

PROTOCOLO DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO E ACESSO AO AMBULATÓRIO DE COLPOSCOPIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2022
Versão II



**Prefeitura
de Jundiaí**



Organização

Núcleo de Regulação da Saúde

Unidade de Gestão de Promoção da Saúde



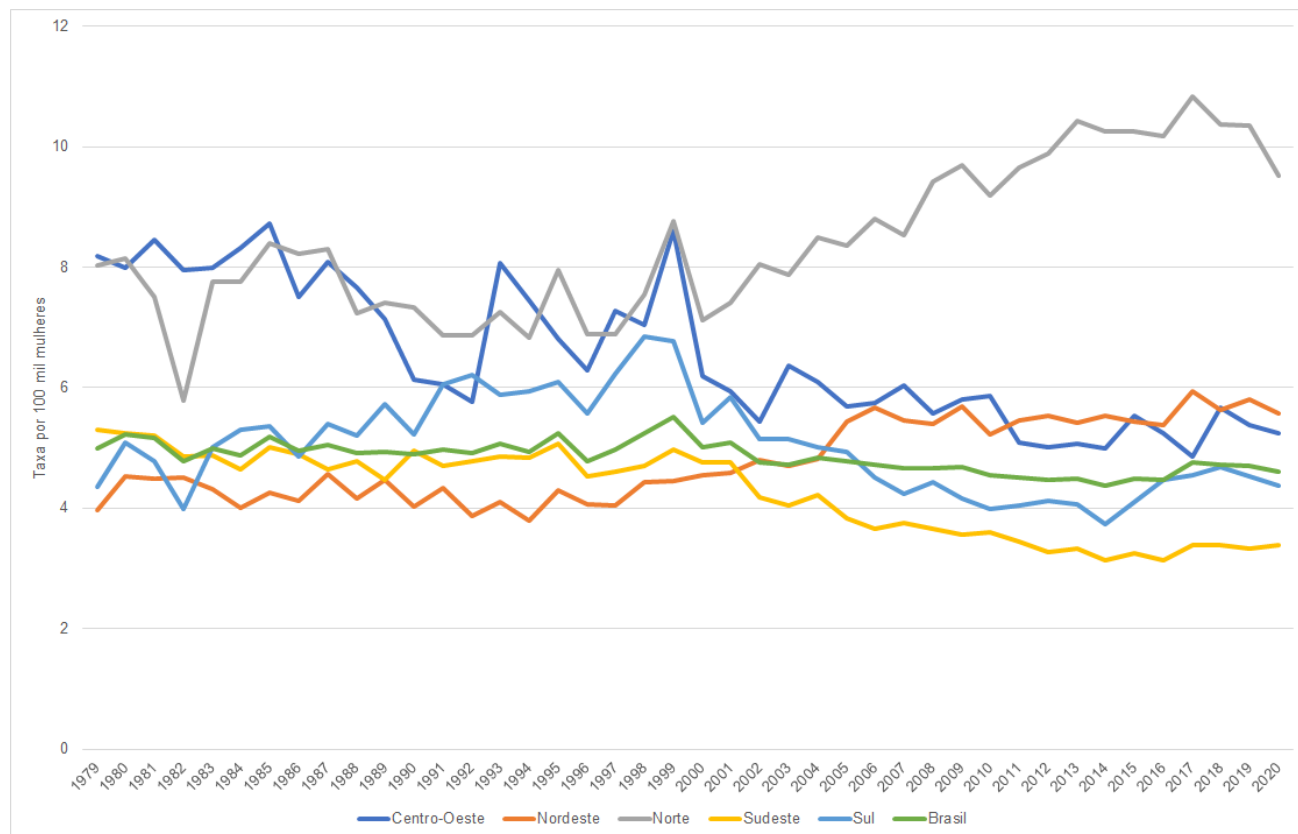
Prevenção de câncer de colo uterino

No Brasil, o câncer de colo é o terceiro tipo mais comum entre as mulheres segundo INCA, 2021. Em Jundiá, numa série histórica (2015 a 2021) tivemos 40 óbitos por câncer de colo uterino, o que corresponde a cerca de 1,80% dos óbitos em mulheres.

Tabela 1 - Estimativas de taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil mulheres e do número de casos novos de câncer de colo do útero, INCA.

Regiões / Unidades da Federação	Nº de casos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Brasil	16.710	16,35	15,38
Região Sudeste	5.400	12,00	8,61
São Paulo	2.250	9,61	5,93

Tabela 2 - Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada por idade pela população mundial. Brasil e regiões, 1980 a 2020





As principais estratégias para prevenção do câncer de colo uterino são: diminuição do contágio do HPV (Papilomavírus humano), campanhas antitabagistas e o rastreio organizado através da coleta de citopatológico (Papanicolaou).

A diminuição do contágio do HPV pode se dar através da vacinação e do uso do preservativo nas relações sexuais.

A vacina contra o HPV é preconizada pelo Ministério da Saúde para meninas e meninos na faixa etária de 9 a 14 anos. Ela é quadrivalente e protege para os 4 subtipos mais prevalentes (6,11, 16 e 18), sendo o 16 e 18 responsáveis por até 70% dos casos de câncer de colo.

Essa faixa etária é a elegível pela alta imunogenicidade e na intenção de não ter ocorrido contato prévio ao vírus, isto é, anterior ao início da atividade sexual. Entretanto, em imunossuprimidos a indicação vai até 45 anos.

Meta: vacinar pelo menos 80% da população-alvo para alcançar o objetivo de reduzir a incidência deste câncer nas próximas décadas no país.

Quanto ao rastreio, atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer de colo uterino já que com exceção do câncer de pele, esse é o tumor com maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

A baixa cobertura ocorre geralmente pela 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 as singularidades. Por esse motivo, o Município de Jundiá optou por protocolo integrando enfermagem, médicos de estratégia da família e ginecologistas para a ampliação da disponibilidade da coleta de exame citopatológico e exame físico cuidadoso.

O ministério da saúde preconiza a coleta de exame citopatológico entre 25 e 65 anos a cada 3 anos, a partir de dois resultados consecutivos com amostras satisfatórias e negativas. O espaçamento da coleta do exame não desobriga as avaliações



rotineiras das mulheres com exame ginecológico, principalmente se houver qualquer queixa ginecológica, como por exemplo, sangramento.

A Atenção básica tem importante papel na **ampliação do rastreamento** e monitoramento na população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença. 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.

É atribuição da Atenção Básica prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado de exame citopatológico de colo do útero alterado.

Situações especiais:

- Sem história de atividade sexual: não há indicação de rastreamento;
- Gestantes: devem seguir as mesmas recomendações com observação para opção de não fazer com escovinha já que os fenômenos fisiológicos gestacionais levam a exteriorização da junção escamocolunar (JEC);
- Climatério e pós-menopausa: realizar estrogenização* quando ocorrer atrofia (ressecamento vaginal/ colpíte atrófica) que possa prejudicar diagnóstico adequado;
- Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico ou que não se tem registro desses exames, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (nível B de evidência).

***Estrogenização:** Utilizar creme de estriol 0.1% via vaginal em dias alternados de 1 a 3 meses antes de coleta ou usar por 21 dias consecutivos antes da coleta, mas sempre suspender 48h antes do procedimento de coleta. Atenção às mulheres com contraindicação ao uso.

- Histerectomizadas: Após histerectomias totais realizadas devido a patologia não ligada ao HPV, a mulher fica dispensada do rastreamento; após as histerectomias



subtotais ou parciais a mulher permanece no programa de rastreamento conforme a faixa etária;

- **Imunossuprimidas:** São aquelas infectadas por HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamento de câncer e em uso crônico de corticosteróides. Nestes casos, 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. E nas mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ deve-se manter as coletas a cada seis meses com cuidadoso exame de vulva e vagina.
- Homens transexuais devem ser examinados e entrar no rastreio para câncer de colo uterino quando referem relação sexual (pênis-vagina ou “toys”) prévia com os seguintes cuidados:
 - Não realizar o exame sem a permissão do paciente;
 - O exame especular pode exacerbar a disforia, assim utilizar o menor espéculo possível, oferecer a autocolocação se necessário e evitar a posição de litotomia;
 - Atenção para atrofia e amostra insatisfatória devido ao uso de testosterona, então realizar estrogenização tópica prévia a coleta, se necessário.
- O vaginismo é uma contração involuntária dos músculos próximos à vagina podendo limitar a introdução do espéculo para a coleta do exame. Nestes casos, recomenda-se apoiar, buscar tranquilizar a paciente e reagendá-la se necessário, e na identificação de doença orgânica procurar tratar e solicitar apoio psicológico se necessário.

Como realizar o exame?

Atividade: Realização de prevenção de câncer de colo uterino
Executante: enfermeiros, médicos de estratégia da saúde da família e ginecologistas
Resultados esperados: Realizar coleta citológica adequada; Identificar sinais/sintomas de doenças sexualmente transmissíveis, moléstias inflamatórias agudas e Câncer de colo uterino.
Materiais necessários: Sala de preferência com banheiro; Mesa ginecológica de preferência, mas sua ausência não inviabiliza o exame e coleta (https://www.google.com/url?q=https://www.bmj.com/content/bmj/333/7560/171.full.pdf&



[sa=D&source=docs&ust=1670249634740384&usg=AOvVaw2GW2eKHXJvMkYL5BnCmwDs](#)); Escada de dois degraus; Mesa auxiliar; Foco de luz com cabo flexível; Biombo; Cestos de lixo (contaminado, comum); Espéculos de tamanhos variados (descartáveis ou metálicos); Balde com solução desincrostante (para espéculos metálicos); Lâmina de vidro com extremidade fosca; Espátula de Ayres; Escova endocervical; Luvas de procedimentos; Pinça de cheron; Solução fixadora (álcool a 96%); Frasco porta lâmina; Formulário de requisição de exame citopatológico; Lápis grafite preto; Avental descartável; Lençóis descartáveis ou forro de papel.

Principais atividades:

- Lavar as mãos antes e após o atendimento;
- Receber a cliente cordialmente;
- Perguntar se atende às exigências para a realização do exame;
- Realizar o preenchimento do formulário de exame citopatológico;
- Solicitar que a pessoa (mulher cis, homem trans e pessoa não binária com vagina) troque de roupa, em local reservado, se vista com o avental descartável se possível e esvazie a bexiga;
- Explicar sobre o exame que será realizado;
- Colocar a pessoa em posição ginecológica de litotomia ou pernas semifletidas na maca;
- Posicionar foco de luz;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer inspeção visual de região vulvar e perianal;
- Avisar a mulher que irá introduzir o espéculo;
- Introduzir o espéculo e observar as características das paredes vaginais;
- Realizar limpeza de secreção que possa estar presente no colo uterino com uma gaze ou algodão fixado em pinça e uso individual (oportunizar a realização do teste das aminas/KOH);
- Realizar coleta da ectocérvice com a espátula de ayres (do lado que apresenta reentrância), encaixando a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem da mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360° em torno de todo orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada;



- Estender o material da ectocérvice de maneira uniforme, dispondo-o no sentido transversal, próximo da região fosca;
- Realizar coleta da endocérvice introduzindo a escova e fazendo movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical;
- Colocar o material retirado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;
- Passar o fixador de lâmina numa distância de 10 cm e reservar num recipiente próprio;
- Fechar o espéculo cuidadosamente, evitar beliscar as paredes vaginais e retirá-lo delicadamente;
- Desprezar o material contaminado no lixo com saco branco;
- Retirar as luvas;
- Auxiliar a pessoa a descer da mesa;
- Solicitar que troque de roupa;
- Esclarecer sobre o que foi visualizado no exame;
- Prescrever tratamento se corrimento e/ou sinais de ISTs (utilizar teste rápido se necessário);
- Realizar convocação de parceiro se necessário;
- Enfatizar a importância do retorno para o resultado do exame e encaminhá-la para agendamento (se rotina da unidade).

Cuidados:

- Atentar para o cumprimento dos requisitos do exame pela pessoa;
- Em mulheres grávidas o exame pode ser feito em qualquer período da gestação, a coleta deve ser feita com espátula de Ayres e não há necessidade de usar escova endocervical;
- Em mulheres com histerectomia total recomenda-se a coleta do esfregaço de fundo de saco vaginal apenas se houver história prévia de HPV ou se a indicação for câncer de colo uterino e histerectomia subtotal, rotina normal.

Ações em caso de não conformidade:

- Orientar a pessoa a retornar em outro momento caso não esteja em condições de realizar o exame naquele dia.

Cuidados quanto a coleta:



Nos casos de diagnóstico de tricomoníase, cervicite ou outra secreção anormal durante exame físico, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses.

Idealmente, a coleta da amostra deve ser realizada pelo menos cinco dias após o término da menstruação.

Não utilizar lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais antes da coleta, ou ter relações sexuais nas 48 horas anteriores ao exame.

Mesmo em condições não ideais é importante a avaliação da oportunidade da coleta em casos de vulnerabilidade ou naquelas que possivelmente não retornaram à consulta.

Na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas) a paciente deve ser encaminhada diretamente a colposcopia, pois nos casos em que houver necrose tecidual, pode não haver identificação de células neoplásicas.

Achados normais no exame físico:

No período reprodutivo da mulher, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando uma situação fisiológica que é a **ectopia ou eversão**.

Os **cistos de Naboth** caracterizam uma zona de transformação normal.

A **zona de transformação congênita** é uma área de epitélio metaplásico provavelmente formado durante a vida intrauterina ou infância. É constituída por um epitélio não glicogenado, que apresenta uma maturação incompleta e dessa forma não cora ao teste de iodo podendo se estender a todo colo uterino e parede vaginal.

Ainda podemos encontrar pontos enegrecidos ou arroxeados no colo podendo representar pequenos **focos de endometriose**.

Nesses casos, não há indicação de encaminhamento para colposcopia a não ser que o resultado da CO venha alterado.



Sobre os **pólipos**, são benignos em sua maioria e assintomáticos. A paciente com pólipos deve ser encaminhada para o especialista para exérese, mas caso tenha pinça adequada tipo Allis, poderá retirá-lo na própria unidade básica.

Nesses casos, encaminhar para colpo apenas após resultado de CO.

Adequabilidade da amostra:

Situação	O que fazer
Amostra insatisfatória	Repetir o exame em 2 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória	Devem estar presentes: células escamosas; glandulares e/ou metaplásicas.
Esfregaços normais somente com células escamosas	A coleta deve ser repetida em 1 ano e realizar antes da coleta o tratamento da possível causa da coleta insatisfatória (corrimento/atrofia)

Achados normais no exame citopatológico :

- Negativo para malignidade ou neoplasias intraepiteliais;
- Metaplasia escamosa imatura;
- Reparação;
- Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas);
- Achados microbiológicos:
 - Lactobacillus sp;
 - Cocos;
 - Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de gardnerella);
 - Candida sp.



- Atrofia com inflamação;
- Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou na pós-menopausa.

Legendas:

ASC US	Células escamosas de significado indeterminado
ASC-H	Células escamosas atípicas, não se pode descartar uma lesão de alto grau
LIEBG ou LSIL	Lesão intraepitelial de baixo grau
LIEAG ou HSIL	Lesão intraepitelial de alto grau
AGC	Células glandulares atípicas

Recomendações diante de achados ANORMAIS:

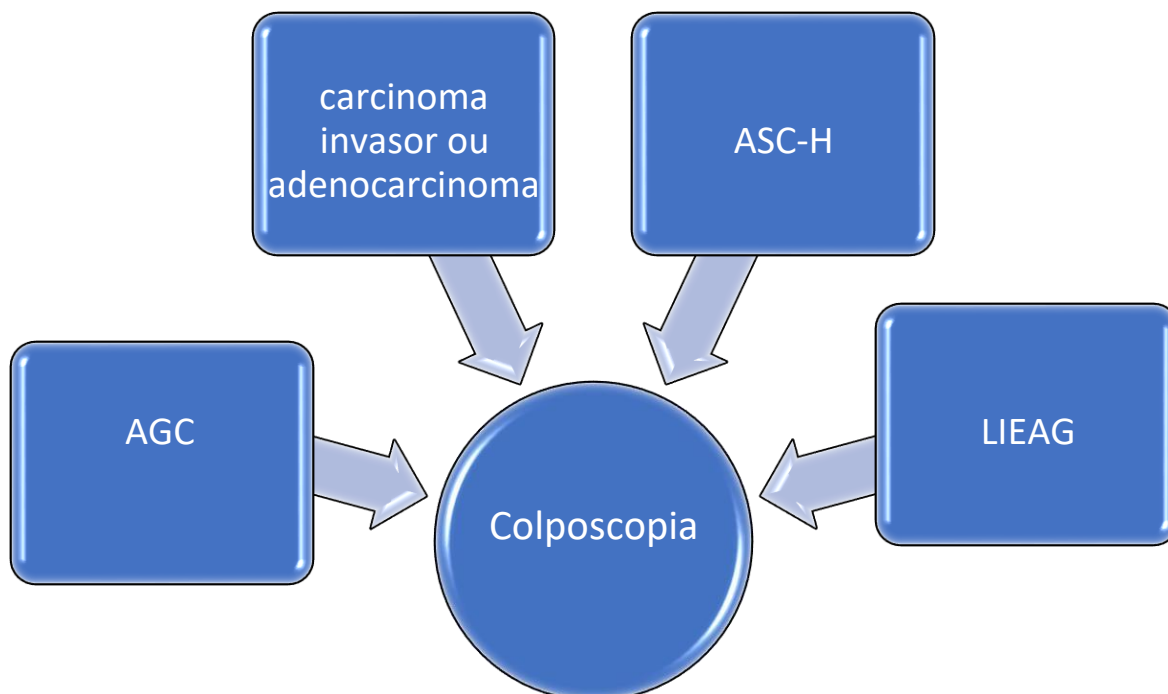


Figura 1: Alterações citológicas indicativas de colposcopia imediata.

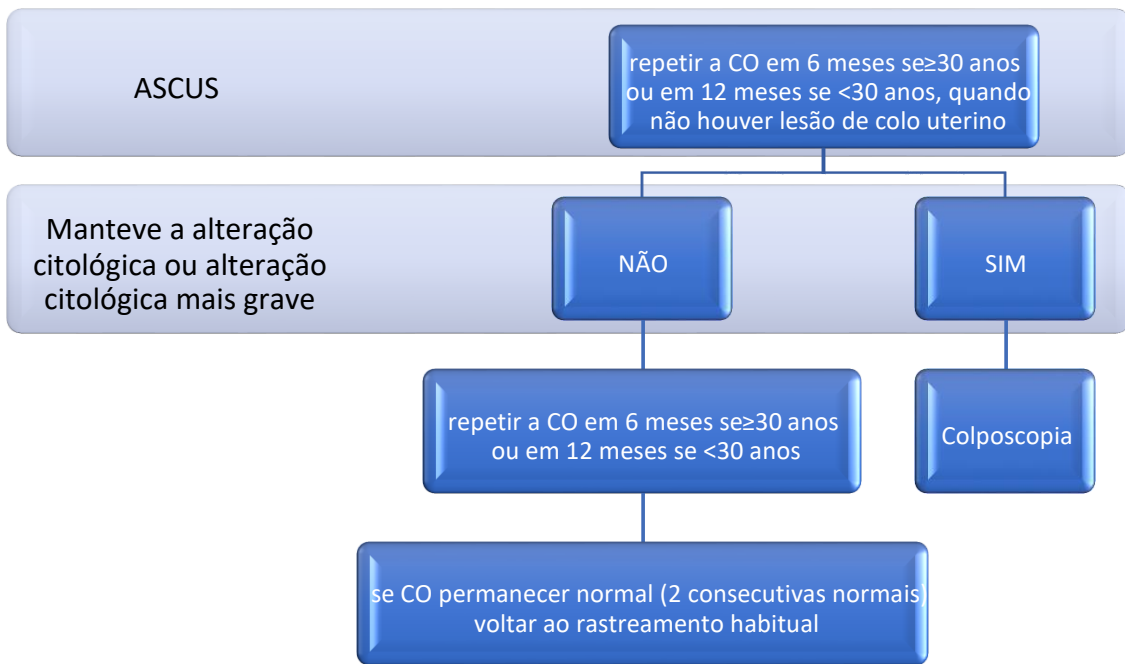


Figura 2: Fluxograma de atendimento às alterações citológicas ASCUS

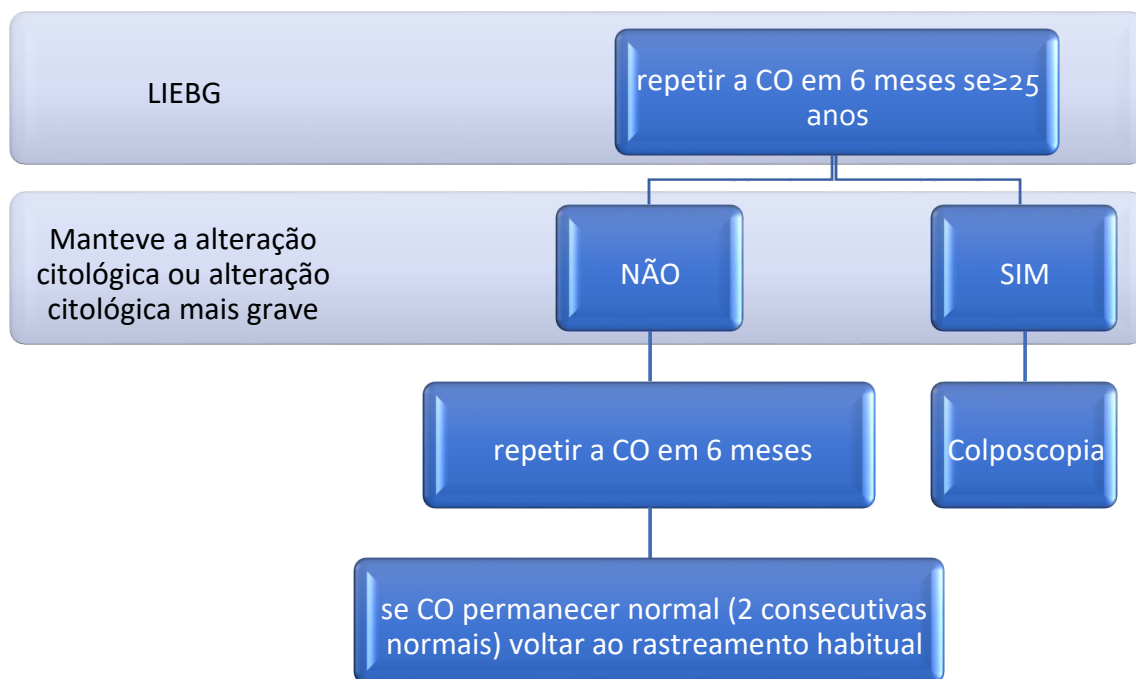


Figura 3: Fluxograma de atendimento às alterações citológicas LIBG

Quadro 1- Resumo das recomendações

Diagnóstico citopatológico	Faixa etária	Conduta inicial
ASCUS	< 25 anos	Repetir em 3 anos
	25 – 29 anos	Repetir em 12 meses
	>29 anos	Repetir em 6 meses
ASC-H		Encaminhar para colposcopia
AGC		Encaminhar para colposcopia
LSIL	< 25 anos	Repetir em 3 anos
	> 25 anos	Repetir em 6 meses
HSIL / HSIL não exclui micro		Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso/ adeno		Encaminhar para colposcopia



Obs. Abaixo de 25 anos não há indicação de coleta de CO, mas se realizada, repetir em 3 anos ou a partir de 25 anos, nos casos descritos na tabela.

O diagnóstico de ASCUS pode estar associado a processos infecciosos e alteração de trofismo do colo uterino, portanto a segunda coleta do CO deverá ser precedida de tratamento se necessário.

A LIEBG é altamente prevalente e com potencial de regressão frequente, especialmente em mulheres com menos de 30 anos e como o ASCUS pode estar também associada a processos infecciosos e alteração de trofismo.

Legenda:

ASC US	Células escamosas de significado indeterminado
ASC-H	Células escamosas atípicas, não se pode descartar uma lesão de alto grau
LIEBG ou LSIL	Lesão intraepitelial de baixo grau
LIEAG ou HSIL	Lesão intraepitelial de alto grau
AGC	Células glandulares atípicas

Em resumo:

Encaminhar para a colposcopia via SIIM ou e-mail segundo prioridade (nir_asmulher@jundiai.sp.gov.br). Em casos de dúvidas, entrar em contato para possíveis esclarecimentos.

Quem pode encaminhar:

- 1) Ginecologista após avaliação de CO alterado ou lesão altamente suspeita em exame físico;
- 2) Médico de família após avaliação de CO alterado e se lesão suspeita, após discutir com ginecologista de referência (NASF ou apoio técnico ou especialista do ASM);
- 3) Enfermeiro após avaliação de CO alterado (**LESÃO DE ALTO GRAU- NIC II/III, ASC-H ou AGC**), **sempre por e-mail**.

SEMPRE com resultado de citologia (com exceção de lesão altamente suspeita):

- Pólipos;
- Condilomas (Anexo 1);
- Prurido vulvar crônico;
- Lesão suspeita visível (máculas- ectopias cervicais **não são** lesões suspeitas, dessa forma **NÃO** devem ser encaminhadas);
- Alterações no CO: LIEAG, ASC-H, AGC e na persistência de LIEBG e ASCUS após tratadas alterações, repetido CO e mantendo resultado alterado.



As cauterizações de lesões de HPV poderão ser realizadas na atenção primária de acordo com as orientações do anexo 1. A solicitação de ATA 80% poderá ser realizada junto com o pedido mensal.

Lesões extensas ou persistência após 5 sessões com intervalo semanal, deverão ser encaminhadas para a especialidade.

Após tratamento, encaminhar p3 para avaliação de colposcopia.

Código de procedimento: 030308001-9

CID A630

Avaliação quanto a classificação de prioridade
P1: AGC, LIEAG, ASC-H, lesões suspeitas em exame especular ou lesões suspeitas vulvares. Condilomas após falha de tratamento otimizado ou lesões extensas (principalmente em gestantes)
P2: LIEBG e ASCUS persistentes, prurido vulvar crônico.
P3: Pólipos, lesões vulvares hipocrômicas ou hiperocrômicas.

Obs. Úlceras vulvares devem ser encaminhadas se descartar IST e forem persistentes (sempre por e-mail para discussão prévia).

Como se dá o acompanhamento no ambulatório da Saúde da Mulher:

A paciente dá entrada no serviço se atender aos critérios de acordo com o pactuado e será submetida a exame de colposcopia.

A equipe de patologia cervical (colposcopia) realiza cerca de 40 horas/semanais de atendimento ambulatorial e 5 horas de cirurgia semanal (Cirurgia de alta frequência- CAF ou conização clássica), realizando cerca de 16 cirurgias/mês nas seguintes indicações principais:

- NIC 1 persistente;
- NIC 2/3;
- ASC-H.

A alta da especialidade ocorre com preenchimento de contra referência para a unidade de origem e orientação sobre o seguimento, após a avaliação da especialidade com colposcopia e biópsia e/ou cirurgia.



ANEXO 1-

Condilomatose

O que é?

Condiloma é uma infecção causada pelo vírus HPV, conhecidos como verrugas genitais, podem ocorrer em vulva, vagina, colo uterino, períneo e região anal.

Cumpre considerar, ainda, que a presença de verrugas genitais atua como "marcador" de IST, pois estima-se que 20% das pessoas com verrugas anogenitais tenham uma IST simultânea, incluindo clamídia, infecção pelo HIV e sífilis. Por conseguinte, o rastreamento de outras IST deve ser orientado. A infecção pela clamídia, quando associada ao HPV, além de dificultar o tratamento dos condilomas, facilita a progressão das lesões. Deve-se investigar e eliminar, sempre que possível, fatores imunossupressores como hábito de tabagismo, controle inadequado do diabetes mellitus e outras enfermidades, além de rastrear lesões precursoras do câncer e atualizar o exame de Papanicolau, quando estiver na faixa etária pertinente. O uso do preservativo, por sua vez, abrevia o processo de eliminação viral, promove maior regressão de lesão e diminui a chance de recidiva dos condilomas. O rastreamento e notificação de parcerias sexuais não é recomendado, mas o exame das parcerias sexuais atuais deve ser considerado, sobretudo com o objetivo de rastrear outras IST.

Sintomas:

Podem causar dor e/ou prurido, mas alguns casos são assintomáticos.

Diagnóstico:

Através da associação de queixa e exame físico.

Como alguns casos são assintomáticos, é importante a inspeção visual da região genital e todo exame físico.

Tratamento:

O objetivo do tratamento é a eliminação das lesões (verrugas). Se não tratadas, as verrugas podem desaparecer, se manter ou aumentar em tamanho ou número.

Tipos de tratamento: Ácido tricloroacético (ATA), crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, imiquimod, interferon, vaporização a laser e retirada cirúrgica. E sua escolha depende da disponibilidade e tamanho da lesão.

Aqui no município temos disponível o ATA 80% e nas lesões mais extensas pode ser optado por eletrocoagulação em centro cirúrgico.

Nas gestantes, as verrugas podem atingir grandes proporções, em virtude das alterações de vascularização, hormônios e imunologia devido às alterações gravídicas. Dessa forma, na identificação da lesão, o tratamento deverá ser priorizado.



O ácido tricloroacético (80% a 90%), por apresentar boas taxas de cura (50%-81%) e não ser absorvido sistemicamente constitui terapia de primeira linha em gestantes com lesões pequenas ou em pouca quantidade.

Este procedimento é de baixa complexidade podendo ser realizado na Atenção primária após orientação da paciente e cuidados com a administração do ATA.

Modo de uso:

O ácido tricloroacético (ATA) é um agente cáustico que destrói as verrugas através da coagulação química de seu conteúdo proteico. As soluções disponíveis são aquosas, muito fluidas, podendo escorrer pelo tecido sadio adjacente à lesão. (BRASIL, 2006).

É aconselhado que o médico aplique a solução de ATA nas verrugas, ainda que o uso domiciliar pelo próprio paciente não seja proscrito.

Primeiramente, deve orientar o paciente sobre o possível desconforto no local da aplicação do ácido. Deve-se certificar que o mesmo será aplicado somente nas verrugas, sem haver contato com a pele ao redor, utilizando um palito sem ponta com algodão aderido à sua extremidade ou haste flexível (cotonete). Poucos minutos após a aplicação, o condiloma muda sua coloração rósea característica, tornando-se esbranquiçado e com aspecto ressequido. A queda da verruga ocorre espontaneamente.

A sessão de cauterização com o ATA pode ser repetida semanalmente enquanto ainda persistirem as verrugas e a resposta inadequada desta terapêutica indica remoção cirúrgica dos condilomas.

Importante - O uso de preservativos deve ser estimulado por ser o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HPV, bem como de outras ISTs. Assim, oportunizar sempre a testagem para ISTs para paciente e parceiro.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil? Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- 2- BRASIL. Ministério da saúde. Controle de Câncer de colo de útero e de mama. Brasília, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, n.13)
- 3- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- 4- BRASIL. Ministério da saúde: Instituto Nacional de câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. Ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/aids, hepatites e outras DST. Brasília, 2006. (Cadernos da Atenção Básica, n.18)
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília, 2010. (Cadernos da Atenção Básica, n. 29)
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica-saúde das mulheres, Brasília, 2016.
- 8- BRASIL. Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero/Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. -2. Ed. Ver. Atual. -Rio de Janeiro: INCA, 2016.