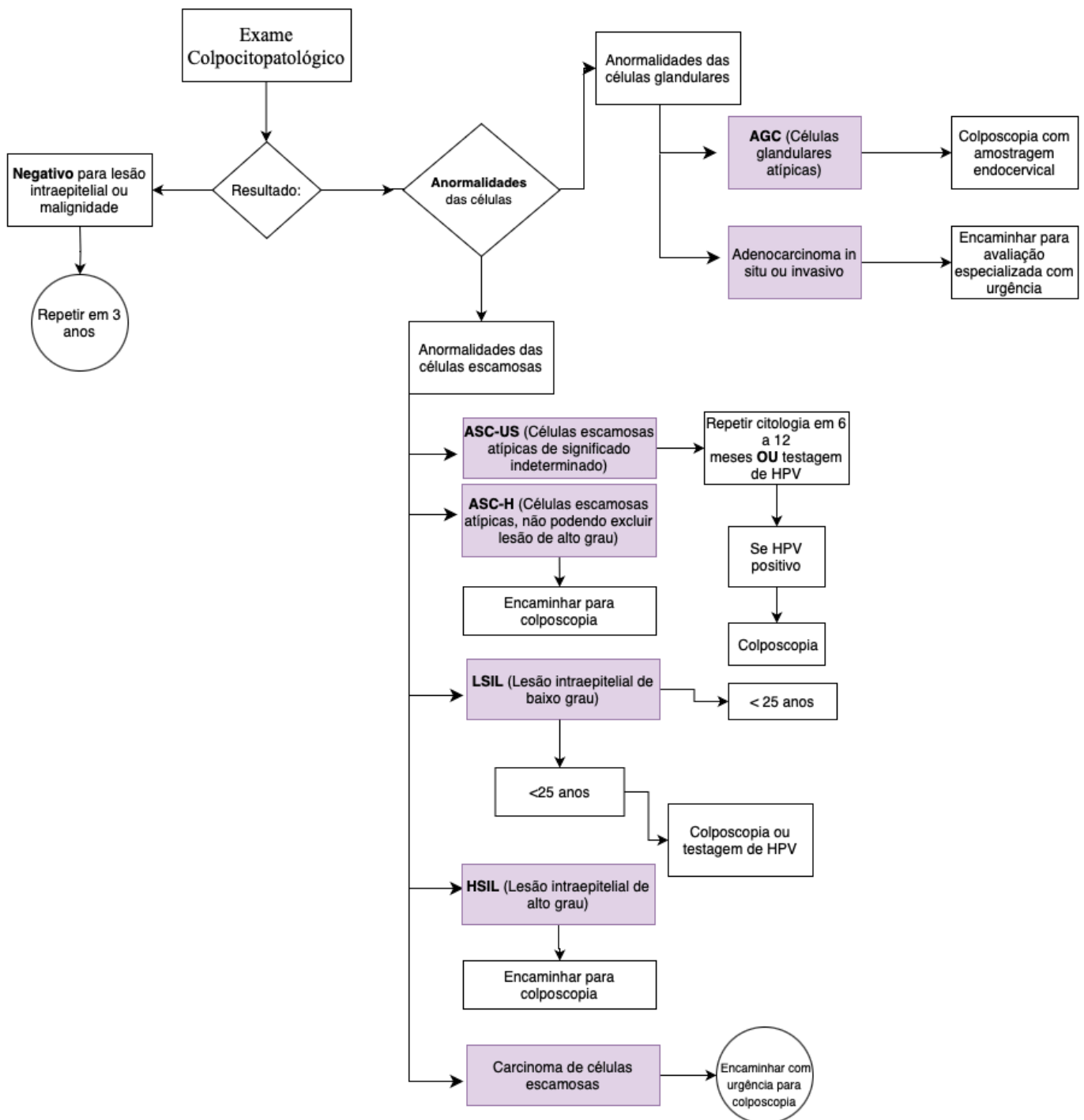
Quadro 2 – Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
	≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses	
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016, p. 31.

Para segmentos dos resultados com a realização do teste colpocitopatológico deve seguir a recomendação no fluxograma na figura 4.

Figura 4 - Fluxograma do seguimento dos resultados do teste colpocitopatológico:



Tendo como base as recomendações extraídas da revisão de literatura, recomenda-se encaminhar todos os exames colpocitopatológico positivos para colposcopia. No caso de

ASCUS, recomenda-se realizar a genotipagem do HPV 16-18 ou repetir o exame de colpocitopatológico após 6 meses^(3,18).

Em caso de genotipagem positiva para HPV 16-18 ou PAP repetido alterado, encaminhar para colposcopia. Além disso, é recomendado que todos os ASC-H e ASC-US sejam encaminhados para colposcopia.

Quanto ao tratamento de pacientes com adenocarcinoma in situ diagnosticado por biópsia, o procedimento diagnóstico definitivo é a excisão. Para o tratamento de pacientes com adenocarcinoma in situ diagnosticado por biópsia excisional, se as margens forem positivas, um segundo procedimento também deve ser realizado por excisão, já para o tratamento de pacientes com Adenocarcinoma in Situ em mulheres que já tenham completado o parto, a opção preferida é a histerectomia^(1,5).

4.1.1.3 Estadiamento do Câncer Cervical

O sistema de estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) inclui vários métodos para estadiar um paciente, permitindo modalidades avançadas de imagem, como ressonância magnética e PET scan.

Quadro 3 - Sistema de estadiamento do câncer do colo do útero.

Estádio I	
O estágio I refere-se ao carcinoma estritamente limitado ao colo uterino; este estágio deve ser desconsiderado se há extensão ao corpo uterino. O diagnóstico dos estádios IA1 e IA2 deve ser baseado no exame microscópico do tecido excisado, de preferência um cone que inclua toda a lesão.	
Estádio IA:	Neoplasia invasiva identificada somente microscopicamente. Há uma invasão medida do estroma com uma profundidade máxima de 5 mm e um diâmetro de até 7 mm.
Estádio IA1:	Invasão medida do estroma de até 3 mm de profundidade e 7 mm de diâmetro.
Estádio IA2:	Invasão medida do estroma maior que 3 mm mas de até 5 mm de profundidade e até 7 mm de diâmetro.
Estádio IB:	Lesões clínicas limitadas ao colo uterino ou lesões pré-clínicas maiores que no estágio IA. Todas as lesões macroscópicas, mesmo com invasão superficial, são consideradas neoplasias no estágio IB.
Estádio IB1:	Lesões clínicas de até 4 cm.
Estádio IB2:	Lesões clínicas maiores de 4 cm.
Estádio II	
O estágio II refere-se ao carcinoma que se estende mais além do colo uterino, mas não invade a parede pélvica. O carcinoma atinge a vagina, mas até o seu terço inferior.	
Estádio IIA:	Não há comprometimento evidente do paramétrio. A invasão dá-se até os dois terços superiores da vagina.
Estádio IIB:	Comprometimento evidente do paramétrio, mas não à parede pélvica lateral.
Estádio III	
O estágio III refere-se ao carcinoma que invadiu a parede pélvica lateral. Ao toque retal, não há espaço sem neoplasia entre o tumor e a parede pélvica lateral. O tumor ocupa o terço inferior da vagina. Todos os casos com hidronefrose ou rim não-funcionante são considerados neoplasias no estágio III.	
Estádio IIIA:	Não há extensão à parede pélvica lateral, mas há invasão do terço inferior da vagina.
Estádio IIIB:	Extensão à parede pélvica lateral, hidronefrose ou rim não-funcionante.
Estádio IV	
O estágio IV refere-se ao carcinoma que se estendeu mais além da pelve verdadeira ou invadiu clinicamente a mucosa da bexiga e/ou o reto.	
Estádio IVA:	Disseminação do tumor para órgãos pélvicos adjacentes.
Estádio IVB:	Disseminação para órgãos a distância.
É impossível avaliar clinicamente se uma neoplasia do colo uterino invadiu o corpo do útero. Assim, a determinação da extensão ao corpo deve ser desconsiderada.	

Fonte: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)

Para o tratamento do câncer cervical invasivo IA1 sem envolvimento linfovascular, a histerectomia total por via abdominal, vaginal ou laparoscópica é recomendada se a preservação da fertilidade não for desejada. Para o tratamento de IA1 invasivo, com envolvimento linfovascular, recomenda-se histerectomia total associada à linfadenectomia pélvica completa. Para o tratamento do câncer cervical invasivo IA1, se a paciente deseja preservar a fertilidade, recomenda-se a conização com margens negativas. Para o tratamento do câncer cervical invasivo IA2, a histerectomia radical tipo B mais linfadenectomia pélvica completa é recomendada no caso de paridade completa. Para o tratamento de pacientes com câncer invasivo IB1, recomenda-se histerectomia radical tipo C mais linfadenectomia pélvica completa. Para o tratamento de pacientes com câncer invasivo IB2, a quimiorradioterapia é recomendada. Para o tratamento de pacientes com câncer invasivo IIA1, recomenda-se histerectomia radical tipo C com linfadenectomia pélvica completa mais colpectomia. Para o tratamento de pacientes com câncer invasivo IIA2, a quimiorradioterapia é recomendada. Para o tratamento de pacientes com câncer invasivo em estágio IIIA e IIIB, a radioquimioterapia é recomendada. Para o tratamento de pacientes com câncer IVA invasivo, a quimiorradioterapia é recomendada. Para o tratamento de pacientes com câncer invasivo em estágio IVB, o tratamento paliativo é recomendado. Para pacientes com recorrência de câncer invasivo, alternativas de tratamento devem ser discutidas em um comitê de oncologia. Para acompanhamento, recomenda-se monitoramento clínico a cada três meses durante os dois primeiros anos. Do terceiro ao quinto ano, faça check-up a cada seis meses. A partir do quinto ano, um check-up anual⁽⁵⁾.

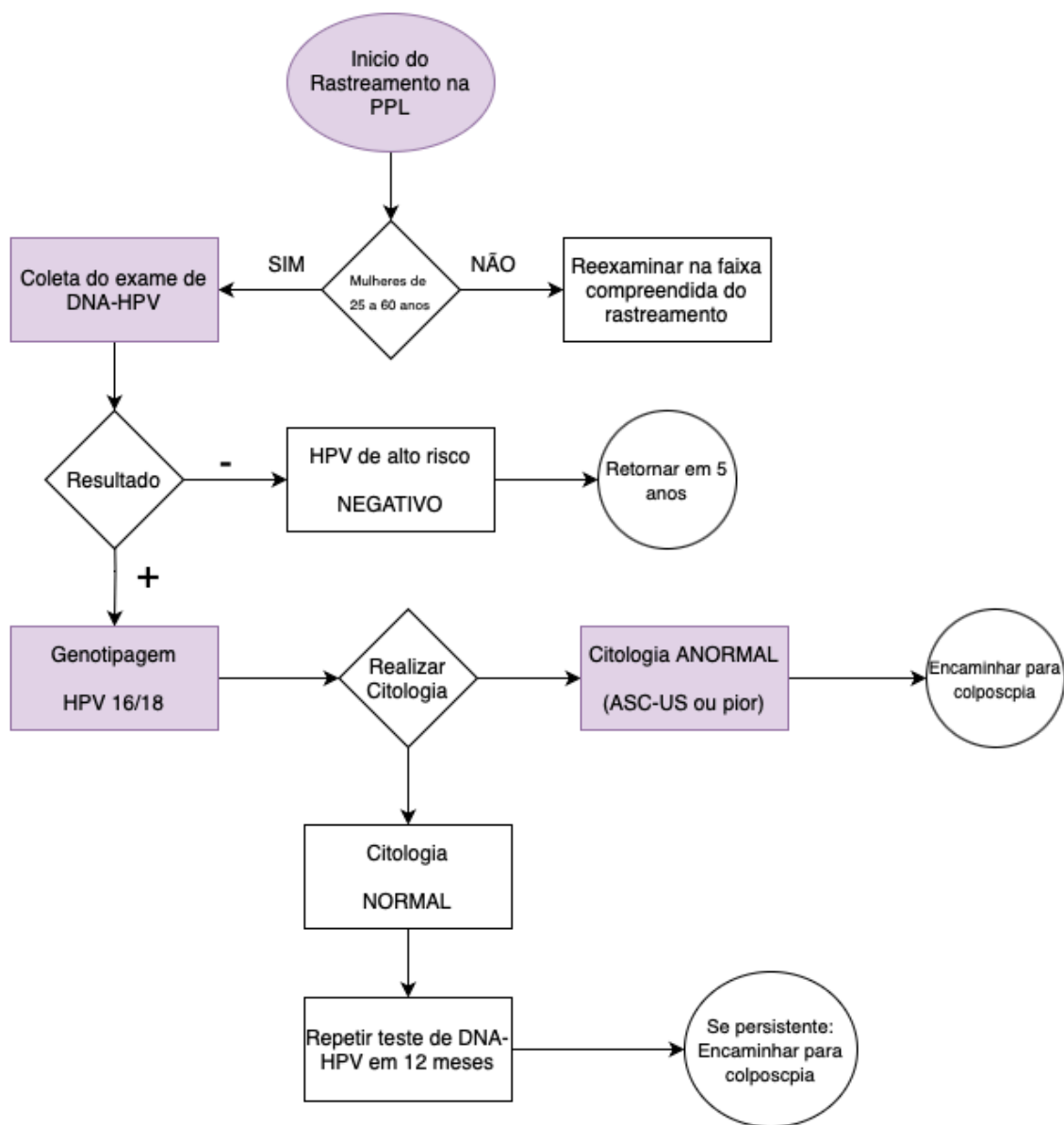
Além disso, OMS sugere a **excisão de grande circuito da zona de transformação (LLETZ) ou conização com faca fria (CKC)** para mulheres da população em geral ou mulheres que vivem com HIV que têm adenocarcinoma histologicamente confirmado in situ (AIS). Em uma abordagem de triagem e tratamento, as mulheres que são positivas são tratadas sem diagnóstico histológico. O tratamento visa destruir ou remover a zona de transformação do colo do útero, ou remover áreas do colo do útero que foram identificadas como anormais pela triagem. Os métodos de tratamento podem ser ablativos (destruindo tecido anormal aquecendo-o com coagulação térmica ou congelando-o com crioterapia) ou excisional (remover cirurgicamente o tecido anormal com LLETZ ou CKC) Tratamentos ablativos não resultam em um espécime de tecido para avaliação histológica⁽⁶⁾.

Nas recomendações da OMS, o termo LLETZ é usado para se referir à excisão da zona de transformação, LLETZ usa anestesia local, é feito em um ambiente ambulatorial e produz um espécime de tecido para patologia. Em alguns países, essa terminologia foi alterada para LEEP (procedimento de excisão eletrocirúrgica em loop), e os dois termos são frequentemente usados de forma intercambiável. Antes do tratamento, todas as mulheres que foram positivas para qualquer teste que não seja VIA devem ser inspecionadas visualmente com ácido acético por um profissional de saúde treinado para determinar o tipo de zona de transformação, descartar suspeita de câncer cervical e determinar a elegibilidade para terapia ablativa⁽⁶⁾.

4.2 RESULTADOS COM O TESTE DNA-HPV

Como a presença dos tipos 16 e/ou 18 do HPV sinaliza um risco significativo, o encaminhamento imediato para citologia é recomendado. O resultado da citologia influenciará a recomendação de encaminhamento para colposcopia, e pode auxiliar nas decisões de tratamento do colposcopista⁽⁶⁾

Figura 5 - Fluxograma dos resultados com o teste DNA-HPV



Fonte: elaboração da autora

Sendo assim, é recomendado encaminhamento para coloscopia após resultado de teste de DNA-HPV oncogênico mostrando presença dos tipos 16 e/ou 18⁽⁷⁾, além disso recomendada-se a realização de citologia reflexa, preferencialmente processada na mesma amostra utilizada para o teste de DNA-HPV e independente de novo pedido profissional, após resultado de teste de DNA-HPV oncogênico mostrando outros tipos que não HPV 16 ou 18, se a citologia estiver alterada (ASC-US+) ou se mostrar insatisfatória, a mulher deverá ser encaminhada para coloscopia⁽⁷⁾. É recomendada repetição de teste de DNA-HPV oncogênico em 12 meses a partir da data do resultado do teste de triagem

negativo (colposcopia ou citologia reflexa), se o novo teste de DNA-HPV oncogênico for positivo para os tipos 16 ou 18, a mulher deverá ser encaminhada para colposcopia, caso o novo teste seja positivo para tipos diferentes de 16 ou 18 e mantiver a citologia reflexa negativa, a mulher deverá repetir o teste de DNA-HPV oncogênico em mais 12 meses. Caso esse novo teste, realizado em 24 meses da citologia reflexa inicial, ou a qualquer tempo a partir desse prazo, se mantiver positivo para qualquer tipo de DNA-HPV oncogênico, a mulher deverá ser encaminhada para colposcopia independentemente do resultado de nova citologia reflexa⁽⁷⁾.

REFERÊNCIAS

1. National Commission on Correctional Health Care (NCCHC). Women's health care in correctional settings. Chicago: NCCHC; 2018.
2. World Health Organization (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548694>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>
4. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva en centros de privación de libertad. Washington, DC: OPS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/protocolo-atencion-salud-sexual-reproductiva-centros-privacion-libertad>
5. Ministerio de Salud de Chile. Guías clínicas AUGE: cáncer cérvico uterino. Santiago: Ministerio de Salud; 2020.
6. World Health Organization (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548694>
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: parte I - rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Rio de Janeiro: INCA; 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-parte-i>.

5

CUIDADOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Segundo a OMS na estratégia global para acelerar a eliminação do câncer cervical como um problema de saúde pública, além da vacinação contra o HPV, uma estratégia abrangente de prevenção **deve incluir informações apropriadas à idade sobre saúde sexual e reprodutiva, práticas sexuais mais seguras: como adiar o início da vida sexual, diminuir o número de parceiros sexuais, uso de preservativo e circuncisão masculina quando apropriado e cessação do uso de tabaco⁽¹⁾.**

Quanto às mulheres privadas de liberdade é importante **disponibilizar aconselhamento e tratamento adequados ao gênero e informados sobre traumas para todas as mulheres, especialmente aquelas com problemas de saúde mental.** Permitir que as mulheres continuem com os métodos contraceptivos que já estavam usando antes da prisão, especialmente se a prisão for de curta duração ou se o método for por razões não contraceptivas⁽²⁾.

Oferecer aconselhamento sobre contracepção e acesso ao início de métodos reversíveis de contracepção métodos de forma não coercitiva, especialmente em preparação para a liberação. Atender às necessidades únicas de cuidados de saúde de mulheres mais velhas, incluindo o controle dos sintomas e tratamento de ondas de calor da menopausa⁽²⁾.

Além disso, o cuidado em saúde sexual e reprodutiva inclui aconselhamento, informação e educação sobre métodos contraceptivos aceitáveis e acessíveis com a correspondente comunicação e garantia de fornecimentos e serviços clínicos e sociais; educação e serviços especializados para assistência pré-natal, parto seguro, cuidados obstétricos essenciais, pós-parto e neonatais, e a promoção do aleitamento materno; a prevenção do aborto inseguro, atendimento institucional ao aborto dentro dos limites legais e tratamento das consequências dos abortos inseguros; a prevenção e o tratamento de infertilidade masculina e feminina; a prevenção e tratamento de doenças infecciosas e não infecciosas do trato reprodutivo, como fístula obstétrica, prolapso uterino e cânceres do sistema reprodutivo; informação, cuidados e tratamento de infecções reprodutivas e sexualmente transmissíveis, particularmente o HIV e AIDS⁽³⁾.

É necessário também informação, serviços e de educação e saúde sexual combinada com a promoção da igualdade de gênero, a eliminação de práticas nocivas como a mutilação genital feminina, o casamento precoce, violência sexual e de gênero em todas as suas formas⁽³⁾. **A educação sexual e o uso do preservativo ajudam a reduzir o risco de contrair a infecção pelo HPV, ao mesmo tempo em que previne o HIV e a sífilis⁽³⁾.**

Sendo assim, as instituições correcionais devem fornecer educação abrangente sobre saúde sexual e reprodutiva para mulheres, incluindo educação sobre tópicos como DSTs, corrimento vaginal normal e anormal, e planejamento familiar⁽²⁾.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination>
2. National Commission on Correctional Health Care (NCCHC). Women's health care in correctional settings. Chicago: NCCHC; 2018.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva en centros de privación de libertad. Washington, DC: OPS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/protocolo-atencion-salud-sexual-reproductiva-centros-privacion-libertad>

6

EXAME DE MAMAS

Quanto ao exame de mamas, **a cobertura efetiva do rastreamento do câncer de mama, com exame clínico anual das mamas deve ser realizado em mulheres de 25 a 39 anos, com mamografia bienal em mulheres de 40 a 69 anos⁽¹⁾.**

No EUA as diretrizes nacionais para mamografias de triagem para mulheres de risco médio devem ser seguidas também em ambientes correcionais, recomendando exames anuais a partir dos 40 anos. Assim como evitar exames pélvicos não indicados devido à falta de benefício e potencial para retraumatizar mulheres, **exames de mama para mulheres assintomáticas não devem fazer parte dos procedimentos de admissão/exame de rotina.** Mulheres com risco pessoal ou familiar conhecido para câncer de mama que estão cumprindo longas sentenças também devem passar por triagem e diagnóstico por imagem de acordo com as diretrizes nacionais⁽²⁾.

Além disso, a ACOG nos cuidados de saúde reprodutiva para gestantes, puérperas e não gestantes encarceradas, **ênfatisa que o exame das mamas pode ser oferecido a cada 1 a 3 anos para mulheres de 25 a 39 anos e anualmente para mulheres de 40 anos ou mais.** Recomendando que inicie com idade entre 40 e 49 anos após o aconselhamento, se o paciente desejar com a continuidade até os 75 anos. Além dos 75 anos, a decisão de descontinuar deve ser baseada em um processo de tomada de decisão compartilhado que inclua uma discussão sobre o estado de saúde da mulher e longevidade. As evidências atuais são insuficientes para

avaliar o equilíbrio dos benefícios e males da mamografia de triagem em mulheres com 75 anos ou mais⁽³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Ministerio de Salud de España. Programa de Acción Específico de Prevención y Control del Cáncer: 2021-2024. Madrid: Ministerio de Salud; 2021.
2. National Commission on Correctional Health Care (NCCHC). Women's health care in correctional settings. Chicago: NCCHC; 2018.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Reproductive health care for incarcerated pregnant, postpartum, and nonpregnant individuals. Washington, DC: ACOG; 2020.

7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o rastreamento do câncer do colo do útero na população privada de liberdade pode auxiliar a decisão de cuidado dos profissionais de saúde do sistema prisional, alinhadas com evidências científicas. As recomendações contidas neste documento visam o cuidado integral das mulheres privadas de liberdade, desde o rastreamento até o tratamento do câncer do colo do útero, com acompanhamento contínuo. Além disso, este protocolo considera as especificidades do ambiente prisional e propõe recomendações flexíveis, visto as diferenças estruturais e organizacionais. Recomenda-se que este documento seja revisado periodicamente, para abranger novas evidências científicas e necessidades do sistema prisional.

8

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

13.1 Plano de implementação

A implementação deste PCDT deve seguir um plano de articulação entre a gestão do sistema prisional e redes de atenção à saúde. Para isso, apresenta-se as seguintes etapas:

1. **Apresentação do PCDT e validação:** Etapa realizada junto a gestores penitenciários e professores da Universidade Federal do Ceará.
2. **Capacitação dos profissionais de saúde da eAPP:** Capacitação sobre as recomendações propostas no protocolo e adequação às unidades prisionais.

3. **Ampla divulgação do protocolo:** Divulgação do protocolo em formato impresso e digital para os profissionais de saúde e comunidade científica.
4. **Incorporação do protocolo na rotina das unidades prisionais:** Aplicação gradual das recomendações do protocolo nas unidades prisionais, incorporando à rotina do serviço.
5. **Acompanhamento inicial:** Acompanhamento da adesão ao material nas unidades prisionais por meio de visitas e supervisão matricial, além de espaço de discussão entre profissionais dos serviços, gestores das unidades e professores/pesquisadores da Universidade Federal do Ceará.

13.2 Facilitadores e Barreiras/ Limitações

A implementação deste PCDT de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer cervicouterino no sistema prisional sujeita-se a barreiras e limitações presentes no sistema prisional, seja no âmbito organizacional, estrutural ou de recursos humanos.

Entre as barreiras e limitações pode-se destacar:

- A limitação de infraestrutura e de insumos adequada para realização de determinados exames;
- A alta rotatividade de profissionais de saúde, necessitando de capacitações contínuas;
- Dificuldade de acesso a medicamentos e outros insumos, como preservativos, em grande quantidade;
- Dificuldade de fornecimento de insumos de saúde sexual por questões de segurança;
- Limitações de tempo e espaço para realização de ações de promoção da saúde.

Como fatores facilitadores pode-se citar:

- A existência das Equipe de Atenção Primária Prisional;
- Disponibilidade de materiais na literatura acerca da importância do cuidado sobre a saúde da mulher na população privada de liberdade;

- Disponibilidade de materiais do Ministério da Saúde do Brasil sobre o câncer cervicouterino para subsidiar a adaptação de recomendações para o contexto prisional;
- Parceria entre a Secretaria de Administração Penitenciária e a Secretaria de Saúde.

13.3 Monitoramento e avaliação

Quanto ao monitoramento e avaliação da implementação do PCDT de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer cervicouterino no sistema prisional, esses devem ocorrer de maneira contínua. Esse processo pode utilizar-se da análise de indicadores e informações registradas nos sistemas de informação utilizados nas unidades prisionais.

Indicadores sugeridos para monitoramento:

- Percentual de pessoas privadas de liberdade rastreadas para HPV, HIV e Câncer cervicouterino;
- Percentual de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de HPV, HIV e Câncer cervicouterino
- Proporção de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de HPV e Câncer cervicouterino que fazem o tratamento de maneira adequada;
- Registro de ações de promoção à saúde e prevenção de IST realizadas nas unidades prisionais;
- Números de dispensação de insumos de saúde sexual (ex.: preservativos).

A avaliação de impacto deverá considerar:

- Aumento de ações de educação em saúde sobre IST nas unidades prisionais;
- Aumento da dispensação de insumos de saúde sexual;
- Consolidação de rotinas de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer cervicouterino nas unidades prisionais;
- Registros de diagnóstico e tratamento do câncer cervicouterino;

Recomenda-se que este protocolo seja revisado a cada dois anos considerando novas evidências científicas e, também, revisão das necessidades de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer cervicouterino no sistema prisional.

13.4 Conflitos de interesse

Os colaboradores envolvidos no desenvolvimento deste protocolo não possuem conflitos de interesse.

13.5 Influência do órgão financiador na construção

A elaboração deste protocolo teve auxílio da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), que forneceu bolsas de pesquisa para os pesquisadores envolvidos na construção deste documento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado do Ceará pela valiosa parceria e pelo apoio prestado ao longo da elaboração deste material.

Agradecemos à FUNCAP pelo financiamento do macroprojeto Cientista Chefe, conduzido sob a coordenação da Professora Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pela concessão de bolsa de Mestrado, código de financiamento 001.

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA

Bases de dados eletrônicas /Estratégia de busca

Medline via PubMed

((("prison s"[All Fields] OR "prisoners"[MeSH Terms] OR "prisoners"[All Fields] OR "prisoner"[All Fields] OR "prisons"[MeSH Terms] OR "prisons"[All Fields] OR "prison"[All Fields] OR ("prison s"[All Fields] OR "prisoners"[MeSH Terms] OR "prisoners"[All Fields] OR "prisoner"[All Fields] OR "prisons"[MeSH Terms] OR "prisons"[All Fields] OR "prison"[All Fields]) OR ("prisoners"[MeSH Terms] OR "prisoners"[All Fields] OR "hostage"[All Fields] OR "hostages"[All Fields]) OR ("prisoners"[MeSH Terms] OR "prisoners"[All Fields] OR "hostage"[All Fields] OR "hostages"[All Fields]) OR ("prison s"[All Fields] OR "prisoners"[MeSH Terms] OR "prisoners"[All Fields] OR "prisoner"[All Fields] OR "prisons"[MeSH Terms] OR "prisons"[All Fields] OR "prison"[All Fields]) OR ("prisons"[MeSH Terms] OR "prisons"[All Fields] OR "penitentiaries"[All Fields] OR "penitentiary"[All Fields]) OR ("prisons"[MeSH Terms] OR "prisons"[All Fields] OR "penitentiaries"[All Fields] OR "penitentiary"[All Fields])) AND ("Uterine Cervical Neoplasms"[All Fields] OR ("Uterine Cervical Neoplasms"[MeSH Terms] OR ("uterine"[All Fields] AND "cervical"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "Uterine Cervical Neoplasms"[All Fields] OR ("cervical"[All Fields] AND "neoplasm"[All Fields] AND "uterine"[All Fields])) OR ("Uterine Cervical Neoplasms"[MeSH Terms] OR ("uterine"[All Fields] AND "cervical"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "Uterine Cervical Neoplasms"[All Fields] OR ("neoplasm"[All Fields] AND "uterine"[All Fields] AND "cervical"[All Fields])) OR "Uterine Cervical Neoplasm"[All Fields])) AND (y_10[Filter])

Scopus

prisoners OR penitentiaries OR prisoner OR hostages AND uterine AND cervical AND dyspla-sia OR uterine AND cervical AND neoplasms AND PUBYEAR > 2014 AND PUBYEAR < 2024

BVS

(prisoners OR prisoner OR hostages OR hostage OR prison OR penitentiaries OR penitentiary) AND ("Uterine Cervical Neoplasms" OR "cervical neoplasm, uterine" OR "neoplasm, uterine cervical" OR "uterine cervical neoplasm") AND (year_cluster:[2014 TO 2024])

EMBASE

(prisoners OR prisoner OR hostages OR hostage OR prison OR penitentiaries) AND 'uterine cervix tumor' AND [2014-2024]/py

Web os Science

(TS=(Prisoners OR Prisoner OR Hostages OR Hostage OR Prison OR Penitentiaries OR Penitentiary)) AND TS=("Uterine Cervical Neoplasms" OR "Cervical Neoplasm, Uterine" OR "Neoplasm, Uterine Cervical" OR "Uterine

Cervical Neoplasm”)
Literatura Cinzenta/ Estratégias de Busca
BDTS (“Neoplasias do Colo do Útero” OR “Câncer de Colo Uterino” AND (Prisões OR Cárcere OR Cárceres OR Penitenciária OR Penitenciárias OR Presídio OR Presídios OR Prisão OR Prisioneiros OR Prisioneiras)
CAPES Diretriz OR “Protocolos Clínicos” OR “Protocolo de Tratamento” AND Prisioneiros OR Penitenciária and Mulher
Repositórios e Websites governamentais / Estratégias de busca
OMS/ INCA (Guideline) AND (Prisoners OR Prisoner OR Hostages OR Hostage OR Prison OR Penitentiaries OR Penitentiary) AND (“Uterine Cervical Neoplasms” OR “Cervical Neoplasm, Uterine” OR “Neoplasm, Uterine Cervical” OR “Uterine Cervical Neoplasm”)
OPAS/MS (Guideline OR "Practice Guideline" OR "Clinical Protocols" OR "Protocol, Clinical" OR "Protocols, Clinical" OR "Clinical Protocol" OR "Treatment Protocols" OR "Protocols, Treatment" OR "Treatment Protocol") AND (Prisoners OR Prisoner OR Hostages OR Hostage OR Prison OR Penitentiaries OR Penitentiary) AND (“Uterine Cervical Neoplasms” OR “Cervical Neoplasm, Uterine” OR “Neoplasm, Uterine Cervical” OR “Uterine Cervical Neoplasm”)
NICE Guideline OR “Practice Guideline” OR “Clinical Protocols” OR Treatment Protocol AND Prisoners OR Hostage OR Hostages OR Prisoner OR Prisons OR Penitentiaries OR Penitentiary OR Prison
GIN "Uterine Cervical Neoplasms" OR “Cervical Neoplasm, Uterine” OR “Neoplasm, Uterine Cervical” OR “Uterine Cervical Neoplasm”

Fonte: Elaboração da autora

APÊNDICE B – COLABORADORES

Comitê de Organização		
	Nome	Afiliações
1	Ana Izabel Oliveira Nicolau	Universidade Federal do Ceará (UFC)
2	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Universidade Federal do Ceará (UFC)
3	Paula Renata Amorim Lessa	Universidade Federal do Ceará (UFC)
4	Priscila de Souza Aquino	Universidade Federal do Ceará (UFC)
5	Prudenciana Ribeiro de Menezes	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)
6	Samila Gomes Ribeiro	Universidade Federal do Ceará (UFC)

Painel			
	Nome	Formação profissional	Afiliações
1	Ana Izabel Oliveira Nicolau	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)
2	Hillary Bastos Vasconcelos Rodrigues	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)
3	Cynthia Catarine Pinheiro dos Santos	Enfermeira	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)
4	Raquel Alves de Oliveira	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)
6	Allan Kennedy Leite da Silva	Farmacêutico	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)
7	Paula Renata Amorim Lessa	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)

8	Priscila de Souza Aquino	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)
9	Purdenciana Ribeiro de Menezes	Enfermeira	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)
10	Samila Gomes Ribeiro	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)
11	Suiá Freitas de Queiroz	Psicóloga	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SAP)
12	Karine Nascimento da Silva	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)
13	Caroline Bessa da Silva	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará (UFC)

Fonte: elaborado pelos autores.