



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Grupo Técnico de Saúde da Mulher
Av. Gov. Adolfo Konder, 250 - Cidade Nova, Itajaí - SC
CEP 88308-001, Itajaí, SC, Brasil
E-mail: saudedamulher@itajaj.sc.gov.br
Telefone: (47) 333-1111 (para Marikali colocar)

PROTOCOLO SIMPLIFICADO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1

2019 Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

O protocolo pode ser acessado, na íntegra, no site da Secretaria de Saúde do município de Itajaí: COLOCAR LINK

Elaboração, distribuição e informações:

PREFEITURA DE ITAJAÍ

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Grupo Técnico da Saúde da Mulher
Av. Gov. Adolfo Konder, 250 - Cidade Nova, Itajaí - SC,
CEP 88308-001, Itajaí, SC, Brasil.
E-mail: saudedamulher@itajai.sc.gov.br
Internet: LINK (pedir pra Maikeli colocar)

Coordenação:

Luciane Da Silva d'Avila – Enfermeira Obstetra - DAS/SMS

Elaboração:

Ana Maria- Enfermeira, Mestra em Saúde Pública - SMS
Luciane da Silva d'Avila – Enfermeira Obstetra – Mestra em Saúde e Gestão do Trabalho - SMS
Juliana Fernandes De Oliveira – Enfermeira Obstetra – Mestra Em Saúde Pública - SMS
Niusa Bitencourt Lucas – Especialista Em Saúde Da Família E Saúde Coletiva - SMS
Rosaura De Oliveira Rodrigues – Médica Ginecologista E Obstetra – Especialista Em Saúde Pública e Colposcopia – SMS

Revisão Geral:

Franciele Budziareck Das Neves – Enfermeira, Mestra em Ciências da Saúde - DVE/SMS

Impresso: Local

Primeira Revisão: 2022 – Luciane Da Silva d'Avila – Enfermeira Obstetra, Mestra em Saúde e Gestão do Trabalho - CRECEM/SMS

SUMÁRIO

1 . INTRODUÇÃO.....	3
3.RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	6
3.1 Método e cobertura.....	6
3. EXAME CITOPATOLÓGICO NORMAL.....	7
4. SITUAÇÕES ESPECIAIS.....	9
4.1 Gestantes.....	10
4.2. Pós-menopausa.....	10
4.3 Histerectomizadas.....	10
4.4 Mulheres sem história de atividade sexual vaginal.....	11
4.5. Imunossuprimidas.....	11
6. SEGUIMENTO.....	13
8. REFERÊNCIAS.....	14
9. APÊNDICE.....	16

Essa estratégia tem como resultado uma redução da taxa de incidência do câncer invasor do colo do útero de até 90%, produzindo um impacto significativo nas taxas de morbimortalidade. Mas, para isso se faz necessário o alcance de altas taxas de cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, coberturas entre 80 a 85% da população de risco (NASCIMENTO et al., 2015).

As etapas do rastreio implicam desde a identificação e convite às mulheres, garantia dos recursos humanos e materiais, disponibilização de exames de qualidade, até o seguimento das mulheres, assegurando tratamento e cuidados para aquelas com exames alterados. Cabe aos gestores e profissionais de saúde de todas as categorias profissionais (APÊNDICE 3) preverem e disponibilizarem, na rede de atenção à saúde, os recursos necessários para cada uma dessas etapas por meio de um planejamento baseado em evidências científicas sobre o volume de serviços necessários para o controle do câncer do colo do útero (IN: A, 2015). Neste sentido, o rastreamento organizado do câncer do colo do útero requer o envolvimento

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero, apesar de prevenível, é um dos cânceres mais frequentes em mulheres no Brasil, com altas taxas de incidência e de mortalidade, sendo estimado em 16.370 novos casos para o ano de 2019, com incidência estimada de 15,43/100 mil mulheres, sendo a terceira localização primária de incidência e de mortalidade, excluído pele não melanoma (INCA, 2017).

Este tipo de câncer é classificado como causa de morte evitável, visto que existem tecnologias acessíveis e de baixo custo para a sua detecção precoce e tratamento eficaz. Além disso, a facilidade de detecção das alterações na fase inicial e a longa evolução das lesões precursoras lhe conferem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer (MENDONÇA et al., 2008; DEROSI et al., 2008, FONSECA et al., 2004).

O rastreamento caracteriza-se pela aplicação de testes em pessoas assintomáticas, em uma população-alvo definida, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade atribuída a uma doença específica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Essa estratégia tem como resultado uma redução da taxa de incidência do câncer invasor do colo do útero de até 90%, produzindo um impacto significativo nas taxas de morbimortalidade. Mas, para isso se faz necessário o alcance de altas taxas de cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, coberturas entre 80 a 85% da população de risco (NASCIMENTO et al., 2015).

As etapas do rastreio implicam desde a identificação e convite às mulheres, garantia dos recursos humanos e materiais, disponibilização de exames de qualidade, até o seguimento das mulheres, assegurando tratamento e cuidados para aquelas com exames alterados. Cabe aos gestores e profissionais de saúde de todas as categorias profissionais (APÊNDICE 1) preverem e disponibilizarem, na rede de atenção à saúde, os recursos necessários para cada uma dessas etapas por meio de um planejamento baseado em evidências científicas sobre o volume de serviços necessário para o controle do câncer do colo do útero (INCA, 2019). Neste sentido, o rastreamento organizado do câncer do colo do útero requer o envolvimento

das três esferas da federação e de todos níveis assistenciais, com destaque para a Atenção Básica (INCA, 2019).

Segundo Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, as Unidades de Saúde devem ser o primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do usuário ao Sistema Único de Saúde, atuando como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços disponibilizados na rede de forma a garantir a integralidade da assistência. Para tanto, a Atenção Básica deve ter alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas).

Este Protocolo foi produzido considerando como referência as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Humanização e Atenção Oncológica. Sendo assim, tem como objetivo organizar os fluxos da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero do Município de Itajaí – SC, subsidiando tecnicamente os profissionais da Atenção Básica em Saúde por meio de conhecimentos atualizados e possibilitando condutas adequadas para o controle do câncer do colo do útero, neste município.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle das doenças e dos agravos (BRASIL, 2006).

Para o controle do câncer do colo do útero, a disponibilização da informação e a melhoria do acesso aos serviços de saúde são questões centrais a serem garantidas mediante ações intersetoriais que elevem o nível de escolaridade e a renda da população, bem como qualifiquem o Sistema Único de Saúde (INCA, 2019).

O controle do tabagismo é também uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde e pode ajudar a minimizar o risco de todos os tipos de câncer, incluindo o câncer do colo do útero. Envolve um conjunto de medidas integradas e intersetoriais voltadas à redução da aceitação social do tabaco, prevenção da iniciação, promoção de ambientes livres da fumaça do tabaco, substituição da fumicultura e tratamento para cessação do tabagismo (BRASIL, 2006; INCA, 2019).

3. PREVENÇÃO

A prevenção primária do câncer do colo do útero ocorre através da diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV). A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de lesões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Consequentemente, o uso de preservativos durante a relação sexual protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal (INCA, 2018 b).

Outra forma de prevenção primária é a vacinação contra o HPV, a qual foi implantada no calendário básico de vacinação a partir do ano de 2014, iniciado por meio da campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o papilomavírus humano (HPV), ampliando para os meninos adolescentes no ano de 2017. A vacina é a quadrivalente, oferecendo proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Os dois primeiros causam verrugas genitais e os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2018; INCA, 2019).

O grupo etário alvo da vacina é de 9 a 14 anos, pois esta vacina é mais eficaz se usada antes do início da vida sexual. Devem ser tomadas duas doses, com intervalo de seis meses. Grupos especiais, como pessoas com imunodeficiência causada pelo HIV, devem seguir orientações específicas. A meta é vacinar pelo menos 80% da população alvo para alcançar o objetivo de reduzir a incidência deste câncer nas próximas décadas no país (INCA, 2019).

Em 03 de março de 2021, conforme OFICIO N 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS/MS há ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos considerando as que encontram-se vivendo com HIV-Aids, transplantadas de órgãos sólidos e medula óssea e pacientes oncológicas, com aplicação de 3 doses (0,2 e 6 meses) (MS, 2021).

Já o exame Papanicolau é um método de prevenção secundária, visto que detecta lesões já instaladas, mas aliado à vacinação completa as ações de prevenção para este tipo de câncer. Enfatiza-se que mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada, deverão realizar o exame citopatológico, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV (INCA, 2018).

3. ACOLHIMENTO

A lógica de organização da atenção básica propicia encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades de saúde. Nesta dimensão do cuidado, os profissionais de saúde, precisam ser dotados de atitudes proativas estimulando a adesão da mulher desde as ações preventivas até o tratamento da doença. **Devem aproveitar as oportunidades da presença da mulher nas unidades básicas de saúde em todos os atendimentos, inclusive enquanto a equipe de saúde dialoga sobre outras intervenções, potencializando dessa forma o seu papel de agente mobilizador**(BRASIL, 2013).

O citopatológico pode ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. A estratégia de mutirão em horários alternativos permite atingir mulheres que geralmente não conseguem ter acesso ao exame. Usuárias que não comparecem espontaneamente podem ser convidadas para realização do exame. Independente da forma de abordagem, o exame deve ser coletado mediante a técnica descrita no capítulo específico, e a mulher deve ser respeitada e abordada integralmente (BRASIL 2013).

Entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero encontra-se a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, que nem sempre está aberta à disponibilidade da mulher, ou ainda por não acolher singularidades. Mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade, todos estes segmentos populacionais específicos demandam adequações para acessar o serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do serviço. Um público que exige atenção das equipes de saúde é a mulher com identidade lésbica. Esse grupo de mulheres pode ser vulnerável ao câncer do colo uterino pela crença errônea delas e dos(as) profissionais de saúde na impossibilidade de infecção pelo HPV na prática sexual entre mulheres. Assim, a coleta do exame de prevenção do câncer do colo uterino pode equivocadamente deixar de ser ofertado a elas, com perda da janela de oportunidade para o diagnóstico precoce (MS/PAT/SM/2016).

Itajaí possui uma grande diversidade, não só étnica e cultural como também geográfica, cabendo a cada UBS, ESF e Ambulatórios de Especialidades, bem como a Rede Feminina de Combate ao Câncer como parceiro integrante nesta rede, construir estratégias,

levando em consideração estas diversidades e adequar as ações em saúde, privilegiando as mulheres na faixa etária indicada para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero.

4. RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A estratégia para detecção precoce é o **rastreamento**. Rastreamento é a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas **assintomáticas**, com a finalidade de diagnóstico precoce (prevenção secundária) ou de identificação e controle de riscos, tendo como objetivo final reduzir a morbidade e a mortalidade da doença, agravos ou risco rastreado (GATES, 2001).

As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero seguem as recomendações do INCA – Instituto Nacional do Câncer para a tomada de decisão.

4.1 Método e cobertura

Atingir a alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária. Isso é significativo para que se obtenha a redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.

Recomendação: o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para mulheres que já iniciaram atividade sexual e seguir até os 64 anos. A interrupção depende de a paciente ter realizado dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (INCA, 2016).

É consenso que o rastreamento organizado do câncer do colo do útero é o desafio a ser vencido para que se obtenha a melhor relação custo-benefício possível com alta cobertura populacional.

Entretanto, de acordo com Boletim ACOG Nº 168 (2016), recomenda-se iniciar o rastreio com 21 anos, a depender da história clínica da mulher.

Na prática, é necessário que as equipes da Estratégia Saúde da Família apropriem-se de uma listagem das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, que pertençam a sua área de abrangência com: nome, data nascimento, idade, mês e ano que realizou o último exame e o resultado. Este é um instrumento simples de ser construído e que facilita o controle e seguimento das mulheres quanto ao exame citopatológico.

Sugestão da planilha

Área/MA/ FAM	NOME MULHERES	DATA NASC.	DATA ATUAL	IDADE	ULTIMO CO		ULTIMO CO	
					MÊS/ANO	RESULTADO	MÊS/ANO	RESULTADO
XX.	Maria	15/05/1960	01/01/2015	55	Março/2012	Normal	xx	xx

Com essa planilha o rastreamento torna-se organizado e cada agente comunitário de saúde em posse dessa informação realiza a busca ativa para orientação, encorajamento e agendamento da coleta do exame.

Recomendações:

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual (INCA, 2016).
- O início da coleta recomendada pelo MS e INCA deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2016; INCA, 2016). A ACOG (2016) recomenda a coleta a partir de 21 anos, no entanto, em mulheres infectadas pelo HIV, imuno comprometidas ou que já iniciaram atividade sexual poderá iniciar a coleta antes.
- Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (INCA, 2016).
- Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (INCA, 2016).

OBS.: essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino.

5. EXAME CITOPATOLÓGICO NORMAL

É atribuição do profissional da saúde que atua na atenção básica orientar as mulheres com resultado de exame citopatológico normal. As recomendações preconizadas pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero são as seguintes:

5.1 Resultado Normal

Dentro dos limites da normalidade no material examinado, este é um diagnóstico completamente normal.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (INCA, 2016).

5.2 Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)

Inflamação sem identificação de agente, caracterizada por presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, que podem ser radioativos, mecânicos, térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico. Havendo queixa de leucorréia, seguir o tratamento específico conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015) ou Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2021).

5.3 Resultado indicando metaplasia escamosa imatura ou não

Metaplasia escamosa foi incluída buscando caracterizar que esta apresentação é considerada como do tipo reparativa.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (INCA, 2016).

5.4 Resultado indicando reparação

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser originado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. Geralmente é a fase final do processo inflamatório.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (INCA, 2016).

5.5 Resultado indicando atrofia com inflamação

Na ausência de atipias, é um achado normal do período climatérico, período de lactação exclusiva ou por uso de progestágenos contínuos.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (INCA, 2016).

Observação: em caso de colpíte atrófica o tratamento pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estriol, devendo ser utilizadas de preferência à noite, por um a três meses, em dois esquemas alternativos: durante 30 dias, 3 vezes por semana, com parada por 3 dias antes da coleta ou durante 10 dias, 1 vez por dia, com parada nos 3 dias

antes da coleta. Não há contra indicação do uso do mesmo nas mulheres com história anterior de carcinoma de mama ou ovariano sendo o mesmo esquema recomendado acima (INCA, 2016).

Nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase, como os utilizados no tratamento do câncer de mama, a terapia com estrogênios para a melhora da vaginite atrófica está **CONTRAINDICADA**(INCA, 2016).

5.6. Resultado indicando radiação

Pode ocorrer nos casos de mulheres tratadas por meio de radioterapia para câncer de colo uterino. O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (INCA, 2016).

5.7. Resultado indicando achados microbiológicos

São considerados achados normais: lactobacilus sp; actinomyces; cocos e outros bacilos fazem parte da microbiota.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico. A mulher com sintomas de corrimento, prurido ou odor vaginal deve ser tratada imediatamente conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015) e Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2021).

historectomia subtotal segue rotina de rotina (INCA, 2016).

6.4 Mulheres sem história de atividade sexual vaginal

6 SITUAÇÕES ESPECIAIS

6.1 Gestantes

Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. O achado destas lesões durante o ciclo gravídico puerperal é a oportunidade do rastreio principalmente durante o pré-natal. Apesar da junção escamocolunar no ciclo gravídico puerperal encontrar-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, a coleta da endocérvice deverá ser realizada. A coleta de citopatológico pode ser feita em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 2º trimestre (BRASIL, 2013).

Recomendação: o rastreamento de gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve **sempre** ser considerada uma oportunidade para rastreio conforme o Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012).

6.2. Pós-menopausa

Mulheres na pós-menopausa, sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino, apresentam baixo risco para o desenvolvimento do câncer. Mulheres no climatério devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres e em casos de amostras com atrofia ou ASC-US, deve-se proceder à estrogenização local ou sistêmica e agendar nova coleta (busca ativa se necessário).

O diagnóstico de casos novos de câncer do colo uterino está presente em todas as faixas etárias, porém o rastreamento de mulheres na pós-menopausa deve levar em conta seu histórico de exames.

Recomendação: mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder a estrogenização prévia a coleta (INCA, 2016).

6.3 Histerectomizadas

Em caso de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo de útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

Recomendação: 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. E as pacientes com histerectomia subtotal segue rastreio de rotina (INCA, 2016).

6.4 Mulheres sem história de atividade sexual vaginal

Considerando os conhecimentos atuais sobre o HPV na carcinogênese do câncer do colo uterino e que a transmissão ocorre por transmissão sexual, o risco de uma mulher que não tenha iniciado atividade sexual desenvolver essa neoplasia é desprezível.

Recomendação: não há indicação para rastreamento do câncer do colo do útero para esse grupo de mulheres (INCA, 2016).

6.5. Imunossuprimidas

Mulheres imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamento de câncer, usuárias crônicas de corticosteróides, infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) constituem exemplos deste grupo.

É consenso que mulheres infectadas pelo HIV devem ser submetidas ao rastreio citológico de forma mais frequente. Diretrizes americanas recomendam a coleta anual após duas citologias semestrais normais e, em mulheres com CD4 abaixo de 200 células/mm³, realizar citologia e encaminhar para colposcopia a cada seis meses (INCA, 2016).

Recomendação:

- 1) O exame citopatológico deve ser realizado neste grupo 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. Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem priorizar a correção dos níveis de CD4, enquanto isso, deve ter o rastreamento citológico a cada seis meses (INCA, 2016).
- 2) As pacientes imunossuprimidas e/ou portadoras de HIV com citologia mostrando ASC-US, devem ser encaminhadas para Colposcopia (INCA, 2016).

7 EXAME CITOPATOLÓGICO ANORMAL

É atribuição do profissional da saúde que realizou a coleta do exame citopatológico explicar detalhadamente para a mulher o significado do resultado anormal, as condutas recomendadas, os encaminhamentos necessários e os procedimentos que possivelmente serão realizados.

Quadro 1: Recomendações após resultado de exame citopatológico ANORMAL

RESULTADOS			CONDUTA
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas ASC	Provavelmente não neoplásica - ASC - US	Repetição da citologia na UBS em 6 meses para mulheres com idade > ou = 30 anos.
			Repetição da citologia na UBS em 12 meses para mulheres com idade entre 25 e 29 anos.
			Repetição da citologia na UBS em 3 anos para mulheres com idade < 25 anos
			Mulheres portadoras de HIV encaminhamento p/ colposcopia.

		Não se pode afastar lesão de alto grau ASC-H	Encaminhamento p/ colposcopia
	Em células glandulares ASG	Provavelmente não neoplásica - ASG-US	Encaminhamento p/ colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau ASG-H	Encaminhamento p/ colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Encaminhamento p/ colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Encaminhamento p/ colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau - NIC I		Repetição da citologia na UBS em 6 meses para mulheres com idade > ou = 25 anos. Repetição da citologia na UBS em 3 anos para mulheres com idade < 25 anos. Mulheres portadoras HIV encaminhamento p/ colposcopia.
	Lesão intraepitelial de alto grau NIC II/III		Encaminhamento p/ colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		Encaminhamento p/ colposcopia
	Carcinoma epidermoide invasor		Encaminhamento p/ colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ		Encaminhamento p/ colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Encaminhamento p/ colposcopia

Fonte: INCA, 2016 e ACOG, 2016.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

8 SEGUIMENTO

No SISCAN, a funcionalidade “Gerenciar Seguimento” permite o acompanhamento das mulheres com exames suspeitos ou alterados, para verificar se estão sendo avaliadas e tratadas de forma adequada e em forma oportuna (INCA, 2013).

É **imprescindível** que os profissionais de saúde da Atenção Básica sejam responsáveis pelo cuidado e vigilância secundária. Além disso, que estejam envolvidos desde a coleta,

entrega do resultado e seguimento/acompanhamento das mulheres com exames alterados ou diagnóstico da doença, é o cuidado continuado. Para tanto, todos os profissionais que realizam a coleta de citopatológico devem obrigatoriamente estarem cadastrados junto ao SISCAN.

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília - DF. 2015

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília – DF, 2015

_____. Ministério da Saúde. OFÍCIO N 203/2021/CGPM/DEIDT/SVS/MS. Ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <file:///home/user/Downloads/040_un_paho_fluxograma_manejo_inistret%2011.pdf> Acesso em 09 set 2022

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER(INCA). Sistema de Informação do Câncer: Manual preliminar para apoio à implantação – SISCAN – Rio de Janeiro: INCA, 2013. 143p.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/cancer-taxas-brasil.asp>. Acesso em: 17 de setembro de 2019.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controla-do-cancer-do-colo-do-uterio/acessa-de-controla/prevencao>> Acesso em: 18 de setembro de 2019.

9 REFERÊNCIAS

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. (Série B. Textos básicos de saúde).

MENDONÇA, V.G.; LORENZATO, F.R.B.; MENDONÇA, J.G.; MENEZES, T.C.; GUIMARÃES, M.J.B. Mortalidade por câncer do colo do útero: características

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. OFÍCIO N 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2021. Disponível em
<[file:///home/user/Downloads/040_un_paho_fluxograma_manejo_internet%20\(1\).pdf](file:///home/user/Downloads/040_un_paho_fluxograma_manejo_internet%20(1).pdf)> Acesso em 09 set 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER(INCA). Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação – SISCAN – Rio de Janeiro: INCA, 2013. 143p.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>. Acesso em: 17 de setembro de 2019.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em:
<<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado-prevencao>> Acesso em: 18 de setembro de 2019.

_____.Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2019, 32p.

MENDONÇA, V.G.; LORENZATO, F.R.B.; MENDONÇA, J.G.; MENEZES, T.C.; GUIMARÃES, M.J.B. Mortalidade por câncer do colo do útero: características

sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 248-255, mai. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2019.

DEROSSI, S.A.; PAIM, J.S.; AQUINO, E.; SILVA, L.M.V. Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em Salvador (BA), 1979-1997. Saúde soc., São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 49-60, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902000000100004>.

FONSECA, L.A.M.; RAMACCIOTTI, A.S.; ELUF, NETO, J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 136-142, Fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100029>.

GATES, T. J. Screening for cancer: evaluating the evidence. Am Fam Physician, United States, v. 63, n. 3, p. 513-522, 2000. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2001/0201/p513.html>> Acesso em 21 out. 2019.

NASCIMENTO, G.W.C.; PEREIRA, C.C.A.; NASCIMENTO, D.I.C.; LOURENÇO, G.C.; MACHADO, C.J. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período entre 2000-2010: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 253-260, set. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000300253&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X2015000300253>.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 168: Cervical Cancer Screening and Prevention (2016). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27661651>> Acesso em 03 out 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <<file:///home/user/Downloads/9789240001299-eng.pdf>> Acesso em 09 set 2022.

APÊNDICE 1

ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos. As atribuições a seguir estão de acordo com Caderno de Atenção Básica nº 13 do Ministério da Saúde.

Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe

- a. Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero;
- b. Planejar e programar as ações de controle do câncer do colo do útero, com orientação segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- c. Realizar ações de controle do câncer do colo do útero, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- d. Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal;
- e. Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informação vigentes;
- f. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, étnicos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;

APÊNDICES

- g. Realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- h. Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e reativa, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- i. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe;
- j. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, com utilização dos dados presentes nos sistemas de informação;
- k. Identificar mulheres no território que necessitem de atenção domiciliar, realizando a atenção em AD1 e encaminhando a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) em casos de AD2 e AD3;
- l. Realizar atenção em cuidados paliativos na unidade ou no domicílio, de acordo com as necessidades da unidade;
- m. Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher;

APÊNDICE 1

ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos. As atribuições a seguir estão de acordo com Caderno de Atenção Básica nº 13 do Ministério da Saúde.

Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe

- a. Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero;
- b. Planejar e programar as ações de controle do câncer do colo do útero, com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- c. Realizar ações de controle do câncer do colo do útero, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- d. Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal;
- e. Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informação vigentes;
- f. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;
- g. Realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- h. Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- i. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe;
- j. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, com utilização dos dados presentes nos sistemas de informação;
- k. Identificar mulheres no território que necessitem de atenção domiciliar, realizando a atenção em AD1 e encaminhando à Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad) nos casos de AD2 e AD3;
- l. Realizar atenção em cuidados paliativos na unidade ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- m. Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher;

- n. Desenvolver atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade;
- o. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- p. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais da equipe.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- a. Conhecer a importância da realização da coleta do exame citopatológico como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua microárea;
- b. Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama na população feminina de sua microárea;
- c. Realizar visita domiciliar às mulheres de sua microárea orientando sobre a importância da realização dos exames e facilitando o acesso a eles;
- d. Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco;
- e. Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero, de acordo com o planejamento da equipe, visando à promoção da saúde, à prevenção, e ao acompanhamento das mulheres;
- f. Realizar visitas domiciliares às mulheres com resultados alterados, para estimular a adesão ao tratamento e fazer busca ativa das faltosas.

Atribuições do médico

- a. Atender as usuárias de maneira integral;
- b. Realizar a consulta e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária;
- c. Alimentar a base de dados oficial do MS – SISCAN;
- d. Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero, bem como solicitar os exames adicionais;
- e. Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero;

f. Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como Doença Sexualmente Transmissível (DST), na oportunidade do rastreamento;

g. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;

h. Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad;

i. Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe;

j. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde.

Atribuições do enfermeiro

a. Atender as usuárias de maneira integral;

b. Realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária;

c. Alimentar a base de dados oficial do MS – SISCAN;

d. Solicitar exames de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local;

e. Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero;

f. Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero;

g. Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como DSTs, na oportunidade do rastreamento, de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local;

h. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;

i. Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad;

j. Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe;

- k. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde.

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem

- a. Atender as usuárias de maneira integral;
- b. Realizar coleta de exame citopatológico, observadas as disposições legais da profissão, ação do técnico de enfermagem;
- c. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- d. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a adequada realização do exame citopatológico;
- e. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Atribuições do cirurgião-dentista

- a. Atender as usuárias de maneira integral;
- b. Realizar avaliação da saúde bucal e procedimentos clínicos das pacientes em tratamento de cânceres do colo do útero e da mama;
- c. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- d. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

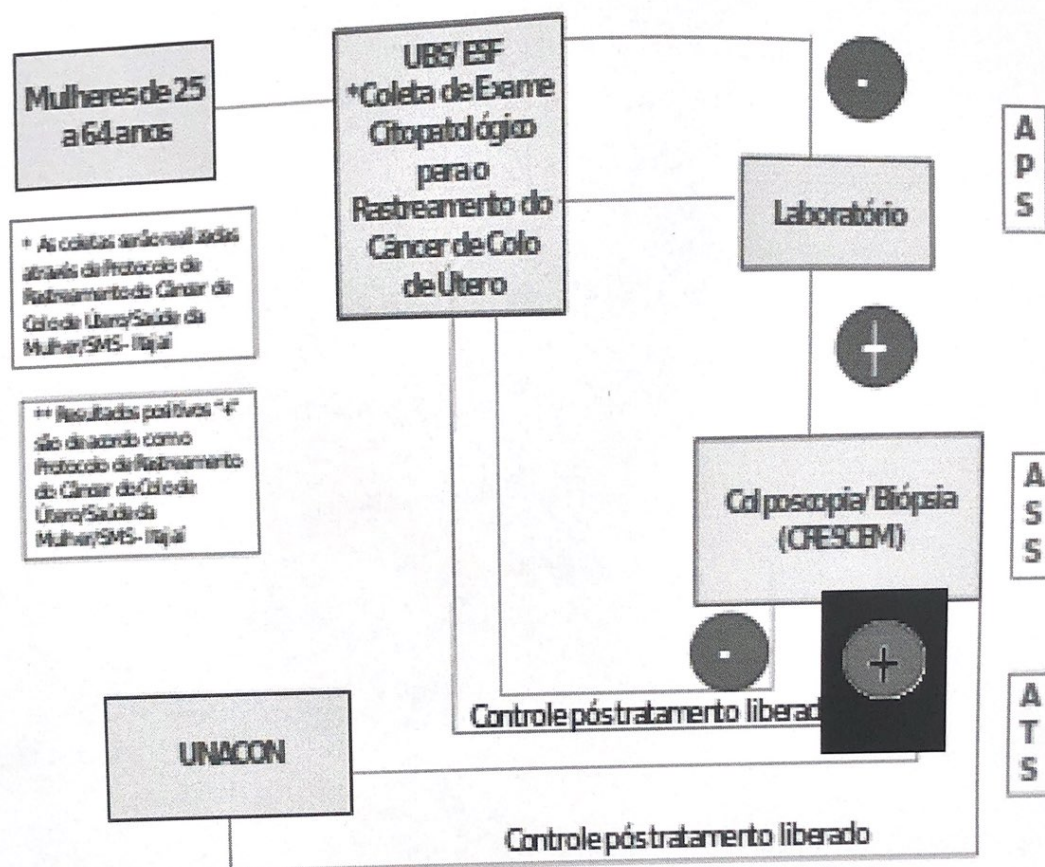
Atribuições do auxiliar/técnico em saúde bucal

- a. Atender as usuárias de maneira integral;
- b. Realizar atenção em saúde bucal e atividades de promoção e prevenção à saúde, de acordo com a legislação específica;
- c. Auxiliar, no desenvolvimento das ações de cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- d. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente;

(MS/CAB13/2013)

APÊNDICE 2

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS MULHERES NO RASTREAMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO



UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

CRESCEM – Centro de Referência da Criança e da Mulher

UNACON - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

APS – Atenção Primária em Saúde

ASS – Atenção Secundária em Saúde

ATS – Atenção Terciária em Saúde