SAÚDE DA MULHER

Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero

CURITIBA

2025

1. Introdução

O câncer de colo do útero, ou câncer cervical, é uma doença tratável e potencialmente curável quando diagnosticado precocemente.

É a **terceira neoplasia mais incidente nas mulheres no Brasil**, vindo após os cânceres de mama e colorretal (não considerando o câncer de pele não melanoma). A estimativa para o triênio 2023-2025, realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), é de 17.010 casos novos no Brasil por ano, sendo 790 no Paraná e 130 em Curitiba.

Dentro dessa magnitude, a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida elabora esta Linha de Cuidado, cuja finalidade é assegurar à mulher o acesso humanizado e integral aos serviços para a prevenção do câncer de colo do útero, o rastreamento das lesões precursoras, o diagnóstico precoce e tratamento adequado, qualificado, em tempo oportuno.

O fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer de colo uterino é a presença do **vírus HPV** (sigla em inglês para Papilomavírus Humano) com seus subtipos oncogênicos, sendo os mais comuns o 16 e 18. Mais de 97% dos tumores de colo uterino contêm DNA do HPV. Outros fatores de risco importantes são o tabagismo e os ligados ao comportamento sexual, tais como início da atividade sexual precoce e parceria múltipla.

A prevenção desse tipo de câncer é realizada, principalmente, através da **vacina contra o vírus do HPV** e o **exame citopatológico do colo do útero**, que permite a detecção das lesões precursoras. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. Portanto, atingir alta cobertura do exame em mulheres sexualmente ativas é um componente importante para que se obtenha significativa redução da incidência e morbimortalidade da doença.

2. Avaliação global

Consiste na realização de anamnese e exame físico específicos e deve ser feita por enfermeiros(as) e médicos(as).

a) Na anamnese deve-se considerar:

- Idade;
- Início da atividade sexual;
- Realização prévia do exame e resultados anormais;

- Data da última menstruação;
- Antecedentes obstétricos e cirurgias pélvicas;
- Presença de gestação confirmada ou suspeita;
- História ou infecção sexualmente transmissível em atividade e/ou diagnóstico prévio de HPV;
- Presença de corrimento vaginal, dispareunia ou sangramento pós-coito;
- Presença de sangramento após a menopausa;
- Tratamento radioterápico prévio;
- Uso de DIU ou outro método contraceptivo.

b) No exame físico:

Deve-se inspecionar os órgãos genitais externos buscando a identificação de lesões. No exame especular observar a cavidade e o conteúdo vaginal, o aspecto do colo, friabilidade, presença de lesão anormal, vegetante ou ulcerada.

Após a avaliação deve-se registrar em prontuário a anamnese e os achados no exame físico.

É importante lembrar que os cuidados com a mulher devem ser feitos de forma integral, sendo oportuno também solicitar a mamografia, quando indicada, oferecer teste rápido de HIV e sífilis, bem como orientar e oferecer métodos contraceptivos para mulheres em idade fértil.

3. Medidas Preventivas do câncer de colo do útero

- Orientar sobre a importância de ter hábitos de vida saudáveis, tais como prática de atividade física, manutenção do peso corporal e alimentação equilibrada;
- Orientar e incentivar o uso de preservativo, bem como fornecê-lo;
- Combate ao tabagismo e uso de álcool e drogas;
- Rastreamento com exame **citopatológico de colo do útero** (conhecido também como exame preventivo ou Papanicolaou);
- Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo e a importância do exame citopatológico do colo de útero na prevenção do câncer;
- Ofertar a **vacinação contra o HPV.**

3.1. Imunização

A vacina HPV quadrivalente está disponível no SUS e deve ser indicada para **meninas e meninos de 9 a 14 anos** (14 anos, 11 meses e 29 dias). A vacina previne

contra as principais complicações do HPV, pois confere proteção contra os tipos 6,11,16 e 18, sendo o esquema vacinal composto de uma dose.

Para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, a faixa etária indicada para imunização é de 9 a 45 anos, sendo o esquema de vacinação composto por três doses (0, 2 e 6 meses).

Em agosto de 2023, o Ministério da Saúde incluiu a vacinação contra o HPV para **vítimas de abuso sexual**, juntamente com o público alvo já estabelecido, com o seguinte esquema:

- Pessoas de 9 a 14 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes, vítimas de violência sexual – esquema de 2 doses conforme Calendário Nacional de Vacinação de rotina. Administrar 2 (duas) doses da vacina com intervalo de 6 (seis) meses entre a primeira e a segunda dose (0 e 6 meses);
- Pessoas de 15 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes, vítimas de violência sexual – esquema de 3 doses, administrar 2 (duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).
- Pessoas de 9 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino nas indicações especiais (vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, imunossuprimidos por doenças e/ou tratamento com drogas imunossupressoras) vítimas de violência sexual - esquema de 3 doses, administrar 2 (duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

Caso o primeiro serviço de atendimento tenha sala de vacina, e a vítima de violência sexual não tenha sido vacinada ou tenha o esquema incompleto com o imunizante HPV, é importante que inicie ou dê continuidade ao seu esquema imediatamente. Porém, caso o serviço não possua, orienta-se encaminhar a vítima de violência sexual à unidade de saúde mais perto de casa a fim de iniciar ou completar o esquema de vacinação da HPV, sinalizando o **CID 10 (T742)**, a fim de que o serviço de Atenção Primária à Saúde identifique a estratégia e consiga fazer o registro da dose de forma adequada. No contexto da saúde indígena, caso o serviço do primeiro atendimento não possua sala de vacina, conforme recomendação acima, as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) deverão se organizar, e ofertar a vacina HPV à vítima de violência, em tempo oportuno, e registrar a dose da vacina no SIPNI, com a indicação do CID 10 (T742).

Ressalta-se que as pessoas previamente vacinadas (esquema completo) não necessitarão de doses suplementares. Aquelas com esquema incompleto deverão receber as doses necessárias para completar seu esquema vacinal.

4. Rastreamento

4.1. População alvo

Todas as mulheres que têm ou já tiveram vida sexual e que estão entre 25 e 64 anos de idade devem fazer o exame preventivo, segundo o INCA (2018).

É importante destacar que a priorização de uma faixa etária não significa a impossibilidade da oferta do exame para as mulheres mais jovens ou mais velhas. Na prática assistencial, a anamnese adequada para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos é fundamental para a indicação do exame de rastreamento (Febrasgo, 2017).

A incidência do câncer de colo do útero em mulheres até 24 anos é baixa. O início mais precoce da idade para o rastreamento representaria um importante aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau que têm grande probabilidade de regressão e resultariam em um número significativo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários (MS, 2013).

Os exames de prevenção do câncer de colo 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.

Não há dados objetivos de que o rastreamento seja útil após os 65 anos, mesmo em países com população de alta longevidade. 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.

Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras de câncer do colo uterino ou a situações especiais, como as imunossuprimidas.

4.2. Periodicidade

A recomendação atual do INCA e do Ministério da Saúde é de que o exame preventivo seja realizado a cada 3 anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.

Outras recomendações, para situações especiais, estão detalhadas abaixo.

4.3. Recomendações em situações especiais

a) **Gestantes:** seguir as orientações de idade e periodicidade como as demais mulheres. No colo do útero das grávidas ocorre uma eversão fisiológica, ficando a junção escamocolunar exteriorizada na maioria dos casos, dispensando a coleta endocervical por esse motivo. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura durante a gravidez. Para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame. (MS, 2016).

b) **Climatério:** devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Ressecamento vaginal ou colpite atrófica são achados comuns nessa fase, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia. A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos. Se necessário, proceder à **estrogenização** previamente à realização da coleta, conforme a recomendação a seguir:
    - 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 histórico 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 (MS, 2016).

    Obs.: Orientar a usuária que retorne para reavaliação caso ocorra sangramento vaginal, inchaço e aumento da sensibilidade das mamas ou outros sintomas relacionados ao uso do medicamento.

c) **Histerectomizadas**:
    - Se histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve-se seguir a rotina habitual de rastreamento;
    - Se histerectomia total por patologia benigna, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, desde que apresentem exames anteriores normais, não está indicado mais o rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível;
    - Em casos de histerectomia por lesão precursora ou tratamento de câncer de colo do útero, bem como diagnóstico exibido em peça cirúrgica, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada, realizando a coleta de material de fundo de saco posterior e cúpula vaginal, a fim de avaliar a recorrência da doença. Seguir o protocolo de controle conforme o caso:

- ✓ Mulheres com histórico de tratamento prévio de NIC II/III com margens livres deverão ser submetidas a exame citopatológico em seis e doze meses após a histerectomia. Se ambos os exames forem negativos, o rastreamento citológico deverá ser trienal independentemente da idade.
- ✓ No caso de margens comprometidas ou na ausência dessa informação, o seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos. Após os dois primeiros anos, o seguimento deverá ser feito com a citologia de forma isolada anualmente até cinco anos. Após esse período, assegurada a inexistência de lesão residual, a mulher deverá retornar para o rastreamento citológico trienal, independentemente da idade.
- ✓ Em ambas as situações, a época da interrupção do rastreamento deve ser decidida pelo médico assistente.
- ✓ Se antecedente de câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.
- ✓ Histórico de doença prévia tratada deve ser informado no pedido do exame citopatológico.

d) **Seguimento pós-tratamento de NIC II/III:**
   - o Nos casos em que o exame histopatológico da peça cirúrgica mostrar margens livres de doença ou comprometidas por NIC I, a mulher deverá ser submetida à citologia seis e 12 meses após o procedimento. A colposcopia será realizada a critério do serviço. Após o primeiro ano, o seguimento deverá ser realizado com citologia anual até completar cinco anos do tratamento.
   - o Nos casos em que o exame histopatológico da peça cirúrgica mostrar qualquer uma das margens comprometidas por NIC II/III, o seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos. Após os dois primeiros anos, o seguimento deverá ser feito com a citologia anual até completar cinco anos do tratamento.
   - o Em ambos os casos, após os primeiros cinco anos do tratamento, a mulher deverá retornar para o rastreamento citopatológico trienal.
   - o Histórico de doença prévia tratada deverá ser informada no pedido do exame citopatológico.
   - o Na evidência de lesão residual ou recorrente, a mulher deverá ser conduzida da mesma forma que da lesão inicial.

e) **Imunossuprimidas:** em mulheres infectadas pelo vírus HIV, por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer ou em uso crônico de corticosteroides, 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 ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, efetuar o rastreamento citológico a cada seis meses.

f) **Vaginismo:** consiste na contratura muscular involuntária dos músculos próximos à vagina. Pode impedir a realização do exame, pela dificuldade à introdução do espéculo. Nesses casos recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar

desconforto ou lesionar a mulher. Deve-se apoiá-la, investigar a causa, buscar tranquilizá-la e reagendar uma nova avaliação.

g) **Ectopia e Cistos de Naboth**: a sua detecção não tem significado patológico, não demanda intervenções.

- ✓ Ectopia: no período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente a JEC (Junção Escamo Colunar) situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão.
- ✓ Cistos de Naboth: são estruturas císticas decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais.

h) **Pólipos cervicais**: são projeções da mucosa do canal do colo uterino. São benignos, na maioria dos casos, mas podem ocasionar queixas de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado ou sangramento discreto entre as menstruações. Encaminhar para AVALIAÇÃO GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL / COLPOSCOPIA via telerregulação (ver página 14 para mais orientações).

i) **Pessoas com deficiência**: devem seguir as recomendações preconizadas.

j) **População LGBTI+:** a população LGBTI+ também deve estar atenta aos cuidados preventivos do câncer de colo do útero. Os usuários trans procuram bem menos o serviço de saúde quando comparado ao público heterossexual/cisgênero, muitas vezes pela insegurança na abordagem, manejo e relação pessoal-profissional, bem como pelo desconforto e disforia de gênero, levando assim à baixa adesão ao serviço de saúde. Além disso, muitas mulheres lésbicas possuem a crença de não possuírem risco de adquirir ou transmitir o HPV por não se relacionarem com homens. A recomendação é que lésbicas e transgêneros masculinos que não fizeram histerectomia total devem se manter no rastreamento da mesma forma que as mulheres cisgênero.

5. Orientações sobre a coleta do exame citopatológico

Antes de realizar o exame especular, deve-se orientar a usuária sobre o procedimento, buscando esclarecer suas dúvidas. Realizar a coleta de material citológico seguindo as normas técnicas de coleta. Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento, com cessação espontânea.

Para garantir um resultado satisfatório, a mulher:

- Não deve ter relações sexuais (mesmo com camisinha) nos dois dias anteriores ao exame;

- Deve evitar o uso de duchas, medicamentos vaginais, anticoncepcionais locais, exames intravaginais, lubrificantes, espermicidas ou pomadas nas 48 horas anteriores à realização do exame;

- Não deve estar menstruada. Idealmente, a coleta da amostra deve ser pelo menos cinco dias após o término da menstruação.

Na presença de **secreção vaginal anormal, IST ou lesões no colo** deve-se realizar o tratamento ou encaminhamento quando necessário. Em usuárias com maior vulnerabilidade ou na possibilidade de perda de seguimento não se deve perder a oportunidade de realizar o exame, mesmo em condições não ideais de coleta.

Mesmo as mulheres vacinadas contra o HPV, quando alcançarem a idade preconizada, deverão fazer o exame preventivo, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV.

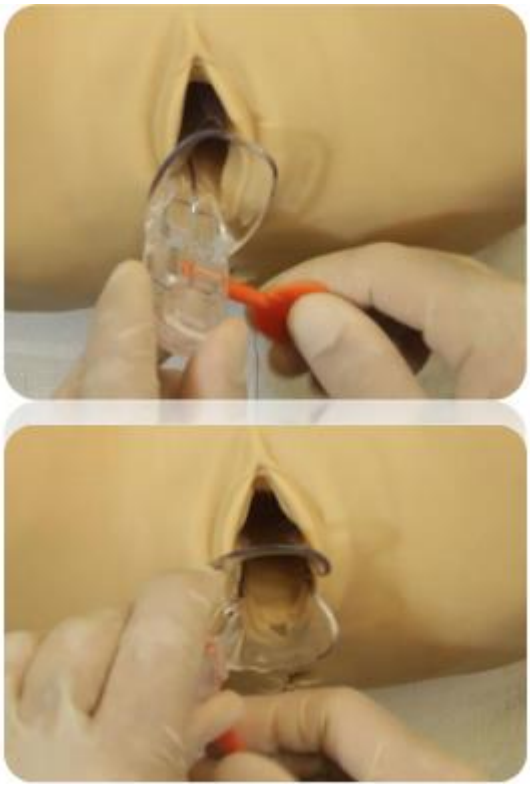
Ao final, passar a orientação sobre a importância de buscar o resultado do exame.

5.1 Instrução técnica para a coleta

- Identificar a lâmina na borda fosca com as iniciais do nome completo da usuária e o número ou o nome da Unidade de Saúde;
- Com a paciente em posição ginecológica, examinar a vulva e região perineal em busca de lesões macroscópicas, como úlceras, pintas, áreas vermelhas e verrugas

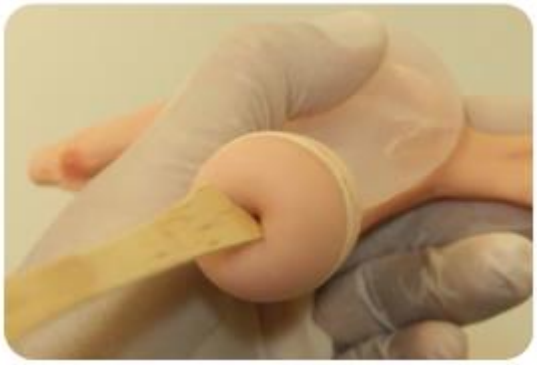
Fonte das imagens: Adaptado de Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fiocruz, MS.

- Introduzir o espéculo delicadamente na posição longitudinal ou levemente oblíqua em relação à fenda vulvar (para proteger a uretra) e gire-o até ficar na posição transversa. Para mulheres jovens, nulíparas ou após a menopausa utilizar o espéculo tamanho 1, que gera menos desconforto.



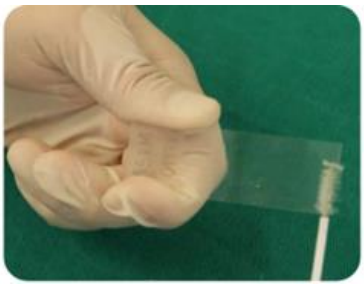
- Quando perceber maior relaxamento, termine de abrir o espéculo e localize o colo.

- 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, apoiando-a firmemente, 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, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo;



- Reservar a espátula para colocação do material na lâmina apenas após a coleta endocervical;
- Para coleta na endocérvice: utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazendo um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical;

- Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada 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, previamente identificada. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;



- Aplicar imediatamente o fixador *spray* a uma distância de aproximadamente 20 cm da lâmina. Não aproximar muito o tubo de *spray*, pois a força do jato pode prejudicar o esfregaço;
- Tracionar delicadamente o espéculo e proceder ao seu fechamento. Retire o espéculo somente quando este estiver completamente fechado.

- Nas pacientes histerectomizadas, fazer o esfregaço no fundo de saco e cúpula vaginal com o lado arredondado da espátula de Ayre.

O **material** junto com o pedido do exame deve ficar condicionado em lugar fresco e seguro, para que seja periodicamente encaminhado ao laboratório especializado (não é necessária refrigeração).
O **pedido** deve ser preenchido com atenção e fidelidade, pois fornece informações importantes ao citopatologista acerca das condições da mulher, corroborando na interpretação dos achados.

"A técnica de coleta adequada e no momento e condições oportunas garante um espécime de melhor qualidade e fornece resultados mais confiáveis." (INCA, 2016)

5.2 Adequabilidade da amostra (INCA, 2016)

a) Amostra satisfatória para avaliação: amostra que apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica. A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.
Obs.: Esfregaços normais somente com células escamosas em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos. Para garantir a boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula de Ayre.

b) Amostra insatisfatória para avaliação: considerada quando a leitura da amostra for prejudicada por material acelular ou hipocelular, pela presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular.
Obs.: O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção do problema que motivou o resultado insatisfatório.

6. Resultados e condutas

6.1 Resultado de exame normal

O exame citopatológico **negativo para malignidade** é aquele que exclui a presença de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas. Diante desse resultado deve-se seguir a rotina de rastreamento.

A **recomendação do Ministério da Saúde** é que os dois primeiros exames sejam feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, que o exame seja realizado 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 devem ser interrompidos quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos, excluindo história de lesões pré-malignas anteriores.

6.2 Resultado de exame alterado

Resultado	Conduta
Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC- US)	<u>Repetir o exame em 6 meses após afastar e tratar vulvovaginites e atrofias.</u> ✓ Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, com 6 meses de intervalo, retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. ✓ Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for igual ou positiva, encaminhar para **AVALIAÇÃO GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL / COLPOSCOPIA** via telerregulação
Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado, não afasta alto grau (ASC-H)	Encaminhar para **AVALIAÇÃO GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL / COLPOSCOPIA** via telerregulação
Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida	Encaminhar para **AVALIAÇÃO GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL / COLPOSCOPIA** via telerregulação
Lesão intraepitelial de Baixo Grau- LSIL	Encaminhar para **AVALIAÇÃO GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL / COLPOSCOPIA** via telerregulação
Lesão intraepitelial de Alto Grau - HSIL	Encaminhar para **AVALIAÇÃO GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL / COLPOSCOPIA via** telerregulação
Lesão intraepitelial de Alto Grau, não podendo excluir microinvasão, carcinoma escamoso invasor, adenocarcinoma in situ ou invasor e/ou outras neoplasias	Encaminhar para o serviço de **CANCEROLOGIA**

AVALIAÇÃO GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL / COLPOSCOPIA

A telerregulação (teleconsultoria) é um instrumento de qualificação dos encaminhamentos para direcionar a paciente para o serviço mais assertivo. A solicitação será avaliada por um médico que fará inserção da paciente na fila de espera mais adequada, priorizando os casos que cumprem os critérios estabelecidos no protocolo da SMS.

A telerregulação AVALIAÇÃO GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL / COLPOSCOPIA está disponível no e-saúde para uso de Enfermeiros(as) e Médicos(as).

Quando encaminhar:

• Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US): repetir o exame em 6 meses após afastar e tratar vulvovaginites e atrofias. Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for igual ou positiva, encaminhar para avaliação da Colposcopia;

• Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado, não afasta alto grau (ASC-H);

• Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida;

• Lesão intraepitelial de Baixo Grau – LSIL;

• Lesão intraepitelial de Alto Grau – HSIL (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III);

• Controle e seguimento pós tratamento de lesões pré-invasivas e invasivas em colo, vagina e vulva;

• Lesões suspeitas a esclarecer no exame físico (vulva, vagina e colo): como tumores, vascularizadas, sangrantes, vegetações ou úlceras (descartadas IST's);

• Pólipos cervicais;

• Suspeita de dermatoses vulvares (líquens) ou vitiligo;

• Lesões condilomatosas (HPV) que não possam ser tratadas na UBS;

• Leucoplasias cervicais;

• Cistos vulvares;

• Prurido vulvar crônico.

Atenção para diagnósticos diferenciais etiológicos de prurido vulvar a serem descartados: vulvovaginites (cândida e tricomoníase), herpes, HPV, verminose, piolhos e escabiose, irritação por uso de sabonetes, talcos, perfumes, sabão de roupas, roupa sintética e justa, uso de medicações tópicas, lesões traumáticas, nevralgia periférica e afecções medulares.

Requisitos e orientações de encaminhamento:

• Anamnese detalhando o histórico de exames anteriores alterados, tratamentos prévios clínicos e/ou cirúrgicos (se houver);

• Descrição de exame ginecológico com as alterações encontradas (se houver);

• Resultado do exame com data;

• Tratamentos em uso (se houver)

Os critérios de priorização incluem gestantes, lesões macroscópicas ou outros sinais de gravidade e risco de agravamento, de acordo com a análise do telerregulador.

6.3 Outros achados

- Metaplasia escamosa imatura, reparação, inflamação sem indicação de agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas): seguir rotina de rastreamento citológico.
- Achado microbiológico de *Lactobacillus sp.:* componente de flora vaginal habitual. Seguir rotina de rastreamento citológico.
- Achados microbiológicos de Cocos, Bacilos Supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus), *Candida sp*, Atrofia com inflamação: tratar na presença de sintomas ou corrimento vaginal e seguir rotina de rastreamento citológico.
- Achados microbiológicos de *Chlamydia sp*, Gonococo, *Trichomonas vaginalis*: mesmo que sintomatologia ausente seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias para outras IST's e orientações. Seguir rotina de rastreamento citológico.
- Achado microbiológico de *Actinomyces sp*: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU. A conduta é expectante no caso de mulheres sem sinais de doença inflamatória pélvica: não se trata e não se retira o DIU, pois em mulheres assintomáticas o achado representa colonização. Seguir a rotina de rastreamento citológico.
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital. Seguir rotina de rastreamento citológico.

7. Seguimento

A usuária deve ser orientada a retornar à Unidade de Saúde com o laudo do exame para avaliação. É importante também solicitar que a mesma traga o laudo de exames anteriores, caso tenha, para eventual comparação. O resultado deve ser registrado no

SADT, com data. O exame deve ser interpretado e a conduta deve ser comunicada a mulher esclarecendo suas dúvidas.

O **Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)** é um banco de dados do Ministério da Saúde onde são registrados todos os exames realizados no SUS com vistas à detecção precoce do câncer de mama e colo do útero. Através dessa ferramenta é possível o monitoramento permanente das usuárias, acompanhando os casos alterados ou suspeitos, melhorando a eficácia do rastreamento e assegurando o acompanhamento dos casos confirmados na continuidade do tratamento.

O recomendado é que os profissionais de saúde com acesso ao SISCAN (enfermeiros) organizem seu processo de trabalho de forma que pesquisem semanalmente os resultados alterados, tabulem os dados e verifiquem se a usuária já retornou para a avaliação e se foi encaminhada para o ambulatório especializado (colposcopia ou cancerologia). Em caso negativo deve ser feita busca ativa da usuária para a conduta pertinente. A usuárias com diagnóstico de carcinoma ou lesão de alto grau deve ser acompanhadas de forma permanente, garantindo que estejam realizando o tratamento adequado.

7. Competências:

A Atenção Básica tem importante papel nas ações de prevenção, educação em saúde, rastreamento e monitoramento da população.

- Compete à Unidade de Saúde:

- Aproveitar qualquer contato da mulher com o sistema de saúde para oportunizar e realizar a coleta do citopatológico;
- Recrutar as mulheres da faixa etária de rastreamento prioritário, da sua área de abrangência, para a realização do exame, sensibilizando-as sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de colo do útero;
- Desenvolver e participar de atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade nas questões relativas à saúde da mulher;
- Atender as usuárias de maneira integral, resolutiva, ética, humanizada e acolhedora, prestando atenção contínua às necessidades de saúde da mulher, viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde;
- Manter o monitoramento da mulher com resultado do exame citopatológico alterado.

- Compete aos Enfermeiros e Médicos:

- Seguir as recomendações técnicas preconizadas para a coleta do exame citopatológico;
- Examinar e avaliar os sinais e sintomas relacionados ao câncer de colo do útero;
- Monitorar os resultados dos exames e proceder conforme o fluxo estabelecido;
- Realizar encaminhamentos, monitorar o seguimento e a adesão ao tratamento;
- Na detecção de exames alterados, de outras doenças ou IST's, seguir as recomendações vigentes na condução de cada agravo.

Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2022.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero.** São Paulo, 2017.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO **Rastreamento para o câncer uterino: o que há de novo?** 12 de julho de 2017.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Como prevenir o câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/como-prevenir-o-cancer>. Acesso em: 14 janeiro. 2019.

Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Câncer do colo do útero.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 14 janeiro. 2019.

Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, 2013.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, 2019

Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa. **Saúde das Mulheres**. Protocolos da Atenção Básica. Brasília, DF, 2016.

Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF, 2022.

Fundação Osvaldo Cruz, Fiocruz**,** MS, **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente,** disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/coleta-e-indicacoes-para-o-exame-citopatologico-do-colo-uterino/