

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES

Controle dos cânceres de colo do útero e mama

Outubro 2018



GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Fernando Damata Pimentel

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Nalton Sebastião Moreira da Cruz

SECRETÁRIO ADJUNTO EM SAÚDE

Daniel Guimarães Medrado de Castro

CHEFIA DE GABINETE

Lisandro Carvalho de Almeida Lima

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

SUBSECRETÁRIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

Wandha Karine dos Santos

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

SUBSECRETÁRIA DE INOVAÇÃO E LOGÍSTICA EM SAÚDE

Adriana Araújo Ramos

SUBSECRETÁRIA DE GESTÃO REGIONAL

Márcia Faria Moraes Silva

SUBSECRETÁRIO DE POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE

Homero Cláudio Rocha Souza Filho

SUPERINTENDENTE DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Karina Rocha de Oliveira Taranto

DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS

Cláudia Carvalho Pequeno

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES E CRIANÇAS

Karla Adriana Caldeira

Organizadoras

Ana Renata Moura Rabelo

Dayane Aparecida Alves

Michelle Souza Costa

Nayara Stephany Carolino

Regina Amélia Lopes Pessoa Aguiar

ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (AMMFC) - Gestão 2017-2019

PRESIDENTE

Guilherme Bruno de Lima Júnior

VICE-PRESIDENTE

Júlio Cesar Rocha Nunes

TESOUREIRA

Ruth Borges Dias

SECRETÁRIA-GERAL

Lidiane de Oliveira Vilela

DIRETOR CIENTÍFICO

Daniel Knupp Augusto

DIRETORA CULTURAL

Fabiana Prado dos Santos Nogueira

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG) - Gestão 2018-2020

PRESIDENTE

Carla Prado Silva - COREN-MG 148967

VICE-PRESIDENTE

Lisandra Caixeta de Aquino - COREN-MG 118636

PRIMEIRO-SECRETÁRIO

Érico Barbosa Pereira - COREN-MG 307838

SEGUNDO-SECRETÁRIO

Gustavo Adolfo Arantes - COREN-MG 196437

PRIMEIRA -TESOUREIRA

Vânia da Conceição Castro Gonçalves Ferreira - COREN-MG 78447

SEGUNDA-TESOUREIRA

Vanda Lúcia Martins - COREN-MG 85215R

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

Grupo Técnico de Saúde da Mulher

Josilene Fernandes de Oliveira - COREN-MG 202.339

Mateus Oliveira Marcelino - COREN-MG 156.218

Raquel Dias Botelho Borborema - COREN-MG 150.121

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Recomendações para prevenção, detecção precoce e controle do câncer de mama	13
Quadro 2 - Mamografia de rastreamento: interpretação dos resultados em relação ao risco de câncer e recomendações de conduta de seguimento.....	15
Quadro 3 - Recomendações para prevenção, detecção e controle do câncer de colo do útero.....	17
Quadro 4 - Técnica de coleta do exame citopatológico do colo do útero.....	21
Quadro 5 - Recomendações da coleta do exame citopatológico do colo do útero diante das especificidades das mulheres.....	23
Quadro 6 - Recomendações diante dos problemas mais frequentes encontrados durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero.....	24
Quadro 7 - Adequabilidade da amostra.....	25
Quadro 8 - Recomendação diante de resultados de exames citopatológicos que não indicam alterações em relação ao rastreamento de câncer de colo do útero.....	26
Quadro 9 - Recomendação inicial diante de resultados de exames citopatológicos indicando alterações em relação ao rastreamento de câncer de colo do útero.....	27

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
1. Diretrizes, conceitos e recomendações para as ações educacionais.....	9
2. Prevenção e detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero (Conteúdo do curso).....	12
2.1 Câncer de mama.....	12
2.1.1 Carcinogênese do câncer de mama.....	12
2.1.2 Diretrizes para prevenção, e detecção precoce do câncer de mama.....	13
2.2 Câncer de colo do útero.....	16
2.2.1 Carcinogênese do câncer de colo.....	16
2.2.2 Diretrizes para prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero.....	16
REFERÊNCIAS.....	28

APRESENTAÇÃO

Este material consiste em um esforço de releitura, adaptação à realidade estadual, atualização e compilação dos materiais técnicos existentes e norteadores do processo de trabalho dos profissionais de saúde frente às oportunidades de cuidado direcionado às mulheres, especialmente no que tange o controle dos cânceres de mama e colo do útero. Também se caracteriza como uma forma de tradução do conhecimento, tendência enfaticamente apontada pelos estudos recentes como uma necessidade dos tempos atuais. Neste percurso de construção é preciso destacar as contribuições realizadas pela publicação do Ministério da Saúde (MS) intitulada: “Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres” (2016), especialmente dos quadros-síntese contidos nele, e pelos manuais do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Desse modo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em parceria com a Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC) e o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG), por meio da publicação deste instrutivo de fácil manuseio visa disponibilizar as orientações atuais para a atuação na prevenção, detecção precoce e controle dos cânceres de mama e colo do útero, mas sem desvincular-se da perspectiva de atenção integral à saúde das mulheres. Importa destacar que o material foi conduzido pela Diretoria de Redes Assistenciais mas também validado por áreas afins da SES-MG, tais como: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador; Diretoria de Ações Especializadas/Superintendência de Redes de Atenção à Saúde e Núcleo de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde e Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde/Superintendência de Atenção Primária à Saúde.

A “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM): princípios e diretrizes” (2011a) incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Além disso, a PNAISM adota, diante do diagnóstico situacional da saúde da mulher no Brasil, como um dos objetivos específicos: Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina. Em Minas Gerais aponta-se que a realidade de saúde e, em especial os indicadores de cobertura do exame de mamografia e do exame citopatológico de colo uterino, frente às recomendações da literatura, ainda está distante dos padrões almejados para a população do estado.

Considera-se que o acesso das mulheres as formas de prevenção e detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero é influenciado por diversos fatores incluindo, em grande parte, a atuação e conhecimento dos profissionais de saúde a cerca dessas temáticas. Por isso este material também tem por objetivo apresentar um conteúdo mínimo de temáticas e orientações que deve ser abordado durante ações educacionais destinadas à profissionais de saúde que atuam nas redes municipais e estadual de serviços prestados à mulher.

O material se insere ainda na “Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”, instituída em 2013 pela PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013, e que estabelece como princípio a formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política (BRASIL, 2013^a).

Paralelo a isso a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde visa instrumentalizar o trabalho dos Estados, Distrito Federal e Municípios na construção e acompanhamento dos seus termos de compromisso de gestão e planos de saúde, no que se refere à educação na saúde. Nesse sentido, e com aproximações com a proposta deste material, mais do que propor estratégias educacionais estanques e tradicionalmente formatadas o convite consiste em aproximar a educação da vida cotidiana, como um fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho (BRASIL, 2009a).

Demarca-se que não há pretensão de abarcar todos os arranjos e práticas de saúde disparados diante das necessidades de saúde das mulheres, no entanto o material visa fortalecer os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais destinadas ao cuidado da mulher e também da família e comunidade (BRASIL, 2016).

Para melhor compreensão e uso do material, o mesmo foi organizado nos seguintes capítulos e subcapítulos:

1. Diretrizes, conceitos e recomendações para as ações educacionais;
2. Prevenção e detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero
 - 2.1 Câncer de mama
 - 2.2 Câncer de colo do útero

1. Diretrizes, conceitos e recomendações para as ações educacionais

Este capítulo tem o pretense objetivo de apresentar algumas diretrizes, conceitos adotados no material, bem como recomendações orientadoras das ações educacionais.

Os princípios do SUS de integralidade e equidade merecem destaque enquanto diretrizes de atenção à saúde, uma vez que o atendimento das necessidades de saúde de mulheres pressupõe não apenas a atenção às demandas biológicas e vinculadas ao adoecimento, mas sobretudo das questões sociais, compreendendo desde a promoção da saúde, prevenção de agravos, rastreamento e detecção de doenças em tempo oportuno, até a cura e reabilitação. Desse modo a consulta de enfermagem e médica deve abranger todas as necessidades de saúde da mulher, não se restringindo apenas a realização de procedimentos.

Entender a equidade e a garantia de acesso à saúde pelo viés dos determinantes sociais pressupõe a compreensão de que diferentes características, como orientação sexual e identidade de gênero, raça/etnia, formas de vida, trabalho e produção e especificidades territoriais/regionais, e a consequente construção histórica de valores culturais e sociais a elas atribuídas, possibilitam diferentes formas de inserção social e influenciam no acesso aos direitos e políticas públicas diversas, gerando vulnerabilidades diferentes. Dessa forma as mulheres precisam ser compreendidas em todas suas especificidades.

Nesse sentido a perspectiva de Redes de Atenção à Saúde precisa também ser considerada em todo contexto de atenção à saúde das mulheres, no sentido de reconhecimento da insuficiência de pontos de atenção à saúde em atuação isolada e ainda da potencialidade do trabalho integrado, em “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, articulados entre os diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica e integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, no intuito de garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2015a, p.20). A atenção em rede constitui um princípio geral da “Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”: organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo (BRASIL, 2013a).

Conceitualmente entende-se que a detecção precoce é uma forma de prevenção secundária e visa identificar o câncer em estágios iniciais, momento em que a doença pode ter melhor prognóstico, diferenciando-se das ações de prevenção primária, que têm por objetivo evitar a ocorrência da doença por meio da redução na exposição aos fatores de risco (BRASIL, 2015a).

Existem duas estratégias de detecção precoce: rastreamento e diagnóstico precoce. O rastreamento, no contexto dos cânceres de colo do útero e mama, significa a realização de algumas condutas destinadas às mulheres assintomáticas (fase pré-clínica), que visam identificar sinais de desenvolvimento de uma doença. Desse modo é preciso demarcar que as medidas indicadas neste material, e pela literatura, para rastreamento dos cânceres de mama e colo de útero, se destinam às mulheres sem sinais e sintomas de câncer. A proposição de recomendações de rastreamento, enquanto política pública, pondera os riscos de exposição em relação aos benefícios de sua adoção, as possíveis exposições das mulheres a resultados falso-positivos, ao sobrediagnóstico e a realização desnecessária de outros exames e intervenções (MIGOWSKI, et. al, 2018b). Destaca-se que o rastreamento é uma tecnologia preferencialmente da Atenção Primária à Saúde (APS) e os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem conhecer o método de rastreamento, a periodicidade e a população-alvo recomendadas (BRASIL, 2015a).

Noutra via, as medidas que visam o diagnóstico precoce são destinadas às mulheres com sinais e sintomas sugestivos de câncer, de forma complementar às medidas de rastreamento, envolvendo muitas vezes a realização de exames e consultas mais específicas e por isso outros pontos de atenção (ambulatorial e hospitalar). A efetividade da detecção precoce envolve a garantia de acesso, em tempo oportuno, a serviços especializados em confirmação diagnóstica, de nível secundário e terciário. Da mesma forma, o controle dos cânceres de mama e colo dependerá diretamente da disponibilização de acesso ao tratamento, em tempo oportuno, dos casos confirmados, considerando aqueles com sinais e sintomas como prioridades de atendimento, por meio de regulação (BRASIL, 2015a).

Tais orientações são estabelecidas pela Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012 que estabelece que o(a) paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso.

Constantemente as evidências de rastreamento e diagnóstico são revisadas, por exemplo, as evidências não recomendam mais a indicação de realização do auto exame das mamas para o reconhecimento de lesões (BRASIL, 2015a). Mas é necessário desenvolver constantemente novos estudos para comprovar eficácias das medidas de rastreamento e diagnóstico (Migowski, et. Al, 2018a).

Pontua-se a dificuldade de seguimento das diretrizes atuais de rastreamento no Brasil, enquanto um desafio frente à lógica da medicina defensiva e pela difusão de informações equivocadas, que superestimam os benefícios do rastreamento e subestimam ou mesmo

omitem seus riscos (MIGOWSKI, et. al, 2018b). É preciso considerar também a possibilidade de ocorrência de resultados falsos-negativos nos exames de rastreamento, o que acarreta uma falsa segurança e retardo no diagnóstico do câncer.

Por fim considera-se que as ações de capacitação que se almejam instrumentalizar são entendidas enquanto:

[...] ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente (DAVINI, 2009, p.39).

Tratando-se de capacitações com conteúdo técnico e assistencial sugere-se que as ações educacionais sejam ministradas por profissionais que tenham aproximação com a temática (seja teórica ou prática), em carga horária mínima de 12 horas e metodologia educacional que permita a participação dos educandos. Essas recomendações partem das experiências do corpo técnico da SES-MG com capacitações relacionadas à temática. A ementa da ação educacional deverá contemplar minimamente: processo carcinogênico do câncer de mama e colo do útero, diretrizes para detecção precoce, métodos utilizados para rastreamento e diagnóstico precoce, métodos e encaminhamentos para definição diagnóstica, tratamento e formas de prevenção e a estrutura da rede de serviços de referência e contra-referência.

2. Prevenção e detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero (Conteúdo do curso)

2.1 Câncer de mama

2.1.1 Carcinogênese do câncer de mama

A história natural do câncer de mama pode ser dividida em fase pré-clínica (intervalo de tempo entre o surgimento da primeira célula maligna e o desenvolvimento do tumor até atingir condições de ser diagnosticado clinicamente) e subsequentemente a fase clínica, que se inicia a partir do diagnóstico. A sequência de eventos iniciais da evolução do câncer da mama ainda é incerta, mas admite-se que passe por uma fase *in situ*, progredindo para a forma infiltrativa ou invasiva. Porém estudos avançados apontam para a possibilidade do carcinoma invasor ter origem diferente do carcinoma *in situ*, podendo tratar-se de entidades distintas (BRASIL, 2013b).

O carcinoma invasor pode permanecer por tempo variável como doença local, limitada à mama, ou evoluir com propagação regional e disseminação à distância (metástase). No caso do câncer de mama, a disseminação ocorre principalmente a partir da via linfática e mais raramente por via hematogênica pura. Os principais sítios de metástases do câncer de mama são ossos, pulmões e pleura, fígado, e com menor frequência cérebro, ovário e pele. Geralmente o câncer de mama cresce lentamente, porém eventualmente apresenta crescimento rápido e maior possibilidade de disseminação. Esse comportamento heterogêneo está relacionado a características próprias do tumor, que determinam sua velocidade de crescimento e potencial de originar metástases, podendo ainda ser influenciado por outros fatores, como a exposição a estímulos hormonais, resposta imune e estado nutricional (BRASIL, 2013b).

Múltiplos fatores de risco envolvidos na etiologia do câncer de mama estão descritos na literatura, tais como: envelhecimento (idade > 50 anos), fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce - antes dos 12 anos, nuliparidade, ou primeira gravidez após os 30 anos, menopausa após os 55 anos, uso de alguns anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal na menopausa - especialmente por tempo prolongado) e predisposição genética (pelas mutações em determinados genes transmitidos na herança genética familiar), consumo de álcool, dietas hipercalóricas sedentarismo, exposição à radiação ionizante (BRASIL, 2018a). Em especial as questões genéticas e familiares, enquanto

fatores de risco, merecem esclarecimento uma vez que apenas cerca de 5 a 10% do total de casos de câncer de mama são de caráter hereditário (BRASIL, 2009b).

É preciso ainda considerar que o câncer de mama também acomete os homens, porém em menor incidência, e por isso esse material é direcionado especialmente para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama em mulheres. Entretanto o INCA recomenda que homens com mais de 50 anos, com tumoração palpável unilateral, devem ser referenciados imediatamente para serviços de investigação diagnóstica de câncer de mama (BRASIL, 2015a).

Para mais esclarecimentos em relação aos casos de câncer de mama hereditário sugerimos consultar o Manual Operacional, “Rede Nacional de Câncer Familiar” do INCA (BRASIL, 2009b).

2.1.2 Diretrizes para prevenção, e detecção precoce do câncer de mama

A seguir é apresentada uma síntese das principais recomendações na prevenção, detecção e controle do câncer de mama, especialmente na APS, mas também para os níveis secundário e terciário de atenção.

Quadro 1 - Recomendações para prevenção, detecção precoce e controle do câncer de mama

A busca ativa das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos deve ser estratégia prioritária para alcançar os objetivos do rastreamento, obtendo alta cobertura, diagnóstico em tempo oportuno, possibilidade de tratamentos mais conservadores/ menos invasivos, redução de danos e da mortalidade.		
O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Estímulo às ações de prevenção primária/ Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Orientação individual ou coletiva sobre estilo de vida saudável e prevenção de câncer, com especial atenção aos fatores de risco do câncer de mama apontados pela literatura (vide subcapítulo 2.1.1). Orientações individuais e coletivas para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas, principais sinais e sintomas do câncer de mama, indicações para realização de mamografia de rastreamento, limites e riscos das ações de rastreamento. 	Equipe multiprofissional
Acolhimento e escuta qualificados	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário. 	Equipe multiprofissional
Avaliação Global	<p>Entrevista</p> <ul style="list-style-type: none"> Idade; Índice de Massa Corporal (IMC); Antecedentes pessoais ginecológicos e obstétricos (menarca, nuliparidade ou primeira gravidez acima de 30 anos, uso de anticoncepcional hormonal); Antecedentes pessoais e familiares patológicos (história pregressa e/ou familiar de câncer de mama); História de exposição à radiação ionizante (terapêutica ou ocupacional); Queixas mamárias (exemplos): mastalgia, nódulo 	Equipe multiprofissional

Avaliação global	<p>mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele. Casos com sinais e/ou sintomas não devem ser tratados no fluxo de rastreamento, sendo recomendada avaliação médica.</p> <p>⚠ Aproveitar a ocasião para avaliação integral da mulher incluindo aconselhamento sexual e reprodutivo (se em idade fértil) e avaliação da periodicidade de realização do exame citopatológico do colo do útero. Se o rastreamento do colo do útero estiver em atraso agendar coleta ou mesmo providenciar a coleta nesta ocasião.</p>	
	<p>Exame físico específico</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar Exame Clínico das Mamas (ECM) para investigação em caso de queixas mamárias; Observar presença de manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama (exemplos): nódulo palpável, descarga papilar sanguinolenta ou em “água de rocha”, lesão eczematosa da pele, presença de linfadenopatia axilar, edema mamário com pele em aspecto de “casca de laranja”, retração na pele da mama, mudança no formato do mamilo. 	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de cuidados	<p>Exames para rastreamento</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientação e realização dos procedimentos de rastreamento: mulheres entre 50 e 69 anos de idade – mamografia a cada dois anos se resultado normal (BIRADS 1 e 2). <p>⚠ Mulheres com elevado risco para câncer de mama (histórico familiar e/ou histórico pessoal de câncer de mama) – necessário avaliação e acompanhamento individualizado. Atenção!! Não realizar outros exames para rastreamento, não realizar mamografia com menor intervalo ou fora da faixa etária indicada na ausência de sintomas ou suspeita clínica.</p>	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	<p>Consulta pós-rastreamento mamográfico</p> <ul style="list-style-type: none"> Recebimento dos laudos; Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento (vide Quadro 2), orientação da mulher sobre os achados do exame, esclarecendo dúvidas e registrando em prontuário. Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento dos casos identificados de câncer de mama, conforme necessidades. 	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de cuidados	<p>Atividades de Vigilância em Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> Realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso. Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário; Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento. <p>⚠ Como medidas de vigilância recomendamos a utilização das etiquetas de mamografia com classificação BI-RADS e acompanhamento do seguimento no SISCAN.</p>	Equipe multiprofissional

Quadro 2 - Mamografia de rastreamento: interpretação dos resultados em relação ao risco de câncer e recomendações de conduta de seguimento

CATEGORIA BI-RADS®	INTERPRETAÇÃO	RISCO DE CÂNCER	RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação adicional com incidências e manobras. • Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo a ultrassonografia de mamas a mais comum. • Comparação com mamografia feita no ano anterior. <p>⚠ Se o resultado foi interpretado por APS recomenda-se o encaminhamento para Mastologia.</p>
1	Exame negativo	Excepcional	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Excepcional	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de rastreamento conforme a faixa etária, fora de risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno	< 2%	<ul style="list-style-type: none"> • Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. • A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe da APS na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.
4	Exame com achado suspeito	2% a 95%, a depender do grau de suspeição	<ul style="list-style-type: none"> • Deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação com especialista.
5	Exame com achado altamente suspeito	> 95%	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmado o diagnóstico de câncer de mama, deverá ser encaminhada à unidade de referência terciária para tratamento. • A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer. • A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.

Fonte: BRASIL, 2016a (com adaptações)

2.2 Câncer de colo do útero

2.2.1 Carcinogênese do câncer de colo

O tipo histológico mais comum do câncer do colo do útero é o carcinoma de células escamosas (85% a 90% dos casos) seguido pelo tipo adenocarcinoma. O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (lesões precursoras do câncer do colo do útero) e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), sendo relatados 13 tipos oncogênicos (BRASIL, 2018a). A infecção por HPV é a infecção sexualmente transmissível (IST) mais comum em todo o mundo e a maioria das pessoas sexualmente ativas, homens e mulheres, terá contato com o vírus durante algum momento da vida, uma vez que o risco estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada nova parceria (BRASIL, 2015b).

Contudo, a infecção pelo HPV, por si só, não representa uma causa suficiente para o surgimento da neoplasia, faz-se necessária sua persistência. Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição. No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste, e causada por tipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação e tratamento adequado possibilita a prevenção da progressão para o carcinoma cervical invasivo. Destaca-se que, com exceção do câncer de pele não-melanoma, o câncer de colo do útero é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (IARC, 2007; WHO, 2008).

Além de aspectos relacionados ao HPV, observa-se a associação com outros fatores de risco como influência no surgimento desse câncer, como: o tabagismo, a imunossupressão, o início de atividade sexual com pouca idade, a multiparidade (ter muitos filhos) e o uso prolongado de contraceptivos orais (estrogênio) (BRASIL, 2018a).

2.2.2 Diretrizes para prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero

A seguir é apresentada uma síntese das principais recomendações na prevenção, detecção e controle do câncer de colo do útero, especialmente na APS, mas também nos níveis secundário e terciário de atenção.

Quadro 3 - Recomendações para prevenção, detecção e controle do câncer de colo do útero

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
<p>A busca ativa das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos deve ser estratégia prioritária para alcançar os objetivos do rastreamento, obtendo alta cobertura, diagnóstico em tempo oportuno, possibilidade de cura e de tratamentos mais conservadores/ menos invasivos, redução de danos e da mortalidade. Recomenda-se a utilização de fichário rotativo.</p>		
<p>Estímulo às ações de prevenção primária/ Educação em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações individuais e coletivas sobre sexo seguro (uso de preservativo) e prevenção do HPV; • Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame e sua importância, bem como periodicidade, recomendações do exame e cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico. • Combate ao tabagismo (o tabagismo é fortemente associado ao desenvolvimento do câncer cervical e ao retorno de lesão pré-maligna em mulheres tratadas). • Oferta de vacinação contra HPV para a população feminina entre 9 e 14 anos e masculina entre 11 e 14 anos, sendo o esquema vacinal de duas doses. Não há evidências suficientes da prevenção primária do câncer propriamente dito, mas sim das lesões precursoras (que podem ou não evoluir para câncer, a depender de diversos fatores). <p>△ A vacina HPV também está disponível para as mulheres e homens de nove a 26 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos, sendo o esquema vacinal de três doses (0, 2 e 6 meses).</p>	<p>Equipe multiprofissional</p>
<p>Acolhimento e escuta qualificados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos motivos de contato; • Direcionamento para o atendimento necessário (qualquer contato da mulher com o sistema de saúde é momento oportuno de identificação daquelas não rastreadas e proceder com a coleta do citopatológico). 	<p>Equipe multiprofissional</p>
<p>Avaliação global</p>	<p>Entrevista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Verificar a realização prévia de exame citopatológico (data do último exame e ocorrência de exames citopatológicos anormais). • Questionar sobre a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, história de relações sexuais com preservativo nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico (fatores que podem ocasionar prejuízo à leitura da amostra coletada). A presença de espermatozoides na amostra não prejudica sua qualidade, entretanto outros fatores podem prejudicar o diagnóstico. • Antecedentes pessoais obstétricos, cirurgias pélvicas e antecedentes patológicos, em especial as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, entre elas, a infecção pelo HPV. • Data da última menstruação. • Prática sexual (exemplo): início da atividade sexual, prática de sexo seguro/inseguro. • Dispareunia e sangramentos vaginais pós-coito ou anormais. • Presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais. 	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p>

Continua...

	<p>⚠ Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta do exame citopatológico do colo uterino, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento e se ocorre em mulheres com vínculo frágil com o serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento.</p> <p>⚠ Lembrando que mulheres podem se relacionar sexualmente com homens, com mulheres ou com homens e mulheres. Independente da prática, e da orientação sexual toda mulher tem direito a ter acesso as medidas de rastreamento de câncer de colo uterino livre de qualquer preconceito.</p>	
Avaliação global	<p>Exame físico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das mamas (aproveitar a ocasião da consulta para realizar Exame Clínico das Mamas) • Inspeção dos órgãos genitais externos (atentando à integridade da parte externa do aparelho genital feminino, presença de verrugas, úlceras, fissuras e tumorações). • Observar critérios descritos no quadro 5 para decisão da realização ou não do exame citopatológico do colo do útero. <p>⚠ Aproveitar a ocasião para avaliação integral da mulher incluindo aconselhamento reprodutivo (se em idade fértil) e avaliação da periodicidade de realização da mamografia de rastreamento (se na faixa etária de 50 a 69 anos). Se o rastreamento do câncer de mama estiver em atraso providenciar a solicitação de mamografia.</p>	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Exame citopatológico do colo do útero</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de realizar o exame preparar todo o consultório e o material necessário para a realização do procedimento; além de orientar a usuária sobre o procedimento, buscando esclarecer suas dúvidas e reduzir a ansiedade e medo. • Preencher a requisição de exame citopatológico do colo do útero (ficha) em papel ou no SISCAN atentando-se ao preenchimento de todos os campos. • Realização de coleta de material citológico seguindo as normas técnicas de coleta (vide Quadro 4) • Idealmente, a coleta da amostra deve ser pelo menos cinco dias após o término da menstruação. No entanto, caso seja esta a única oportunidade e a mulher esteja menstruada, realizar a coleta e informar na ficha de requisição. • Ao exame especular, observar aspecto do colo, presença de secreção anormal ou friabilidade do colo, presença de pólipos, lesões vegetantes ou ulceradas • Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta, com cessação espontânea. • Orientação sobre a importância de buscar o resultado do exame. • Agendamento do retorno para o resultado. • Na presença de secreção vaginal anormal, friabilidade do colo, efetuar coleta para análise laboratorial e tratar de acordo com abordagem sindrômica. Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente desta abordagem. Preferencialmente, em casos de corrimento, recomenda-se tratar a mulher por meio da utilização de protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b, 2016a) e reagendar a coleta do material cervical após o tratamento pelo risco de prejuízo da amostra. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

<p>Avaliação global</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição de tratamento para outras doenças detectadas, como IST, caso presentes, na oportunidade de rastreamento, conforme protocolos do Ministério da Saúde: Brasil (2015b, 2016a). • Na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas no colo do útero) e em mulheres com queixa de sangramento vaginal fora do período menstrual e/ou desencadeada pela relação sexual, deve-se encaminhar para avaliação especializada, visto que podem ser manifestações de câncer de colo do útero. • Diante de problemas encontrados durante a coleta, como ressecamento vaginal, vaginismo, presença de ectopia, cisto de Naboth e pólipos cervicais, observar recomendações descritas no Quadro 6. 	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p>
<p>Plano de cuidados</p>	<p>Consulta de retorno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interpretação do resultado do exame citopatológico e conduta (vide Quadros 7, 8 e 9). • Orientação sobre periodicidade de realização do exame citopatológico: os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame deve ser feito a cada três anos. • O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. • Os exames devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas sem história prévia de lesões pré-neoplásicas, devem ser interrompidos quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. • As mulheres com história de lesões pré-neoplásicas retornam ao rastreio trienal ao apresentarem dois exames de controle citológicos semestrais normais após tratamento das lesões precursoras na unidade de referência. • Para mulheres com mais de 64 anos de idade e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, elas podem ser dispensadas de exames adicionais. • Comunicação da alteração detectada no exame para a mulher e realização de apoio emocional e esclarecimento de suas dúvidas. Abordar, a depender do resultado, sobre a necessidade de acompanhamento por meio de exame citopatológico, colposcopia ou outros procedimentos. É comum a remissão espontânea de lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau, identificada no exame de controle citopatológico do colo uterino (vide Quadro 9). • Garantia da continuidade do cuidado em momento oportuno e encaminhamento para serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer de colo do útero, conforme necessidade. 	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p>
	<p>Encaminhamentos para serviços de referência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar encaminhamento dos casos que necessitem de avaliação nos serviços de referência, conforme recomendações dispostas nos quadros 8 e 9. • Encaminhar para a ginecologia/colposcopia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado de um citopatológico do colo com: 1- Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau; 2- Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas ou células 	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p>

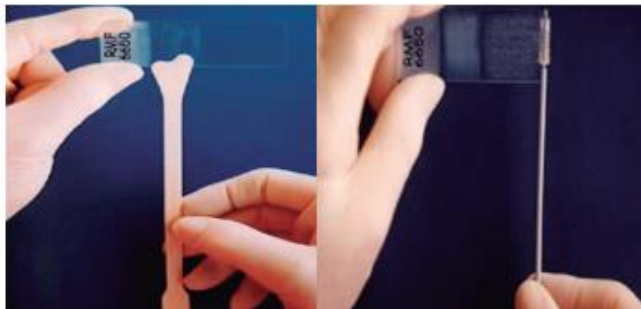
	<p>glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau; 3-Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou células atípicas de origem indefinida, quando não se pode afastar lesão de alto grau; 4-Lesão intraepitelial escamosa de alto grau; 5-Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor; 6-Adenocarcinoma in situ e invasor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado de dois citopatológicos do colo consecutivos com: 1-Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas; 2-Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau. <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para a oncoginecologia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado de biópsia de colo com: 1-Neoplasia invasora (carcinoma epidermoide/adenocarcinoma); 2-Carcinoma microinvasor; 3-Displasia cervical grave, 4-Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (NIC II ou III) ➤ Resultado de citopatológico do colo com: 1-Células malignas ou carcinoma invasor; 2-Células glandulares atípicas de significado indeterminado. 	
<p>Plano de Cuidados</p>	<p>Acompanhamento de usuárias pós-exame</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter o acompanhamento da mulher com resultado citopatológico alterado na APS, quando contrarreferenciado pelo serviço de referência após diagnóstico ou tratamento. • Contato contínuo com mulheres com resultado alterado, para estimular a adesão ao tratamento e detectar as faltosas. 	<p>Equipe multiprofissional</p>
	<p>Atividades de Vigilância em Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso. • Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário. • Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento. Seguimento de casos alterados, mantendo informado os dados no SISCAN. 	<p>Equipe multiprofissional</p>

Fonte: BRASIL, 2014b, 2016a; 2016b; 2018b

Quadro 4 - Técnica de coleta do exame citopatológico do colo do útero

MATERIAIS	PROCEDIMENTO DE COLETA
<ul style="list-style-type: none"> • Espécuro de tamanhos variados, preferencialmente descartáveis; △ Se for utilizar instrumental metálico deve ser esterilizado de acordo com as normas vigentes. • Lâminas de vidro com extremidade fosca. • Espátula de Ayre. • Escova endocervical. • Par de luvas descartáveis. • Solução fixadora, álcool a 96% ou spray de polietilenoglicol. • Recipiente para acondicionamento das lâminas mais adequado para o tipo de solução fixadora adotada pela unidade, tais como: frasco porta-lâmina, tipo tubete, ou caixa de madeira ou plástica para transporte de lâminas. • Formulários de requisição do exame citopatológico. • Fita adesiva de papel para a identificação dos frascos. • Lápis grafite ou preto nº 2. • Avental ou camisola e lençol. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparação da lâmina: O uso de lâmina com bordas lapidadas e extremidade fosca é obrigatório. Verificar se a lâmina está limpa e, caso necessário, limpá-la com gaze; a lâmina deve ser identificada com as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro na unidade, com lápis preto nº 2 ou grafite, na extremidade fosca, pois o uso de caneta hidrográfica ou esferográfica pode levar à perda da identificação do material, já que essas tintas se dissolvem durante o processo de coloração das lâminas no laboratório; o frasco ou a caixa de porta-lâmina devem também ser identificados a lápis para evitar a perda de informações quando há derrame de álcool. 2. Solicitar que a mulher esvazie a bexiga e troque a roupa, em local reservado, por um avental ou camisola. 3. Lavar as mãos com água e sabão e secá-las com papel-toalha, antes e após o atendimento. 4. A mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível. 5. Cubra-a com o lençol. 6. Posicionar o foco de luz. 7. Colocar as luvas descartáveis. <p>Inserção do espécuro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Colocar o espécuro, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Não deve ser usado lubrificante, mas em alguns casos, principalmente em mulheres idosas com vaginas atroficas, recomenda-se molhar o espécuro com soro fisiológico. Em casos extremos vide quadro 6 para o preparo vaginal pré-coleta. O espécuro deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta. Iniciada a introdução fazer uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécuro fique na posição horizontal. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir lentamente. Na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa, não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente. <p>Coleta do material:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única (apenas em um lado da lâmina). Para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra. 10. Estender o material sobre a lâmina para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca. 11. Para coleta na endocérvice, utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.

12. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.



FONTE: INCA, 2002

Fixação da lâmina:

13. O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material. É importante observar a validade do fixador.
14. Na fixação com álcool a 96% ou absoluto, considerada mundialmente como a melhor para os esfregaços citológicos (padrão-ouro), a lâmina deve ser colocada dentro do frasco com álcool (apenas uma lâmina por frasco) em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto, fechar o recipiente cuidadosamente.
- △ o álcool a 70%, útil na desinfecção de bancadas, porém totalmente inadequado como fixador para citopatológico do colo do útero
15. Na fixação com spray de polietilenoglicol borrifa-se a lâmina, que deve estar em posição horizontal, imediatamente após a coleta, com o spray fixador, a uma distância de 20cm para evitar varredura de células, mas a camada de cera protetora deve cobrir a lâmina por completo para que o material seja totalmente fixado. Acondiciona--se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas a fim de evitar a quebra, para o transporte ao laboratório.

Finalização da coleta:

16. Fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher.
17. Retirar o espéculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais.
18. Retirar as luvas.
19. Auxiliar a mulher a descer da mesa.
20. Solicitar que ela troque de roupa.
1. Enfatizar a importância do retorno para o resultado e se possível agendar conforme rotina da unidade básica de saúde. Pontua-se a recomendação de que, no máximo em 30 dias, o resultado do exame citopatológico seja liberado pelo laboratório.
2. As lâminas devem ser enviadas para o laboratório o mais breve possível, devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição. Não foram encontrados, na literatura, estudos referentes ao tempo máximo entre a coleta da amostra e a chegada ao laboratório capaz de preservar os detalhes citológicos da célula. Se a amostra for fixada com álcool, poderá permanecer na solução durante alguns dias ou mesmo semanas. Esfregaços que forem fixados com fixador de cobertura devem chegar ao Laboratório de Citopatologia no máximo em 15 dias.


Fontes: BRASIL, 2013b; 2016c

Quadro 5 - Recomendações da coleta do exame citopatológico do colo do útero diante das especificidades das mulheres



SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Sem história de atividade sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores no grupo de mulheres que não iniciou atividade sexual (considerar sexo oral, vaginal e anal)
Orientação sexual e identidade de gênero	<ul style="list-style-type: none"> • Devido a desinformação e o preconceito mulheres lésbicas e bissexuais tem uma menor cobertura de citopatológico do que mulheres heterossexuais. • Independente da orientação sexual, toda mulher na faixa etária de 25 a 64 anos, que iniciou atividade sexual, deve ter acesso as medidas de rastreamento de câncer de colo uterino livre de qualquer preconceito. Homens trans também podem necessitar de atendimento ginecológico, inclusive o preventivo. Dessa forma é necessário se atentar as especificidades de identidade de gênero e realizar o exame em homens trans também.
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. • Em relação a técnica da coleta embora na maioria dos casos, no período gravídico, a Junção Escamo-Celular (JEC) encontra-se exteriorizada, dispensando a utilização de escova, não existem evidências de que a coleta de espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada.
Climatério e pós-menopausa	<ul style="list-style-type: none"> • Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, realizar estrogenização e reagendar nova data para coleta.
Histerectomizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento. • Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. <p>△ Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso coletando material da mucosa vaginal com espátula (lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na requisição do exame, informar que a coleta ocorreu em mulher histerectomizada e a lesão tratada (indicação da histerectomia).
Imunossuprimidas	<p>É parte deste grupo: mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteroides.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O exame citopatológico deve ser realizado 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. • Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ter o rastreamento citológico a cada seis meses. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.

Fonte: BRASIL, 2011a; 2014a; 2016a

Quadro 6 - Recomendações diante dos problemas mais frequentes encontrados durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero

PROBLEMA	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Ressecamento vaginal ou colpite atrófica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos, devendo o exame na mulher menopáusicas estar bem indicado para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias. • Estes achados são comuns no período do climatério, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia. • O tratamento da colpite atrófica pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses. Deve ser utilizado, de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de sete dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). O creme deve ser suspenso 48 horas antes da coleta. • Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. No entanto, nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada. • A dificuldade de coleta de material endocervical pode ocorrer devido a atrofia genital (proceder como acima), sequelas de cirurgias do colo do útero e dificuldades técnicas de coleta. Nas duas últimas situações recomenda-se solicitar auxílio de profissional com mais experiência. 	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>
<p>Vaginismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A etiologia do vaginismo não está bem esclarecida, embora comumente esteja associada a fatores psicossociais, afetivos, que podem ser decorrentes de questões culturais, religiosas ou mesmo secundários a vivências sexuais traumáticas. Entre as causas físicas, podem estar: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica. • Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo. Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, buscar tranquilizá-la e tentar reagendar a avaliação. Deve-se, ainda, investigar a etiologia. • Considerar encaminhamento a especialidade caso seja identificada causa orgânica que necessite de tratamento ginecológico ou apoio psicológico especializado, quando necessário. 	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>
<p>Ectopia</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a Junção Escamo-Colunar (JEC) situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica, não demandando intervenções. 	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>

Continua...

PROBLEMA	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Cisto de Naboth 	<ul style="list-style-type: none"> É decorrente da obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, sem significado patológico, não demandando intervenções. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Pólipos cervicais 	<ul style="list-style-type: none"> São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual. Quando localizados externamente, são facilmente visualizados no momento da realização do exame preventivo. São benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos. Encaminhar ao ginecologista para retirada em presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado; sangramento discreto entre as menstruações. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

Fonte: BRASIL, 2016a (com adaptações)

Quadro 7 - Adequabilidade da amostra

SITUAÇÃO	O QUE SIGNIFICA/ O QUE FAZER
Amostra insatisfatória para avaliação	<ul style="list-style-type: none"> É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular. Nestes casos, a mulher deve repetir o exame em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória para avaliação	<ul style="list-style-type: none"> É aquela com células em quantidade representativa, cuja observação permita conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas; células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas. Interpretar o resultado de acordo com as orientações de seguimento para cada caso (quadros 6 e 7) Deve ser repetido com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos.

Fonte: BRASIL, 2016a (com adaptações)

Quadro 8 - Recomendação diante de resultados de exames citopatológicos que não indicam alterações em relação ao rastreamento de câncer de colo do útero

RESULTADO	O QUE FAZER
Dentro dos limites da normalidade no material examinado	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
Esfregaço negativo para neoplasia, amostra apenas com células escamosas	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar nova coleta com um ano, independente de exame negativo anterior.
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal
<p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus sp.</i> • Cocos • Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>) • <i>Candida sp.</i> 	
Atrofia com inflamação	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Na eventualidade do laudo do exame mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no Quadro 5 – item tratamento para colpíte atrófica.
Indicando radiação	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a rotina de rastreamento citológico • O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.
<p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia sp.</i> • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes • <i>Trichomonas vaginalis</i> • <i>Actinomyces sp.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • A citologia não é método com acurácia diagnóstica suficiente para infecções microbianas, inclusive por IST. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes micro-organismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados. • Chlamydia, Gonococo e Trichomonas: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por Chlamydia e Gonococo), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações. • Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU. • Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital.
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal.

Quadro 9 - Recomendação inicial diante de resultados de exames citopatológicos indicando alterações em relação ao rastreamento de câncer de colo do útero

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta Inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir 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 se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir 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: BRASIL, 2016b

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, RJ, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Rede Nacional de Câncer Familiar: manual operacional**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde da População Trans**. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNOS de Atenção Básica nº13: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. 2ª ed. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA nº 140 de 27 de fevereiro de 2014**, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. 1 ed. Brasília, DF, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2ª edição revista, ampliada e atualizada. Rio de Janeiro, RJ, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia**. 2ª ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro, RJ, 2016c.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação 2018**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em 12 jul 2018b.

COFEN. **Resolução COFEN 381/2011**. Brasília-DF, 2011. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3812011_7447.html>. Acesso em: 22 ago. 2018.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília,DF, 2009.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). **Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses**. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. França. 90, p. 1-636,2007. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MIGOWSKI, Arn et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 6, e00074817, 2018 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074817>>. Acesso em 10 jul 2018^a.

MIGOWSKI, Arn et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ , v. 34, n. 6, e00046317, 2018 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00046317>>. Acesso em: 10 jul 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer. **Globocan 2008**. Lyon: WHO, 2008.