



Ministério
da Saúde

www.saude.gov.br/dab



Cadernos de Atenção Básica Nº 14 - Controle dos Cânceres Do Colo do Útero e da Mama

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

CONTROLE DOS CÂNCERES DO
COLO DO ÚTERO E DA MAMA

CONTROLE DOS
CÂNCERES DO
COLO DO ÚTERO
E DA MAMA

CONTROLE DOS CÂNCERES DO
COLO DO ÚTERO E DA MAMA

13



CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA

Cadernos de Atenção Básica - n.º 13

Brasília - DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

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. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra por meio da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/>



CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA

Cadernos de Atenção Básica - n.º 13

Brasília - DF
2006

Série Cadernos de Atenção Básica n.º 13

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, Sala 645

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2582 / 3315-2497

Homepage: www.saude.gov.br/dab

Supervisão geral: Luis Fernando Rolim Sampaio

Coordenação geral:

Antonio Dercy Silveira Filho – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça – Coordenação de Prevenção e Vigilância/Conprev/INCA/MS

Maria José de Oliveira Araújo – Área Técnica de Saúde da Mulher/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Valdir Monteiro Pinto – Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Programa Nacional de DST/Aids

Elaboração:

Celina Márcia Passos de Cerqueira e Silva – DAB/SAS/MS

Edenice Reis da Silveira – DAB/SAS/MS

Fátima Meirelles Pereira Gomes – Conprev/Divisão de Atenção Oncológica /INCA/ MS

Giani Silvana Schwengber Cezimbra – DAPE/SAS/MS

Colaboração:

Aline Azevedo da Silva – DAB/SAS/MS

Ana Sudária Lemos Serra – Área Técnica Saúde do Adolescente/DAPE/SAS/MS

Andréia Soares Nunes – DAB/SAS/MS

Claudia Gomes – Conprev/INCA

Cláudia Naylor Lisboa – Hospital do Câncer IV/INCA/MS

Claunara Schilling Mendonça – DAE/SAS

Chester Martins – Conprev/INCA

Denis Ribeiro – DST/Aids/SVS/MS

Eduardo Campos de Oliveira – DST/Aids/SVS/MS

Eliana Maria Ribeiro Dourado – CONASS

Hamilton Lima Wagner – Sociedade Brasileira de Medicina de Família Comunitária - SBMFC

Lêda Maria Albuquerque – Infamília

Lucília Maria Gama Zardo – DIPAT/SITEC/INCA/MS

Marcela de Paula Mateus – DAE/SAS/MS

Marcia Regina Cubas – Sociedade Paranaense de Saúde da Família - Famipar

Margarida Tutungi Pereira – Hospital do Câncer IV/INCA/MS

Maria Fátima de Abreu – Conprev/Divisão de Atenção Oncológica/INCA/MS

Maria Lucia Lenz – Sociedade Brasileira de Medicina de Família Comunitária – SBMFC

Maria Vieira de Moraes – Secretaria Municipal de Saúde de Teresina – PI

Marta Helena Zortea Pinheiro Cunha – Secretaria Municipal de Saúde de Serra – ES

Olga Vânia Matoso de Oliveira – Coordenação Nacional da Política de Humanização no SUS/SAS/MS

Olímpio Ferreira Neto – Hospital do Câncer II/INCA/MS

Patrícia Santos Martins – Secretária Estadual de Saúde do Pará

Ronaldo Correa F. da Silva – Conprev/Divisão de Atenção Oncológica/INCA/MS

Teresa Cristina da Silva Reis – Hospital do Câncer IV/INCA/MS

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

xx p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1188-X

1. Neoplasias do colo uterino. 2. Neoplasias mamárias. I. Título. II. Série.

WP 145

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2006/0713

Títulos para indexação:

Em inglês: Control of the Breast Cancer and the Cervical Cancer

Em espanhol: Control del Cáncer Cervical y del Cáncer de Seno



Sumário

Apresentação	1
Introdução	3
2. Humanização e acolhimento à mulher na Atenção Básica	7
3. Políticas públicas de relevância para a saúde da mulher relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama	13
4. Epidemiologia do Câncer	17
5. Atribuição dos profissionais da Atenção Básica no controle dos cânceres do colo do útero e da mama	19
6. Doenças Sexualmente Transmissíveis e outras queixas ginecológicas e sua relação com o câncer do colo do útero	23
6.1. Abordagem Integral às Mulheres com DST	25
6.2. Queixas Ginecológicas Relacionadas ao Trato Genital Inferior	26
6.2.1. Abordagem Síndrômica das Queixas Ginecológicas	27
6.2.1.1. Úlceras Genitais – Abordagem Síndrômica	29
6.2.1.2. Corrimento Vaginal/Vulvovaginite/Endocervicite – Abordagem Síndrômica	31
6.2.1.3. Dor Pélvica – Abordagem Síndrômica	42
7. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)	45
7.1. Associação de subtipos HPV e doenças neoplásicas e seus precursores	46
7.2. Infecção Clínica pelo HPV – com Lesão Macroscópica	46
7.3. Opções Terapêuticas – Disponíveis em Unidade Básica de Saúde	48
7.3.1. Outras Opções Terapêuticas	48
7.4. Seguimento	49
7.5. Conduta para os Parceiros/as Sexuais	50
8. Controle do Câncer do Colo do Útero	53
8.1. Anatomia e Fisiologia do Útero	53
8.2. História Natural da Doença	54



8.3. Fatores associados ao câncer do colo do útero	55
8.4. Manifestações Clínicas / Sinais e Sintomas	55
8.5. Linha de Cuidado	56
8.5.1. Promoção	56
8.5.2. Detecção Precoce/Rastreamento	58
8.5.2.1. Faixa Etária e Periodicidade para Realização do Exame Preventivo do Colo do Útero	58
8.5.2.2. Coleta do Material para o Exame Preventivo do Colo do Útero	62
8.5.2.2.1. Recomendações prévias a mulher para a realização da coleta	62
8.5.2.2.2. Fases que antecedem a coleta	63
8.5.2.2.3. Antes de iniciar a coleta	65
8.5.2.2.4. Procedimento de coleta propriamente dito	66
8.5.2.2.5. Envio do Material ao Laboratório	70
8.5.3. Diagnóstico/Tratamento/Seguimento	71
8.5.3.1. Nomenclatura Brasileira para Ludos Citopatológicos Cervicais	71
8.5.3.2. Condutas Preconizadas de acordo com o laudo citopatológico	76
8.5.3.3. Seguimento de mulheres submetidas ao rastreamento para o Câncer do Colo do Útero	85
8.5.3.4. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO	87
8.6. Monitoramento da qualidade	88
9. Controle do Câncer de Mama	91
9.1. Glândula Mamária	91
9.2. Câncer da Mama	91
9.2.1. História Natural	92
9.2.2. Fatores de Risco	92
9.2.3. Sintomas	93
9.2.4. Prevenção Primária	93
9.2.5. Detecção Precoce	93
9.2.5.1. Exame Clínico das Mamas	94
9.2.5.2. Mamografia	97
9.2.6. Níveis de Atendimento	100
9.2.6.1. Unidade Básica de Saúde	100
9.2.6.2. Unidade de Referência de Média Complexidade	100
9.2.6.3. Unidade de Alta Complexidade – UNACOM ou CACON	101
9.2.7. Considerações sobre:	101
9.2.7.1. Auto-Exame das Mamas (AEM)	101
9.2.7.2. Linfedema	102



10. Atenção Domiciliar	107
10.1. Assistência Domiciliar	107
10.2. Internação Domiciliar	108
10.3. Organização da Assistência Domiciliar	108
10.3.1. Identificação da Necessidade de Assistência Domiciliar	108
10.3.2. Critérios de Inclusão para Assistência Domiciliar	109
10.3.3. Critérios de Desligamento na Assistência Domiciliar	110
10.3.4. Processo de Trabalho em Equipe	111
10.3.5. Pactuação da Assistência Domiciliar com a Família	111
10.3.6. Autorização da Família Participação do usuário e existência do cuidador ...	111
10.3.7. Cuidador	112
10.4. Atenção Domiciliar em Cuidados Oncológicos Paliativos	112
10.4.1. Conceito de Cuidados Paliativos	114
10.5. Integração das Ações de Cuidados Paliativos com a Rede do Sistema Único de Saúde ...	115



Apresentação

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher que garantam ações relacionadas ao controle do câncer do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do país.

Dentro dessa perspectiva, o Ministério da Saúde apresenta o Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, tomando como referência o Pacto pela Saúde 2006, a Política Nacional de Atenção Básica; a Política Nacional de Atenção Oncológica, destacando o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Mama e do Colo do Útero 2005-2007; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; a Política Nacional de DST/Aids; e a Política Nacional de Humanização no SUS.

Este Caderno de Atenção Básica foi elaborado com a finalidade de orientar a atenção às mulheres subsidiando tecnicamente os profissionais da rede de Atenção Básica em Saúde, disponibilizando-lhes conhecimentos atualizados de maneira acessível, que possibilitem tomar condutas adequadas em relação ao controle do câncer do colo do útero e mama.

José Gomes Temporão
Secretário de Atenção à Saúde

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território – geográfico), considerando a dinamicidade existente nesse território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

Pela sua organização, a Atenção Básica se constitui como o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

A Atenção Básica/Saúde da Família é a forma de organizar o primeiro nível de atenção à saúde no SUS estimulada pelo Ministério da Saúde. Insere-se no movimento mundial de valorização da atenção primária à saúde e na construção dos sistemas públicos de saúde. Pauta-se nos princípios do SUS, da atenção primária à saúde e da saúde da família que são internacionalmente reconhecidos.

A Atenção Básica/Saúde da Família é organizada por meio do trabalho interdisciplinar em equipe, mediante a responsabilização de Equipes de Saúde da Família (ESF) num dado território – área de abrangência de uma população adstrita. Trabalha com foco nas famílias, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica, estão as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama. O câncer está entre as principais causas de morte na população feminina e, a mudança de hábitos, aliada ao estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem diretamente na incidência dessa doença. Alguns fatores como o tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades –

aumento considerável do número de mulheres chefes de família –, a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico da situação e doença das mulheres.

A Organização Mundial da Saúde estima que ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo a cada ano, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres.

O câncer do colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo. Anualmente são registrados cerca de 471 mil casos novos. Quase 80% deles ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres. No Brasil, para o ano de 2006, são estimados 48.930 casos novos de câncer de mama feminino e 19.260 casos novos de câncer do colo do útero.

Frente às limitações práticas para a implementação junto à população de estratégias efetivas para a prevenção do câncer do colo do útero e detecção precoce do câncer da mama, as intervenções passam a ser direcionadas à sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno.

Considerando a alta incidência e mortalidade relacionadas à essas doenças é responsabilidade dos/as gestores/as e dos/as profissionais de saúde realizarem ações que visem o controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Nesse intuito, o Caderno de Atenção Básica- Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama – elaborado pelo Ministério da Saúde, é um dos instrumentos para auxiliar nessa qualificação.

Este Caderno busca contextualizar a Política Nacional de Humanização no SUS e as implicações e cuidados do atendimento à mulher na Atenção Básica, trazendo ainda a discussão do manejo do profissional frente a uma situação de diagnóstico positivo para câncer. Discorre sobre a história das políticas públicas de relevância para a saúde da mulher, relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Situa o leitor sobre a distribuição, a incidência e a mortalidade por câncer nas mulheres, trazendo conhecimentos epidemiológicos de fundamental importância para o desenvolvimento de ações no controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Sistematiza as atribuições dos profissionais da Atenção Básica no controle dos cânceres do colo do útero e da mama e considera a importância das Doenças Sexualmente Transmissíveis e outras queixas ginecológicas e sua relação com o câncer do colo do útero. Aborda-se ainda a infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano), pois cerca de 95% dos casos de câncer do colo do útero estão associados a essa patologia.

É realizada uma ampla abordagem sobre o câncer do colo do útero destacando a promoção, a detecção precoce, os procedimentos de coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento das mulheres, estimulando a tomada de decisão e a responsa-

bilidade de todos os profissionais envolvidos no atendimento, buscando orientar condutas de acordo com o Sistema Único de Saúde. São descritas as ações do controle do câncer de mama com enfoque na Atenção Básica. E por último, discute-se a Atenção Domiciliar, enfocando a Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica assim como uma abordagem conceitual da Atenção Domiciliar em Cuidados Oncológicos Paliativos.

2. HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA

Humanização na saúde significa a valorização da qualidade técnica e ética do cuidado, aliada ao reconhecimento dos direitos do/a usuário/a, de sua subjetividade e referências culturais, garantindo o respeito às questões de gênero, etnia, raça, situação econômica, orientação sexual e a grupos populacionais como indígenas, trabalhadores, quilombolas, ribeirinhos e assentados.

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, é fruto de um debate no campo da saúde pública interessada em fazer avançar os princípios do SUS de acesso universal, integralidade da atenção e equidade na gestão, distribuição e uso dos recursos segundo as necessidades de saúde da população brasileira. Coloca-se como protagonista nesse debate fazendo propostas voltadas para a mudança dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos serviços, são operadas pelos/as gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as. Altera o modo tradicional com que habitualmente se constroem as relações entre as instâncias efetuidoras do SUS, como também nos serviços, já que ela se faz transversalmente, num trabalho conjunto com outras áreas, programas, setores e outras políticas.

A concretude dessa política se dá por meio de seus dispositivos - tecnologias, ferramentas e modos de operar. Dentre esses se destaca o “acolhimento”, que se caracteriza como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos/as que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades – escuta qualificada – e assumindo no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com os/as usuário/as. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções.

É importante considerar as especificidades na população feminina - negras, indígenas, trabalhadoras da cidade e do campo, as que estão em situação de prisão, as lésbicas e aquelas que se encontram na

adolescência, no climatério e na terceira idade - e relacioná-las à situação ginecológica, em especial ao câncer do colo do útero e as DST.

Em relação às mulheres negras, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS (1986) mostram um menor acesso em relação às mulheres brancas à atenção ginecológica. Isso resulta que as mulheres negras têm maiores risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas, como é o caso do câncer de colo do útero, que é duas vezes mais freqüente em mulheres negras.

É fundamental inserir o contexto cultural das sociedades indígenas na construção de políticas de saúde voltadas para mulheres. A atenção à saúde dessas mulheres é precária, não garantindo ações de prevenção de câncer do colo do útero, de mama ou de DST, entre outras, além dos dados epidemiológicos serem insuficientes para avaliação das ações que são desenvolvidas.

A organização da rede de saúde deve estar preparada para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo. A dificuldade das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde estão relacionadas, dentre outros fatores, as desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre a residência ou o trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e sua pouca sensibilização. Dentre os fatores de deterioração da saúde das trabalhadoras rurais, a exposição aos agrotóxicos, seja ambiental ou ocupacional, aguda ou crônica, constitui-se em uma das especificidades relacionadas aos agravos de saúde, podendo causar danos à saúde dessas mulheres. Entre os mais comuns estão a hipertrofia celular, que pode levar ao desenvolvimento do câncer.

Em relação às mulheres que fazem sexo com mulheres, a agenda de necessidades de saúde diz respeito, dentre outros, ao atendimento na área da ginecologia, onde os/as profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual. É preciso que os profissionais de saúde saibam atender as mulheres lésbicas e bissexuais dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania. Constata-se que muitas delas ainda consideram que o câncer do colo do útero só afeta mulheres heterossexuais. Portanto, não se sentem mobilizadas para realização de exames preventivos do câncer do colo do útero e de detecção precoce do câncer de mama. Outro problema se refere às mulheres lésbicas profissionais do sexo e sua vulnerabilidade pela exposição às DST e aids.

Grande parte da população presidiária está exposta a diversos fatores de risco à saúde, ocorrendo um número significativo de casos de DST – aids, câncer e outras doenças prevalentes na população adulta brasileira. Nesse contexto, identifica-se a necessidade de acesso dessa população às ações de atenção à saúde, tanto com a implantação de ações na atenção básica dentro dos presídios, como pelas referências

para média e alta complexidade, com garantia do atendimento das demandas específicas das mulheres em situação de prisão.

As mulheres e os familiares que encaram um diagnóstico de câncer experimentam uma variedade de emoções, estresses e aborrecimentos. O medo da morte, a interrupção dos planos de vida, perda da auto-estima e mudanças da imagem corporal, além de mudanças no estilo social e financeiro, são questões fortes o bastante para justificarem desânimo e tristeza. Experiência marcada por sentimentos ambivalentes de sofrimento e luta pela sobrevivência, devido às respostas do seu corpo ao tratamento.

Quando as mulheres ficam sabendo que estão com câncer é comum tornarem-se, durante um curto espaço de tempo, descrentes, desesperadas ou negarem a doença. Essa é uma resposta comum no espectro de emoções dessa fase, muitas vezes denominada como “a perda do controle da vida”, o que não significa que sejam emoções insuperáveis.

Atualmente, a Medicina dispõe de procedimentos que têm se mostrado eficazes para o diagnóstico da neoplasia, em estádios precoces, e de medidas terapêuticas capazes de curar ou melhorar a sobrevida das pacientes. Cuidados adequados para reduzir o sofrimento e ações que possibilitem uma melhor qualidade de vida devem ser disponibilizados à população.

O projeto terapêutico, plano de ação que considera todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, deve necessariamente incluir ações que visem ao aumento da autonomia do/a usuário/a e da família, estabelecendo relações simétricas entre o profissional e a pessoa a ser cuidada, dividindo a responsabilidade pela decisão e suas consequências.

A equipe de saúde deve valorizar as queixas da mulher, estar disposta a ouvi-la, não desvalorizar ou minimizar seus problemas e reconhecer seus direitos a esclarecimentos e informações. As decisões devem ser compartilhadas e caso a mulher deseje procurar alívio para seus sintomas em outras abordagens terapêuticas, a equipe deve respeitar sua opção. É importante lembrar que a equipe da atenção básica não deve se eximir da responsabilidade do acompanhamento da mulher ao longo do tempo, independente do tipo de tratamento e do nível de complexidade do sistema no qual ela esteja sendo atendida.

Há algumas situações que exigem dos/as profissionais de saúde uma atitude diferente da conduta rotineira, para que a relação de confiança seja fortalecida. Por exemplo, quando surgem suspeitas diagnósticas de doenças graves, é importante compartilhar com a mulher até onde o/a profissional poderá acompanhá-la. Às vezes, é necessário adiar ou fornecer gradativamente as informações, até que ela se sinta mais segura. Nesses casos convém saber o que dizer e quando. Pode-se, ainda na fase de investigação diagnóstica, indagar quanto a pessoa deseja saber, de uma forma sutil: “Eu prometo lhe

dizer o que sei a respeito do que você tem, se você me perguntar”. É necessário habilidade e tato para sentir o quanto a paciente deseja saber. E às vezes uma pergunta como “Será que eu tenho câncer?” pode esconder outras que não serão formuladas, como: “Quando e como vou morrer?” “Vou sentir muita dor?” É importante, também, caso se constate que a mulher não tem condições de conviver com o conhecimento de sua doença, compartilhar ao menos com uma pessoa da família, ou de confiança da mulher o que será feito e as razões. Um relacionamento baseado na confiança transmite tranquilidade e oferece segurança, que são suportes terapêuticos fundamentais.

Especificidade do atendimento à adolescente

É necessária uma atenção especial em relação à ocorrência do câncer do colo do útero cada vez mais precocemente, pois com a progressiva antecipação do início da puberdade e conseqüente decréscimo na idade da menarca, a capacidade reprodutiva se instala mais cedo, assim como o início precoce da atividade sexual e com ela a ocorrência de DST, entre elas o HPV e aids. A garantia de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente voltadas à educação sexual e reprodutiva, assim como o acolhimento e a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero em adolescentes que têm atividade sexual e procurarem os serviços de saúde, devem integrar as ações da atenção integral à saúde da mulher.

O Ministério da Saúde considera a adolescência como a segunda década da vida – de 10 a 19 anos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. A existência de diversas limitações etárias, para os adolescentes exercerem seus direitos, causa perplexidade e dificuldades para os profissionais de saúde no atendimento da população adolescente, criando receios do ponto de vista ético e legal.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/7/1990.

Dessa forma, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.

Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias, e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra uma desarmonia que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em exercer seu direito à saúde. Dessa forma, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal, implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, se aceite pessoa maior capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se analogicamente o princípio do art. 142 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 142 Os menores de dezesseis anos serão representados e os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma da legislação civil ou processual.

Parágrafo único. A autoridade judiciária dará curador especial à criança ou adolescente, sempre que os interesses desses colidirem com os de seus pais ou responsável, ou quando carecer de representação ou assistência legal ainda que eventual.

Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/7/1990.

Diante das implicações legais que possam surgir nos casos de maior complexidade, recomenda-se que o serviço de saúde busque uma articulação e integração com o Conselho Tutelar da região e com a Promotoria da Infância e Juventude de forma que possibilite a colaboração de seus integrantes na condução das questões excepcionais, e de maneira harmônica com os princípios éticos que regem esse atendimento.

Referências Bibliográficas

ARCHER L, BISCAIA J & OSSWALD W (org.). *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996, Baines, C.J.; Miller, A.B. & Basset, A.A. Physical examination. Its role as a single screening modality in the Canadian National Breast Screening Study. *Cancer*, 63: 1816-22, 1989.

BERLINGUER G. *Questões de vida. Ética Ciência Saúde*. Salvador - São Paulo -Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. *Cartilha da PNH*. Clínica Ampliada. Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e

do Jovem. Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS Política Nacional de Humanização: relatórios de atividades 2003/ . Brasília, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília. Ministério da saúde, 2000.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília, 2004. p.13-14.

DESLANDES SF. *Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. Ciência e Saúde coletiva, volume 9, número 1. Rio de Janeiro. ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública), 2004.

PHILOCREON GR. Ginecologia. Fundamentos de Ética Médica (Cap.60) In: Petroianu A. Ética, Moral e Deontologia Médicas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000.

ROSAS CF (org). *Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. Série Cadernos CREMESP. 3a. Edição. São Paulo: CREMESP, 2004.

SGRECCIA E. Manual de Bioética. I. Fundamentos e Ética Biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

VIDAL, M. *Ética da Sexualidade*. São Paulo, Edições Loyola, 2002.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA MULHER RELACIONADAS AO CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*”(PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Essa Política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

A PNAISM é uma construção conjunta que respeita a autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social. As mulheres são a maioria da população brasileira (mais de 93 milhões – IBGE, 2005) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde.

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde dessas últimas, as questões de gênero, que se referem ao

conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher os expõe a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.

Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

A situação de saúde das mulheres brasileiras é agravada pela discriminação nas relações de trabalho, a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem tanto agravos e doenças dos países desenvolvidos - cardiovasculares e crônico-degenerativas como o câncer - como aqueles típicos do mundo subdesenvolvido – altas taxas de mortalidade materna e desnutrição. Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de agravos e doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) ressalta que para um efetivo controle do câncer são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos. Em relação ao câncer do colo do útero e da mama, o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce.

As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres.

Para alcançar esses objetivos, no Brasil, ao longo dos anos, foram elaboradas e implantadas diversas ações, dentre elas o *Programa Viva Mulher* - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama.

Em 2004, um processo de avaliação identificou a necessidade de revisão da estrutura e das estratégias do *Programa Viva Mulher*, de forma a se construir novos meios que permitissem alcançar os objetivos preconizados descritos anteriormente. Tais constatações motivaram a construção de um Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005 – 2007.

O *Plano de Ação* apresenta seis Diretrizes Estratégicas: Aumento da Cobertura da População-Alvo; Garantia da Qualidade; Fortalecimento do Sistema de Informação; Desenvolvimento de Capacitações; Desenvolvimento de Pesquisas; Mobilização Social, compostas por ações a serem desenvolvidas, a partir do ano de 2005, nos distintos níveis de atenção à saúde.

Esse *Plano de Ação* é um dos componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção Oncológica (PT nº 2439/ GM de 08 de dezembro de 2005), que institui ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, que está sendo implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, devendo ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios.

Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. Ministério da saúde, 2004.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *2004 ano da mulher*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

ROCHA, M.I.B & ARAÚJO, M.J.O. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês*. São Paulo, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.

VIDAL, M. *Ética da Sexualidade*. São Paulo, Edições Loyola, 2002.

4. A EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NA MULHER

A distribuição da incidência e da mortalidade por câncer nas mulheres é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico deste agravo, desde os aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna. O estabelecimento de medidas efetivas de controle é feito com base em informações sobre a ocorrência dos tumores malignos nas diferentes regiões geográficas. Dentro deste contexto, o cálculo das estimativas de casos novos oferece uma excelente base para o planejamento e aprimoramento das ações que visam à prevenção e atenção em todos os níveis. Os dados de estimativa estão disponibilizados na página eletrônica do Instituto Nacional de Câncer – INCA (www.inca.gov.br). Para o ano de 2006, no Brasil, são esperados 237.480 casos novos de câncer (todos os tipos de localização) para o sexo feminino. Estima-se que entre os tumores mais incidentes neste grupo populacional, exceto os tumores de pele não melanoma (61.160 mil casos novos), destacam-se mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão.

Estimativa do número de casos novos de câncer (exceto pele não melanoma) nas mulheres, para o ano de 2006, Brasil.

Localização	Casos Novos	%
Mama Feminina	48.930	28
Colo do Útero	19.260	11
Cólon e Reto	13.970	8
Traquéia, Brônquio e Pulmão	9.320	5
Estômago	8.230	4
Leucemias	4.220	2
Cavidade Oral	3.410	2
Pele Melanoma	3.050	2
Esôfago	2.610	1

Fonte: Estimativas-2006/Instituto Nacional do Câncer/MS

A incidência dos casos ocorre de forma heterogênea nas unidades da federação e capitais do país, observando-se uma grande variação regional na distribuição das taxas brutas de incidência de câncer, seja de uma forma geral ou por localização primária. Tais taxas são maiores nas regiões Sul e Sudeste, passando pela região Centro-Oeste e as menores concentram-se nas regiões Nordeste e Norte, com raras exceções.

Entre as mulheres, com relação ao câncer do colo do útero, registra-se uma discreta diminuição da mortalidade por essa causa entre 1979 e 1999, de 0,61%, apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico, com tecnologia simplificada e de tratamento acessível. O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil em 2006 é de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (28/100.000), Centro-Oeste (21/100.000) e Nordeste (17/100.000) representa o segundo tumor mais incidente. Na região Sudeste é o terceiro mais freqüente (20/100.000).

O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2006 é de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 71 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (69/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (27/100.000). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (15/100.000).

Referências Bibliográficas

- Caplan, S.A.; Blackman, D.; Nadel, M.; Monticciolo, D.L. Coding mammograms using classification “probably benign finding – short interval follow-up suggested”. *AJR*, 172: 339-342, 1999.
- Comission the European Communities. *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 3ª ed., 2001.
- Health Canada. *Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada - 1997 and 1998 Report*. Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002.
- Pinho, V.F.S. & Coutinho, E.S.F. Fatores de risco para câncer de mama: uma revisão sistemática de estudos com amostras de mulheres da população geral no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2): 351-360, 2005.

5. ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro.

Atribuição dos Profissionais da Atenção Básica

Atribuições Comuns a todos os Profissionais da Equipe

- a) Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;
- b) Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- c) Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com este Caderno: promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- d) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, Siscolo e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama;
- e) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;

- f) Acolher as usuárias de forma humanizada;
- g) Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- h) Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;
- i) Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);
- j) Identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e co-responsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;
- k) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras;
- l) Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas;

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde - ACS

- a) Conhecer a importância da realização da coleta de exame preventivo como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua micro área;
- b) Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama na população feminina de sua micro área;
- c) Realizar busca ativa para rastreamento de mulheres de sua micro área para detecção precoce dos cânceres do colo do útero e da mama;
- 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 e da mama, de acordo com o planejamento da equipe;
- f) Realizar o seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado, amostras insatisfatórias e sem anormalidades para o acompanhamento periódico.

Atribuições do Médico

- a) Realizar atenção integral às mulheres;
- b. Realizar consulta, coleta de Papanicolau e exame clínico das mamas;

- c) Avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico ;
- d) Emitir prescrição do tratamento medicamentoso, quando necessário;
- e) Solicitar exames complementares, quando necessário;
- f) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- g) Encaminhar, quando necessário, as usuárias a serviços de referências de média e alta complexidade respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento dessa usuária;
- h) Indicar a necessidade de internação junto a UNACON/CACON, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da usuária;
- i) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe)

Atribuições do Enfermeiro

- a) Realizar atenção integral às mulheres;
- b) Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- c) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem;
- e) Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste Caderno;
- f) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe.

Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- a) Realizar atenção integral às mulheres;
- b) Realizar coleta de exame preventivo, observadas as disposições legais da profissão;
- c) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- d) Manter a disponibilidade de suprimentos para a realização do exame do colo do útero;

Preenchimento da Agenda da Mulher

A **Agenda da Mulher** é um documento destinado às mulheres de 10 a 60 anos de idade, que tem como objetivo servir de “prontuário resumido” para registro de dados – a exemplo dos cartões da gestante e da criança e da caderneta da pessoa idosa – além de oferecer variadas informações às usuárias, inclusive sobre DST e câncer do colo do útero e da mama.

Na **Agenda**, os dados de identificação, a história clínica / ginecológica e de saúde em geral, devem ser preenchidos pelos profissionais de saúde, de preferência médicos/as e enfermeiros/as.

Para o controle do câncer do colo do útero e da mama é extremamente importante que sejam preenchidos os campos da **Agenda da Mulher** referentes à realização do exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero, com dados sobre a data do último exame, o resultado e o encaminhamento de acordo com as Condutas Preconizadas para o Controle do Câncer do Colo Uterino.

Em relação ao Câncer da Mama, é essencial o preenchimento dos campos relacionados à mamografia, quando houver indicação, segundo os critérios estabelecidos neste Caderno. Devem ser **sempre** anotados os dados referentes à data, resultado e o que fazer (encaminhamento).

A Agenda está sendo distribuída para todos os municípios brasileiros, pelo Ministério da Saúde e está disponível no site www.saude.gov.br/bvs.

A Agenda da Mulher é um documento permanente, devendo ser utilizada e conservada durante toda a vida.

6. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E OUTRAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A significativa relação encontrada entre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Lesões Intraepiteliais Cervicais (LIE) / câncer do colo do útero, justifica um capítulo especificamente sobre esse assunto, em que são apresentados fluxogramas baseados na Abordagem Sindrômica das DST, segundo as diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids, que tornam mais simples e objetivo o diagnóstico e o tratamento dessas mulheres. Embora a pesquisa do diagnóstico etiológico e o tratamento específico sejam incentivados, a adoção dessa linha de conduta tem demonstrado maior proteção e garantido efetividade de tratamento na maioria dos casos. Dessa forma, a instituição de condutas imediatas torna possível a interrupção da doença e de suas complicações, da transmissão para parceiros(as) e a prevenção ou agravamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Segundo estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer do colo do útero cinco vezes mais frequentemente do que aquelas que procuram outros serviços médicos. Portanto, essas mulheres têm maior risco para câncer do colo do útero, principalmente se houver infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano). É razoável que mulheres com DST sejam submetidas à citopatologia mais frequentemente, pelo seu maior risco de serem portadoras de câncer do colo do útero ou de seus precursores. **O exame preventivo não tem o objetivo de identificar DST**, embora muitas vezes seja possível a identificação do agente ou de efeitos citopáticos sugestivos da presença dos mesmos.

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou um total anual de 340 milhões de novos casos de DST curáveis em todo o mundo, entre 15 e 49 anos, 10 a 12 milhões desses casos no Brasil. Outros tantos milhões de DST não curáveis (virais), incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções

pelo papilomavírus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecção pelo HIV, ocorrem anualmente (WHO 2001).

Ao atender uma mulher com DST, o profissional de saúde deve avaliar o resultado de sua última citopatologia e há quanto tempo foi realizada. As condições para a coleta do exame citopatológico em mulheres com DST estão disponíveis no capítulo sobre o controle do câncer do colo do útero, assim como a rotina de acompanhamento das mulheres infectadas pelo HIV e Imunodeprimidas.

É importante lembrar que a presença de colpites, corrimentos ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da citopatologia. Nesses casos, a mulher deve ser tratada e retornar para coleta.

Para qualquer atendimento a uma mulher com DST deve ser oferecido um conjunto de ações essenciais complementares que incluem as seguintes medidas gerais:

- Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis;
- Vacinar contra hepatite B, se a idade for < 30 anos (Brasil, 2002);
- Enfatizar a adesão ao tratamento;
- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecido;
- Informar quanto à necessidade de interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- Oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso;
- Encorajar a mulher a comunicar a(os) seus/suas últimos/as parceiro/as sexuais para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer à usuária cartões de convocação para parceiros(as) devidamente preenchidos (ver anexo 1);
- Notificar o caso no formulário apropriado;
- Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias;
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais;
- Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, caso não exista o desejo de engravidar, ou adotar outras formas de sexo mais seguro;

As DST de notificação compulsória são AIDS, HIV na gestante, criança exposta ao HIV, sífilis na gestação e sífilis congênita (anexo 2). Para as outras DST, não há um sistema de notificação compulsória

e a ausência de estudos de base populacional para cálculo de incidência dificulta a visibilidade do problema e a tomada de decisões com implantação de intervenções prioritárias, avaliação de sua efetividade e seu re-direcionamento. É necessário um esforço coletivo para divulgar a situação das DST e capacitar os serviços para atender as usuárias. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e pronto-atendimento com intervenção terapêutica imediata, disponibilização de insumos, mantendo confidencialidade e ausência de discriminação.

O atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa, é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Ao agendar a consulta para outro dia pode ocorrer o desaparecimento dos sintomas desestimulando a busca por diagnóstico e tratamento. Como consequência, a infecção pode evoluir para formas crônicas graves e se mantém a transmissão. A espera em longas filas, o agendamento para nova data, a falta de medicamentos e a discriminação e/ou falta de confidencialidade são fatores que induzem à busca de resolução de outras formas (auto-medicação, informações com farmacêuticos, curandeiros, entre outros).

6.1. Abordagem Integral às Mulheres com DST

Atendimento

A anamnese da paciente, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem se constituir nos principais elementos diagnósticos das DST. O atendimento visa curar as infecções possíveis e cessar os sintomas, colaborando para evitar as complicações advindas da(s) DST e interromper a cadeia de transmissão. Portanto, uma única consulta deve prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento, além do acesso aos insumos de prevenção, quando necessários. Os exames laboratoriais devem ser colhidos na mesma oportunidade, sempre que possível, mas a conduta não deve ser postergada aguardando seus resultados. Os exames laboratoriais, quando realizados, vão confirmar os tratamentos e contribuir na vigilância do perfil etiológico das diferentes síndromes clínicas e da sensibilidade aos medicamentos preconizados. A consulta clínica se completa com a prescrição, a orientação para tratamento, as ações complementares - oferta e realização da triagem sorológica para sífilis, HIV, além de hepatite B e C se possível, precedidas de aconselhamento - e o seguimento.

Comunicação aos parceiros sexuais

A comunicação de parceiros obedecerá aos princípios de confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra discriminação. Esse procedimento implica em conversa prévia com a usuária, na qual devem ser discutidas a importância da comunicação e suas implicações. O ideal é que os parceiros sejam trazidos para aconselhamento, diagnóstico e tratamento pelas próprias mulheres. No caso do não com-

parecimento dos parceiros convidados, após repetidas solicitações do serviço, outras atividades poderão ser desenvolvidas, como: a busca ativa; a comunicação por correspondência ou por telefone, que deve ser realizada por profissionais habilitados - por equipe de vigilância epidemiológica ou de saúde da família da área de abrangência -, desde que preservados os princípios acima e comunicada previamente a usuária.

Oferta de preservativos

O uso de preservativos, masculinos ou femininos, por pessoas sexualmente ativas é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HPV, HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. A efetividade e segurança do preservativo dependem de seu uso correto e em todas as relações sexuais e da técnica de uso e conservação, próprias desse insumo. O uso regular aperfeiçoa a técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape, aumentando sua efetividade. Devem ser promovidos e disponibilizados como parte da rotina de atendimento.

Para propiciar diagnóstico precoce e tratamento imediato, propõe-se o uso da abordagem sindrômica baseada em fluxogramas de conduta, desenvolvidos e testados nacional e internacionalmente, que são os instrumentos que auxiliarão o(a) profissional que realiza o atendimento. Os fluxogramas contêm as informações básicas necessárias ao manejo das pacientes. Para usá-lo, o/a profissional identifica a síndrome que se encontra no topo do quadro e segue os passos, tomando as decisões de acordo com os achados clínicos. Após o fluxograma de cada síndrome, são apresentadas as notas explicativas correspondentes a cada polígono de decisão e ação. Informações mais específicas sobre as doenças abrangidas por cada síndrome são oferecidas imediatamente após as notas de esclarecimento de cada fluxograma. As DST que não fazem parte das síndromes são apresentadas em capítulos posteriores. Diferentemente dos homens, entre as mulheres é comum observar a presença da infecção sem ou com poucos sintomas ou queixas. Nesses casos, o fluxograma pode ser aplicado ao serem identificados sinais ao exame genital, apesar de se esperar uma menor sensibilidade.

6.2. Queixas Ginecológicas Relacionadas ao Trato Genital Inferior

A cavidade vaginal é fisiologicamente úmida, isto é, contém o produto de secreção das glândulas vestibulares e endocervicais, além da transudação da mucosa vaginal. Esse conteúdo vaginal pode modificar-se em decorrência de influências hormonais, estímulo sexual, vestuário utilizado, alimentação, de fatores psico-emocionais, daí a natural variação individual na sua qualidade e quantidade. O profissional de saúde deve diferenciar o conteúdo vaginal fisiológico do anormal.

O conteúdo vaginal fisiológico é constituído de: muco cervical, descamação do epitélio vaginal - ação estrogênica; transudação vaginal; secreção das glândulas vestibulares - de Bartholin e de Skene. À

bacterioscopia ou exame a fresco nota-se a predominância de flora vaginal contendo bacilos de Doderlein sobre as outras possíveis bactérias, além de pequena quantidade de polimorfonucleares.

As características principais da secreção vaginal normal são:

- pH ácido - 4,0 a 4,5;
- mais abundante no período ovulatório, gestação, ou quando há excitação sexual;
- coloração clara ou ligeiramente castanha;
- aspecto mucoso, flocular ou grumoso; e
- ausência de odor desagradável.

Entendendo que as queixas ginecológicas relacionadas ao trato genital inferior constituem síndromes clínicas que não só devem ser valorizadas, mas sempre que possível, solucionadas antes da coleta do exame preventivo, e considerando que o laudo do exame citopatológico, na maioria das vezes, menciona agentes microbiológicos, que quando associados às queixas clínicas merecem tratamento específico, resolveu-se incluir nesta publicação a abordagem sindrômica com protocolos para tratamento das diversas manifestações clínicas e patologias, visando uma padronização de condutas frente aos resultados de exames e buscando contribuir na prática diária de médicos(as) e enfermeiros(as).

Para a abordagem etiológica e realização das ações complementares essenciais, consultar o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – 4ª edição/2006, Ministério da Saúde.

6.2.1. Abordagem Sindrômica das Queixas Ginecológicas

Principais Síndromes Clínicas

As principais síndromes são apresentadas, a seguir, com seus fluxogramas, propostas terapêuticas, seguidas por esclarecimentos e orientações para situações especiais.

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curável
Úlcera Genital	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	bactéria	sim	sim
	Cancro Mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	bactéria	sim	sim
	Herpes	<i>Herpes simplex</i> vírus (HSV-2)	vírus	sim	não
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
Corrimento vaginal/ Vulvovaginite/ Endocervicite	Vaginose bacteriana	múltiplos	bactéria	não	sim
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	fungo	não	sim
	Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	bactéria	sim	sim
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Protozoário	sim	sim
Outros	Verrugas genitais	Papilomavírus humano	vírus	sim	não
	Dor pélvica	Microbiota mista; associação com gonococo e clamídia	bactérias	sim	sim

Para qualquer atendimento de uma DST - das quais se excluem os casos de corrimento vaginal por vaginose bacteriana e candidíase, se o perfil epidemiológico for de baixo risco para DST, deve ser oferecido um conjunto de ações essenciais complementares. Com objetivo de aumentar sua capacidade preditiva para os verdadeiros casos de infecção, propõe-se a inclusão de insumos como fitas de pH vaginal e hidróxido de potássio (KOH) na diferenciação das causas de corrimento e a utilização de critérios de risco para endocervicite (OMS 2004).

Critérios de risco para infecção cervical (WHO. RTI 2004)

Parceiro/a com sintomas de DST

Pessoa com múltiplos parceiros, sem proteção de preservativo

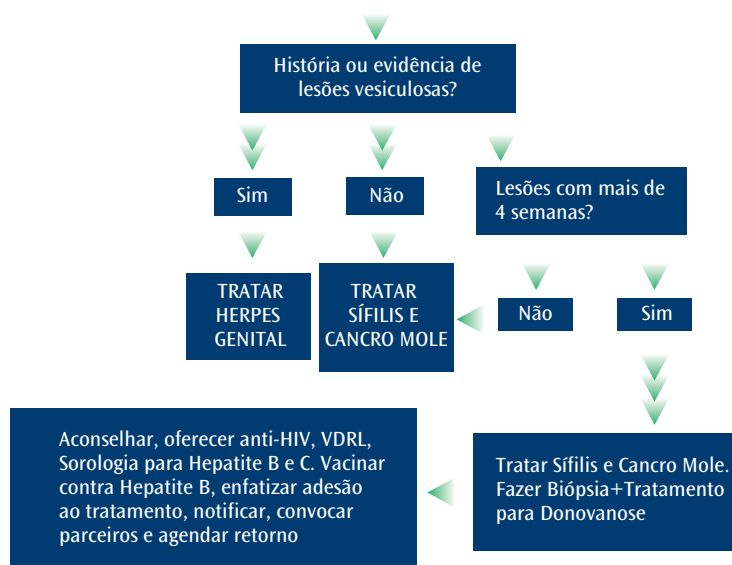
Pessoa acredita ter se exposto a DST

Pessoa proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo (> 10%) e clamídia (> 20%) (Analisar dados locais se disponíveis)

Considerações Gerais da Pactuação dos Medicamentos:

A constituição brasileira garante ao cidadão brasileiro o acesso gratuito, universal e equitativo ao sistema público de saúde. Desta forma, o Estado estabeleceu o compromisso pelo fornecimento universal e gratuito do tratamento anti-retroviral para pacientes vivendo com HIV-aids, por meio da Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996.

Em 1998, foram definidas responsabilidades e pactuadas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) com relação aos medicamentos para tratamento das DST e infecções oportunistas. ([www.aids.gov.br/politicas de tratamento](http://www.aids.gov.br/politicas%20de%20tratamento))

6.2.1.1. Úlceras Genitais - Abordagem Sindrômica

* Em casos de herpes, tratar sífilis e VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região deve-se tratar herpes concomitantemente a sífilis e cancro mole.

Como o diagnóstico laboratorial imediato raramente está disponível, recomenda-se o tratamento presuntivo para as causas mais frequentes de úlcera genital, a herpes, a sífilis primária e o cancro mole:

OPÇÕES DE TRATAMENTO			
Herpes	1ª opção	2ª opção	
	1º episódio: Aciclovir 200mg VO de 4/4hs (5 vezes ao dia) ou 400mg VO de 8/8hs por 7 dias	Valaciclovir 1g VO de 12/12hs, por 7 dias; ou Famciclovir 250mg VO de 8/8hs por 7 dias	
	Outras situações Recorrências: preferencialmente iniciar o tratamento no período prodromico: Aciclovir 200mg VO de 4/4hs (5 vezes ao dia) ou 400mg VO de 8/8hs por 5 dias; ou Valaciclovir 500mg VO de 12/12hs, por 5 dias; ou 1g dose única diária por 5 dias; ou Famciclovir 125mg VO de 8/8hs por 5 dias Terapia supressiva: 6 ou mais episódios ao ano: Aciclovir 400mg VO de 12/12hs por até 6 anos; ou Valaciclovir 500mg VO 1 vez por dia por até 1 ano; ou Famciclovir 250mg VO de 12/12hs por até 1 ano. Gestantes: tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre. Manifestações severas: primoinfecção, infecção pelo HIV ou outra causa de imunossupressão é recomendável tratamento injetável: Aciclovir 5 a 10mg/Kg, IV, de 8/8hs por 5 a 7 dias ou até resolução clínica; tratamento de infecção secundária com antibióticoterapia, quando necessário.		
Sífilis	1ª opção	2ª opção	Outras situações:
	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega)	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrízes)	Alergia à penicilina - eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias ;
+			
Cancro mole	1ª opção	2ª opção	Outras situações:
	Azitromicina 1 g VO em dose única, ou Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos), ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única;	Gestantes – contra-indicado uso de ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxona Obs: devido aos efeitos adversos da eritromicina, utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa à eritromicina.

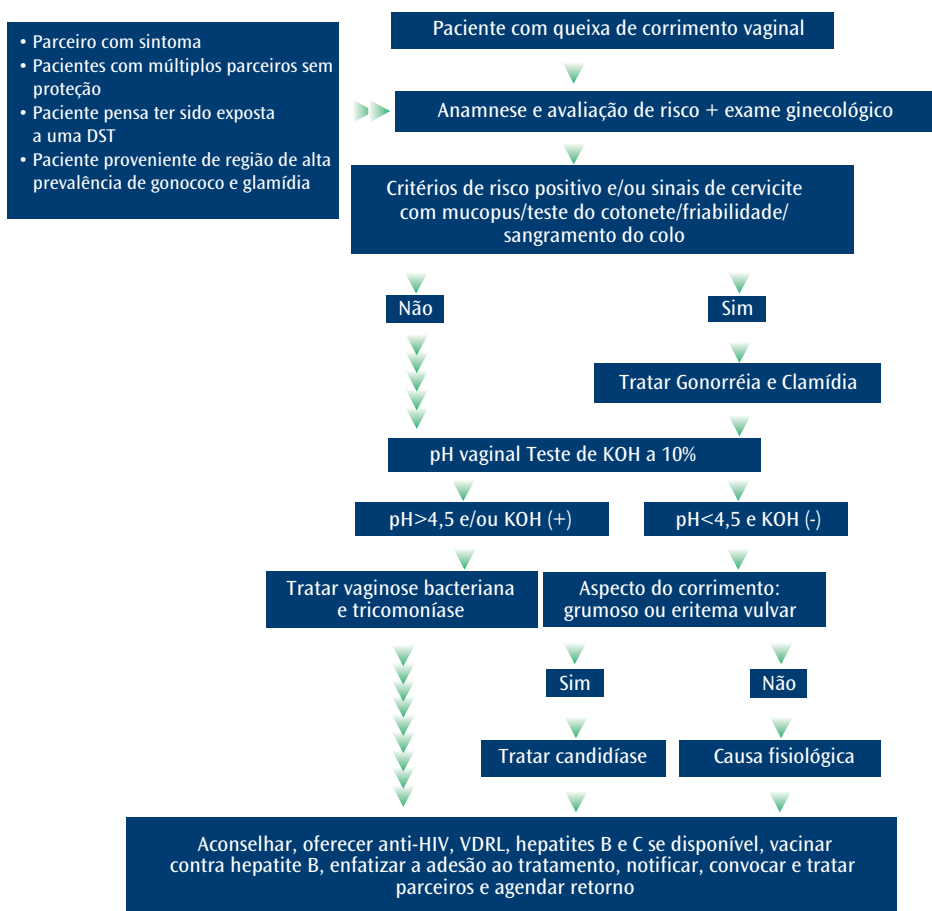
Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar a mulher ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar. Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose, com:

- Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica; ou
- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou
- Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica; ou
- Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica; ou
- Azitromicina 1 g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões.

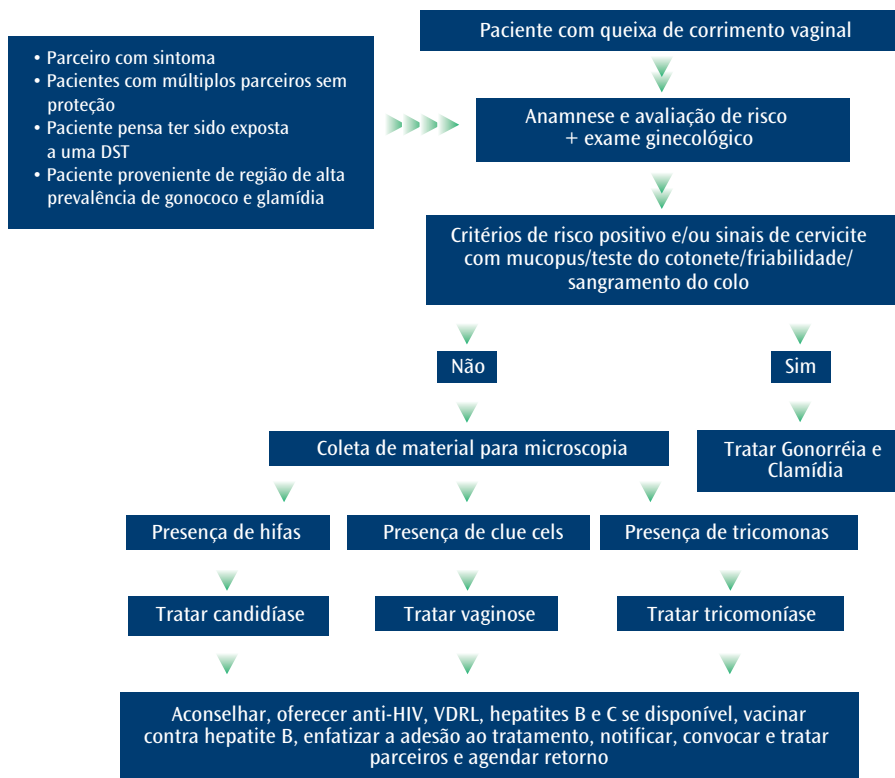
Alertar a paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado.

6.2.1.2. Corrimento Vaginal / Vulvovaginite /Endocervicite - Abordagem Sindrômica

Sem microscopia:



Com microscopia:



Vulvovaginite é toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice). O quadro clínico é variável de acordo com a etiologia, podendo manifestar-se pela presença de corrimento vaginal cujas características podem diferir bastante, podendo apresentar coloração variada (branca, amarelada, acinzentada, esverdeada), ter ou não odor desagradável, dor, irritação, prurido ou ardência na vagina ou na vulva, dor ou ardor ao urinar e sensação de desconforto pélvico. Saliente-se que esses sinais e sintomas são inespecíficos, além do que, muitas infecções genitais podem ser completamente assintomáticas. A Vulvovaginite é um dos problemas ginecológicos mais comuns e incomodativos que afetam a saúde da mulher e representa cerca de 70% das queixas em consultas ginecológicas. As formas mais comuns de vaginite são:

- Candidíase Vulvovaginal: causadas por fungos – *Candida albicans* e *Candida glabrata*;
- Vaginose Bacteriana: Causada por bactérias – *Gardnerella vaginalis*, outras;
- Tricomoníase Vulvovaginal: Causada por protozoário – *Trichomonas vaginalis*;

Nem sempre a queixa “**corrimento**” corresponderá ao diagnóstico comprovado de infecção do trato genital inferior. Porém, a anamnese dirigida e específica para os casos com queixa de corrimento, associada ou não ao resultado do exame preventivo, fornecem informações suficientes para seleção de pacientes com real necessidade de tratamento.

A identificação de alterações inflamatórias no exame citopatológico, com ou sem a identificação de agentes patogênicos, não deve ser sinônimo de prescrição medicamentosa.

Em mulheres com queixa espontânea de corrimento vaginal, a realização da anamnese deve incluir a avaliação dos critérios de risco para identificação dos casos em que há maior possibilidade de infecção cervical por gonococo ou clamídia. Nesses casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite/endocervicite, a mulher será considerada assintomática e deve receber o tratamento concomitante, como descrito adiante. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar tratamento, (ver quadro da pag. 28)

O exame ginecológico é parte essencial do fluxograma de conduta e deve ser realizado segundo os passos abaixo:

- Examinar a genitália externa e região anal;
- Separar os lábios vaginais para visualizar o intróito vaginal integralmente;
- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino;
- Fazer o teste de pH vaginal¹, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador do pH na parede vaginal lateral, evitando tocar o colo;
- Colher material para o teste de Whiff - teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, sendo positivo se houver cheiro semelhante ao de peixe podre - e para realização da bacterioscopia²;
- Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical³ - colher *swab* endocervical com cotonete e observar se há muco purulento contrapondo em papel branco;
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos e pesquisa de clamídia.

1, 2, 3 De acordo com a disponibilidade na Unidade de Saúde

Se houver mucopus endocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento para endocervicite - gonorréia e clamídia.

Na presença de testes do pH e das aminas normais ou inconclusivos e bacterioscopia - quando disponível - normal, devem ser afastadas causas fisiológicas e/ou não infecciosas. Não havendo exame microscópico disponível no momento da consulta, utilizar os critérios de Amsel, o qual exige disponibilidade de fita de pH e KOH 10%, sendo 3 de 4 critérios suficientes para o diagnóstico:

- Corrimento branco acinzentado;
- pH > 4.7;
- Teste das aminas positivo;
- *Clue cells* (células chaves) > 20% - exige microscopia.

Valores acima de 4,5 sugerem tricomoniase e/ou vaginose bacteriana. Se o teste de pH for normal - entre 4 e 4,5 - e o teste das aminas for negativo, é preciso investigar uma possível causa fisiológica e/ou não infecciosa, conforme descrito anteriormente. Se a microscopia é disponível, o conteúdo vaginal pode ser visualizado a fresco, com KOH a 10%, ou corado em esfregaço pelo método de Gram.

- presença de *clue-cells* e/ou a ausência de lactobacilos: vaginose bacteriana;
- microorganismos flagelados móveis: tricomoniase;
- hifas ou micélios birrefringentes semelhantes a um caníço e esporos de leveduras: candidíase.

Não estando disponíveis a medida do pH vaginal e o teste das aminas, e sendo visualizado o corrimento vaginal durante o exame especular, a mulher deve ser tratada para todas as possíveis enfermidades que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoniase, vaginose bacteriana e candidíase.

Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias - *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp*, *Mobiluncus sp*, micoplasmas, peptostreptococos -, associado a uma ausência ou redução acentuada dos lactobacilos acidófilos - que são os agentes predominantes na vagina normal. Não se trata de infecção de transmissão sexual, apenas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, ao terem contato com sêmen, que possui pH elevado.

Suas características clínicas incluem:

- corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual; dor às relações sexuais - pouco freqüente;

OBS: embora o corrimento seja o sintoma mais freqüente, quase a metade das mulheres com vaginose bacteriana são completamente assintomáticas. O diagnóstico da vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes três dos seguintes critérios - critérios de Amsel:

- corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável;
- pH vaginal maior que 4,5;
- teste das aminas positivo;
- presença de "clue cells" no exame bacterioscópico.

Observações:

> Parceiros não precisam ser tratados. O espermatozoides, por seu pH elevado, contribui para desequilibrar a flora vaginal em algumas mulheres suscetíveis. O uso de preservativo pode ter algum benefício nos casos recidivantes.

> Há suficiente evidência na literatura para recomendar triagem e tratamento da vaginose bacteriana em gestantes de alto risco para parto pré-termo (ex: pré-termo prévio), para redução dos efeitos adversos perinatais. O mesmo não se pode afirmar em gestação de baixo risco (McDonald et al., 2005). O tratamento deve ser prolongado e por via oral, não em dose única.

Candidíase vulvovaginal

É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento. A relação sexual não é considerada a principal forma de transmissão visto que esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. Cerca de 80 a 90% dos casos são devidos à *Candida albicans* e de 10 a 20% a outras espécies chamadas não-*albicans* - *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*. Apresenta-se em forma de esporo e pseudo-hifa.

Os fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal são:

- gravidez;
- Diabetes mellitus (descompensado);

- obesidade;
- uso de contraceptivos orais de altas dosagens;
- uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores;
- hábitos de higiene e vestuário inadequados (diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local);
- contato com substâncias alérgicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes);
- alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive, a infecção pelo HIV;
- Fatores psicoemocionais relacionados ao estresse.

Sinais e sintomas dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado; podem se apresentar isolados ou associados, e incluem:

- prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável);
- ardor ou dor à micção;
- corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso ("leite coalhado");
- hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva;
- dispareunia; e
- vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa.

O exame direto (a fresco) do conteúdo vaginal, que revela a presença de micélios birrefringentes e/ou de esporos, pequenas formações arredondadas birrefringentes. A visualização dos fungos é facilitada adicionando-se KOH a 10% à lâmina a ser examinada. No teste do pH vaginal, são mais comuns valores menores que 4. Cultura só tem valor quando realizada em meios específicos - Sabouraud; deve ser restrita aos casos nos quais a sintomatologia é muito sugestiva e todos os exames anteriores forem negativos. Também é indicada nos casos recorrentes, para identificar a espécie de candida responsável. O simples achado de candida na citologia oncológica em uma mulher assintomática não permite o diagnóstico de infecção clínica e, portanto, não justifica o tratamento.

Nos casos de candidíase recorrente - 4 ou mais episódios por ano -, a mulher deve ser aconselhada e orientada a realizar o teste anti-HIV, além de serem investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, infecção pelo HIV e uso de corticóides.

Observações:

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle. Nesses casos, devem-se investigar causas sistêmicas predisponentes. Tratar com:

- Fluconazol 150 mg, VO, dose única; ou
- Itraconazol 200 mg, VO, de 12/12h, só duas doses; ou
- Cetoconazol 400 mg, VO, por dia, por 5 dias.

Parceiros: não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas.

Em mulheres que apresentam candidíase recidivante (4 ou mais episódios por ano) devem ser investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticóides e outros.

Tricomoniase genital

É uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório a cérvix uterina, a vagina e a uretra. Sua principal forma de transmissão é a sexual. O risco de transmissão por ato é de 60 a 80% (Bowden & Garnett, 2000). Pode permanecer assintomática no homem e, na mulher, principalmente após a menopausa. Na mulher, pode acometer a vulva, a vagina e a cérvix uterina, causando cervicovaginite. Excepcionalmente, causa corrimento uretral masculino. Suas características clínicas são:

- corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso;
- prurido e/ou irritação vulvar;
- dor pélvica, ocasionalmente;
- sintomas urinários – disúria e/ou polaciúria;
- hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas - colpíte difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa;
- teste de Schiller aspecto “tigróide” .

Utiliza-se o exame direto (a fresco) do conteúdo vaginal ao microscópio, de fácil realização e interpretação. Colhe-se uma gota do corrimento, coloca-se sobre a lâmina com uma gota de solução fisiológica e observa-se ao microscópio, com o condensador baixo, objetiva de 10 - 40x, buscando o parasita

flagelado movimentando-se ativamente entre as células epiteliais e os leucócitos. O simples achado de *Trichomonas vaginalis* em uma citologia oncológica de rotina impõe o tratamento da mulher e também do seu parceiro sexual, já que se trata de uma DST.

A tricomoníase vaginal pode alterar o resultado da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia para avaliar se há persistência dessas alterações. O teste do pH vaginal frequentemente mostra valores acima de 4,5. A cultura é valiosa em crianças, em casos suspeitos e com exame a fresco e esfregaço repetidamente negativos. É muito difícil de ser realizada, pois requer meio específico e condições de anaerobiose - meio de Diamond. Deve ser recomendada em casos de difícil diagnóstico. O PCR - reação em cadeia da polimerase - é o padrão-ouro para diagnóstico, mas é de difícil acesso.

Parceiros: tratar ao mesmo tempo que a paciente e com o mesmo medicamento em dose única.

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Lembrar que apenas a tricomoníase é uma DST. A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas.

Observações:

- Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool - efeito antabuse, devido interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas, "gosto metálico na boca".
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 3 meses, para avaliar se as alterações persistem.
- Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais.
- Manter o tratamento se a mulher menstruar.
- Entre as causas de corrimento vaginal, a tricomoníase é a única que se transmite sexualmente. Assim, só nesses casos se justificam as ações complementares de controle de DST apresentadas em outros capítulos que incluem: aconselhar, oferecer testes VDRL, anti-HIV, sorologia para Hepatite B e C. Enfatizar adesão ao tratamento, convocar parceiro(s), notificar, agendar retorno.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS VULVOVAGINITES

Doença	Agente	Aspecto	Odor	PH	Teste das Aminas	Microscopia Ωà Fresco
Candidíase	<i>C. albicans</i>	Branco grumoso	Inodoro	<4	negativo	Hifas e esporos birrefringentes
Tricomoniase	<i>T.vaginalis</i>	Abundante, amarelado/esverdeado, bolhoso	Não característico	>4,5	negativo	Protozoários flagelados móveis
Vaginose	<i>G.vaginalis</i> , outros	Acinzentado, homogêneo, cremoso ou fluido	Fétido	>4,5	positivo	Clue cells; Ausência de lactobacilos

A seguir, de acordo com o fluxograma acima, as opções de tratamento a partir da abordagem sintomática. As situações especiais, bem como informações referentes ao acompanhamento e ao tratamento do(a) parceiro(a), estão disponíveis em cada síndrome específica.

OPÇÕES DE TRATAMENTO

	1ª opção	2ª opção	Outras opções (gestantes após o 1º trimestre e durante a amamentação)
Tricomoniase	Metronidazol 2g VO dose única ou Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO 7 dias	Secnidazol 2g, VO, dose única ou Tinidazol 2g VO dose única	Metronidazol 2 g VO dose única ou Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias ou 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias
Vaginose bacteriana	Metronidazol 400 a 500mg de 400-500mg 12/12hs VO 7 dias	Metronidazol 2 g VO dose única ou Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias.	Metronidazol 250 mg 3 vezes ao dia durante 7 dias ou Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias

continua

conclusão

OPÇÕES DE TRATAMENTO			
	1ª opção	2ª opção	Outras opções (gestantes após o 1º trimestre e durante a amamentação)
Candidíase	Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.	Fluconazol- 150 mg VO em dose única ou Itraconazol 200mg VO 12/12 hs em 1 dia ou Cetoconazol 400mg VO/dia por 5 dias	Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias

Endocervicite - Abordagem Síndrômica:

Endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical – epitélio colunar do colo uterino. Estudos têm demonstrado que a etiologia das endocervicites está relacionada com *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*. Embora a infecção seja assintomática em 70-80% dos casos, a mulher portadora de cervicite poderá vir a ter sérias complicações se não for tratada. Uma cervicite prolongada, sem o tratamento adequado, pode-se estender ao endométrio e às trompas, causando Doença Inflamatória Pélvica – DIP -, sendo a esterilidade, a gravidez ectópica e a dor pélvica crônica, as principais seqüelas. Por isso, é importante, como rotina, a verificação da presença de fatores de risco – escore de risco –, por meio da realização da anamnese e do exame ginecológico atento em todas as mulheres que procuram assistência médica ou ginecológica por qualquer motivo. Alguns sintomas genitais leves, como corrimento vaginal, dispareunia - dor/desconforto na relação sexual - ou disúria - dor/dificuldade ao urinar -, podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta. O colo do utero pode ficar edemaciado, sangrando facilmente ao toque da espátula. Pode ser verificada a presença de mucopus no orifício externo do colo.

O método ideal para o diagnóstico da endocervicite gonocócica é a cultura do gonococo em meio seletivo - Thayer-Martin -, a partir de amostras endocervicais, visto que, na mulher diferentemente do homem, a coloração pelo método de Gram tem uma sensibilidade de apenas 30%, não sendo indicada. O PCR para diagnóstico da endocervicite por gonococo é considerada juntamente com a cultura como

padrão ouro, entretanto, só está disponível em alguns laboratórios de referência. O diagnóstico definitivo da endocervicite causada por *Chlamydia trachomatis* também é feito pela cultura, pouco acessível na prática, pela imunofluorescência direta de material colhido de colo uterino, pela pesquisa por PCR e pela captura híbrida.

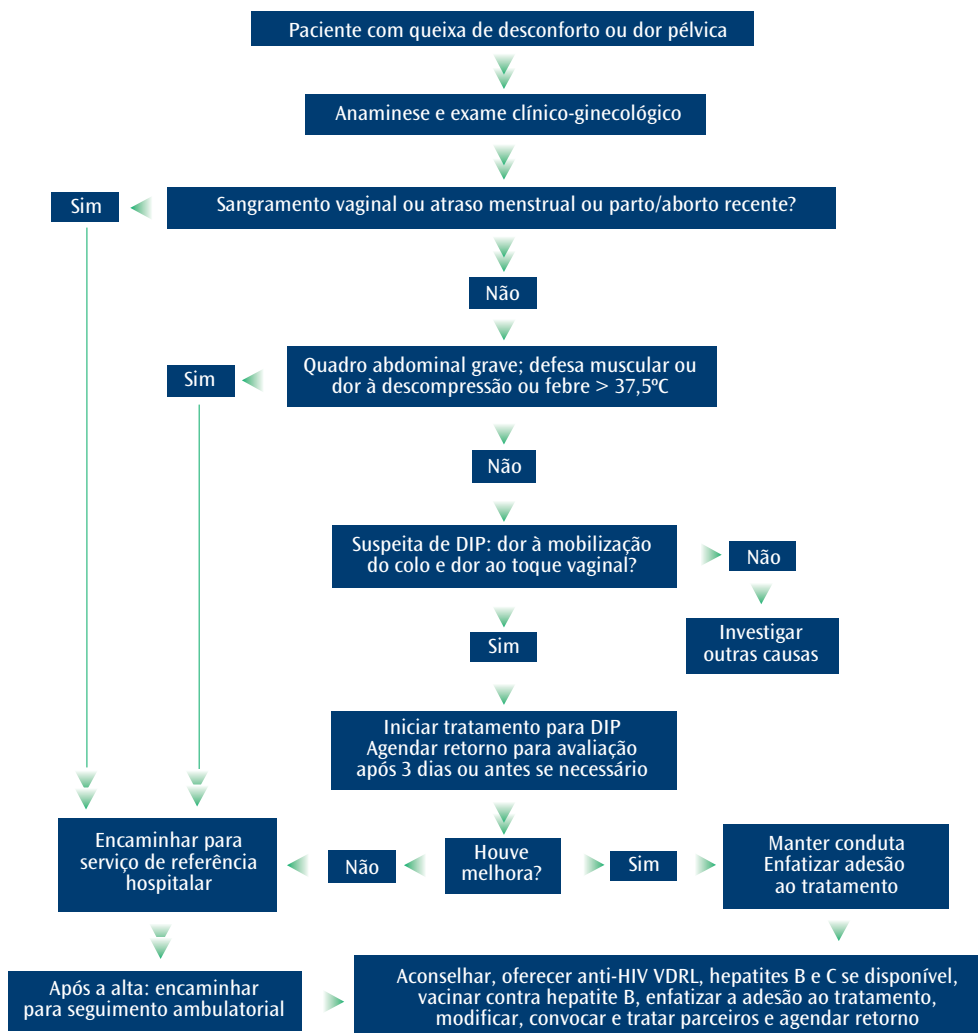
Dada à dificuldade da realização dos procedimentos diagnósticos no momento da consulta, à alta prevalência de gonococos e clamídia nas endocervicites, objetivando prevenir DIP e seqüelas que podem comprometer a saúde reprodutiva da mulher, justifica-se o tratamento combinado de gonorréia e clamídia se houver sinais de endocervicite ou se os critérios de risco estiverem presentes.

OPÇÕES DE TRATAMENTO			
Agentes microbiológicos	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Clamídia	Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias; ou Tetraciclina 500mg oral, 4x/dia, 7 dias; ou Ofloxacina 400mg oral, 2x/dia, 7 dias	Em menores de 18 anos e gestantes, contra-indicar ofloxacina. Indicar azitromicina, eritromicina ou amoxicilina (500 mg, VO de 8/8 horas, por 7 dias)
+			
Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única;	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única; ou Espectinomicina 2g IM dose única	Em menores de 18 anos e gestantes, está contra-indicado o uso de ciprofloxacina ou ofloxacina

Parceiros: devem ser tratados, preferencialmente com medicamentos de dose única.

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas preconizados pelo PN DST/AIDS/MS.

6.2.1.3. Dor Pélvica - Abordagem Sindrômica



O exame ginecológico deve seguir os mesmos passos já descritos no fluxograma de corrimento vaginal. Se houver corrimento e possibilidade de apoio laboratorial, coletar material para realização de bacterioscopia - *swab* em lâmina a seco e em um gota de soro fisiológico. Fazer teste do pH e teste das aminas. Em seguida, limpar o colo uterino e observar se existe mucopus endocervical - teste do cotonete - ou friabilidade do colo. Após exame da vulva, vagina, colo uterino e conteúdo vaginal, realizar o exame pélvico bimanual. Ao toque vaginal, pesquisar hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos, e a presença de massas ou coleções.

Mulheres com atraso menstrual, parto ou aborto recente, com perda de sangue pela vagina podem vir a desenvolver um quadro grave e, portanto, devem ser encaminhadas imediatamente para um

serviço de referência. Ao exame, verificar se existe abertura do orifício cervical e/ou fragmentos fetais residuais.

Quadro abdominal grave: se a mulher apresenta sinais de peritonite - Blumberg, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca, durante o exame abdominal, ou apresentar hipertermia maior ou igual a 37,5°C, *deverá ser encaminhada para serviço de referência* a fim de possibilitar o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Quando, ao exame clínico-ginecológico, houver presença de discreta defesa muscular ou dor à descompressão e/ou dor à mobilização do colo, deve-se iniciar o tratamento para DIP. Havendo condições para realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da mulher em ambulatório, poderá ser realizado conforme esquema sugerido a seguir.

Após a limpeza do colo do útero, se for observado mucopus endocervical ou friabilidade, ou teste do cotonete positivo, configura-se o quadro de cervicite mucopurulenta. Não sendo identificados esses dois sinais, mas havendo algum critério de risco positivo, estabelece-se o diagnóstico presuntivo de endocervicite. Em caso negativo, outras possíveis causas da dor ou desconforto pélvicos devem ser investigadas: infecções do trato urinário, endometriose, varizes pélvicas, aderências pélvicas, tumores pélvicos, alterações gastro-intestinais – verminoses, constipação intestinal, doenças da vesícula. Nesses casos, encaminhar, se necessário, ao especialista.

Ao iniciar o tratamento para DIP no ambulatório, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após 3 dias, ou antes, se não houver melhora ou se houver piora do quadro. Se a paciente for usuária de DIU, esse deve ser retirado.

Tratamento de DIP leve, sem sinais de peritonite importante ou febre (tratamento ambulatorial):					
Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única	+	CDoxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias	+	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias
Esquema 2	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias; ou Ciprofloxacina 500 mg VO 12/12horas por 14 dias.	+	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	+	Metronidazol 500 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias

Medidas gerais: Repouso, abstinência sexual, retirar o DIU se usuária - pelo menos após 6h de cobertura com antibiótico -, tratamento sintomático - analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais.

Se, ao retornar em 3 dias, a mulher estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, recomendando-se sempre a necessidade de completá-lo. **Não havendo melhora do**

quadro, a mulher deverá ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.

Incluir as ações complementares: aconselhar, oferecer VDRL, sorologia hepatite B e C anti-HIV, convocar parceiro(as), notificar e agendar retorno.

Encorajar a mulher a comunicar sobre sua doença a todas as pessoas com as quais manteve contato sexual durante os últimos dois meses. Fornecer às mulheres cartões de convocação para parceiros devidamente preenchidos. Essa medida é fundamental para romper a cadeia de transmissão e evitar que a mulher se reinfecte. Não havendo suspeita de DIP, e afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.

O anexo 3, apresenta um resumo das principais síndromes clínicas.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª Edição- 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica , vol 1 Aids e Hepatites Virais, pag. 423, 5ª edição, ano 2002.

7. INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

A infecção pelo HPV tem sido associada diretamente com o câncer do colo uterino, tanto pela população, quanto pelos profissionais de saúde. A presença de alguns tipos de HPV realmente é encontrada em cerca de 95% dos casos desse câncer, mas existem inúmeros tipos de HPV com baixo potencial de oncogenicidade e o desenvolvimento ou não das lesões precursoras - Lesões Intraepiteliais Cervicais – LIE - depende de vários outros fatores relacionados a/ao hospedeira/o. Segundo uma quantidade considerável de estudos*, ocorre a remissão espontânea das lesões. Além disso, a realização de exames preventivos do câncer do colo uterino periodicamente é a medida mais efetiva para o controle das lesões induzidas pelo HPV, evitando o desenvolvimento do câncer.

O Papilomavírus humano - HPV é um DNA-vírus do grupo papovavírus, com mais de 100 tipos reconhecidos atualmente, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em dois grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo do útero, da vulva, da vagina e da região anal ^{1,2}.

A infecção é de transmissão freqüentemente sexual, apresentando-se na maioria das vezes de forma assintomática ou como lesões subclínicas (inaparentes). As lesões clínicas, quando presentes podem ser planas ou exofíticas, também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. Na forma subclínica, são visíveis apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e após aplicação de reagentes como o ácido acético. Quando assintomático, pode ser detectável por meio de técnicas moleculares.

* BRAUN, O.L., - Role of human immunodeficiency virus infection in the pathogenesis of Human Papillomavirus associated cervical neoplasia. Am. J. Pathol., 144:209-214, 1994.
HOWLEY, P. - Role of the Human papillomaviruses in Human cancer. Cancer Res. 51:5019-5022, 1991.
VIDAL, M. *Ética da Sexualidade*. São Paulo, Edições Loyola, 2002.
VILLIERS, E.M. - Heterogeneity of the Human papillomavirus group. J. Virol. 63:4898-4903, 1989.
VISCIDI, R. P. & SHAH, K.V. - Immune response to infections with Human papillomaviruses. In: Advances in host defence mechanisms. Quinn, T.C., Gallin, J.I., Fauci, A.S. eds, New York, Raven Press, 1992.

7.1. Associação de subtipos HPV e doenças neoplásicas e seus precursores

Classificação

Baixo risco: Estão associados às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e Lesões intra-epiteliais – LIE - de baixo grau. Estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes, verrugas genitais visíveis, e podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus.

Tipos de HPV: 6, 11, 42, 43 e 44

Alto risco: Possuem uma alta correlação com as Lesões intra-epiteliais (LIE) de alto grau e carcinomas do colo uterino, da vulva, do ânus e do pênis (raro).

Tipos de HPV: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68

Não é conhecido o tempo que o vírus pode permanecer em estado latente e que fatores são responsáveis pelo desenvolvimento de lesões. Pode permanecer por muitos anos em estado latente. A recidiva das lesões do HPV está relacionada à ativação de "reservatórios" de vírus e à reinfecção pelo parceiro sexual. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento de lesões - incubação, que pode variar de semanas a décadas. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau são os tipos virais presentes e os co-fatores, como o estado imunológico e o tabagismo.

7.2. Infecção clínica pelo HPV – com lesão macroscópica

Na forma clínica condilomatosa as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, mais freqüentemente, no homem, na glândula, no sulco bálano-prepucial e na região perianal, e na mulher, na vulva, no períneo, na região perianal, na vagina e no colo do útero. Menos freqüentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucoso-nasal, oral e laringea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos.

Os tipos 6 e 11 raramente se associam ao carcinoma invasivo de células escamosas; são mais associados como agentes etiológicos dos condilomas - lesões clínicas. Os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 e 58, são encontrados ocasionalmente na forma clínica da infecção - verrugas genitais. Têm sido associados a lesões externas - vulva, pênis e ânus - e com neoplasias intra-epiteliais ou invasivas do colo uterino e vagina. Quando na genitália externa, estão associados a carcinoma in situ de células escamosas, papulose Bowenóide, eritroplasia de Queyrat e doença de Bowen. Mulheres com verrugas genitais podem estar infectadas simultaneamente com vários tipos de HPV.

O diagnóstico do condiloma vulvar é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia. A biópsia está indicada quando:

- existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- lesões não responderem ao tratamento convencional;
- lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento;
- o/a usuário/a for imunodeficiente.

Existem diversos métodos que podem ser utilizados na detecção precoce desse tipo de câncer, mas o exame citopatológico, ainda hoje, é o mais empregado para o rastreamento em mulheres assintomáticas. O diagnóstico deve ser confirmado pelo exame histopatológico (ver capítulo 8).

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das lesões condilomatosas, o que leva a cura na maioria dos/as usuários/as. Nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecerem inalterados ou aumentar em tamanho ou número.

Os tratamentos disponíveis para condilomas são: ácido tricloroacético (ATA), podofilina, crioterapia, eletrocoagulação e exérese cirúrgica, de acordo com a complexidade da Unidade de Saúde. Nenhum dos tratamentos disponíveis é superior aos outros e nenhum tratamento será o ideal para todos os pacientes nem para todas as lesões, ou seja, cada caso deverá ser avaliado individualmente para a escolha da conduta mais adequada. Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são: o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia e preferência do/a usuário/a, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde. Sempre que necessário, a mulher deverá ser encaminhada à Unidade de Referência.

Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor à terapêutica tópica (ATA, podofilina) que as verrugas em superfícies secas. Deve-se mudar de opção terapêutica quando não houver melhora substancial depois de um período de tratamento.

No entanto, na maioria dos casos, a resposta lenta se relaciona mais diretamente às condições do hospedeiro do que propriamente à terapêutica adotada. É necessário, portanto, que a paciente seja orientado no sentido de melhorar suas condições de saúde geral e local e seja tranquilizado quanto a aguardar o tempo de evolução da doença, que muitas vezes pode levar um ano. As condutas nesses casos devem ser mais conservadoras, evitando mutilações desnecessárias.

7.3. Opções terapêuticas (podem estar disponíveis em Unidade Básica de Saúde)

Podofilina 10-25% (em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim): a podofilina contém uma série de substâncias com ação antimitótica. Além da irritação local, sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. Nunca usar durante a gravidez. É indicada para tratar lesões externas, sendo necessário proteger a pele em volta da lesão com vaselina ou outra substância similar antes de iniciar o tratamento. A aplicação deve ser feita com cotonete ou similar que apresente extremidade distal fina, possibilitando a precisão da aplicação em cada lesão que, após ser feita, aguarda-se secar. Repetir semanalmente se necessário. Recomenda-se a utilização de até 0,5 ml em cada aplicação ou a limitação da área tratada a 10 cm² por sessão. Alguns autores recomendam que a solução seja retirada por lavagem em 1-4 horas depois da aplicação.

Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90%, utilizado para tratamento do colo uterino, e a 50% para tratamento da vulva, em solução alcoólica: o ATA é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo protéico. Como normalmente o ATA é aplicado em mucosas, o uso prévio de anestésico alivia sensivelmente a dor. Aplicar pequena quantidade, como descrito para a podofilina 10- 25%, somente nos condilomas, pois quando afetadas áreas não doentes, a dor pode ser intensa e pode provocar lesões iatrogênicas, e deixar secar, após o que a lesão ficará branca. Deve ser aplicada com cuidado, deixando secar antes mesmo do paciente mudar sua posição para que a solução não se espalhe. Se a dor for intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário. Esse método poderá ser usado durante a gestação, quando a área lesionada não for muito extensa. Do contrário, deverá ser associado à exérese cirúrgica.

Exérese cirúrgica: é o método indicado para o tratamento de poucas lesões quando é desejável exame histopatológico do espécime. Os condilomas podem ser retirados por meio de uma incisão tangencial com tesoura delicada, bisturi ou cureta. A hemostasia pode ser obtida por eletrocoagulação. Normalmente a sutura não é necessária. Esse método traz maiores benefícios aos/as usuários/as que tenham grande número de lesões ou extensa área acometida, ou ainda, em casos resistentes a outras formas de tratamento. Nesses casos, é indicada sua realização em Unidades de Média Complexidade.

7.3.1. Outras opções terapêuticas*

Eletrocauterização ou Eletrocoagulação ou Eletrofulguração: exige equipamento específico, eletrocautério, e é indicado para remover ou fulgurar lesões isoladas. Sempre deve ser realizado sob anestesia local.

* Medicções e procedimentos disponíveis em Unidades de Referência ou não disponíveis no Sistema Único de Saúde

Criocauterização ou Crioterapia ou Criocoagulação: promove a destruição térmica por dispositivos metálicos resfriados por CO₂, criocautérios, por meio de equipamento específico e elimina as verrugas por induzir citólise térmica. É útil quando há poucas lesões ou nas lesões muito ceratinizadas. Podem ser necessárias mais de uma sessão terapêutica, respeitando-se um intervalo de 1 a 2 semanas. Raramente anestesia é necessária. Pode facilitar o tratamento se houverem muitas lesões ou uma extensa área envolvida.

Podofilotoxina 0,15% creme: indicado para auto-aplicação em genitália externa, a podofilotoxina tem o mecanismo de ação semelhante ao da podofilina. Está contra-indicado o uso em crianças e mulheres grávidas.

Imiquimod 5% creme: Imiquimod (imidazolquinolina) é um medicamento tópico para auto-aplicação que estimula a produção local de interferon e outras citocinas, das quais a principal delas é o interferon alfa. Apresenta indicações precisas. A segurança de imiquimod durante gravidez não foi estabelecida e, por isso, não se recomenda o seu uso na gravidez. O tratamento pode ser prolongado e de alto custo.

Interferon: age reprimindo as multiplicações viróticas, inibindo a multiplicação celular e a proliferação epitelial. O interferon é mais indicado como tratamento adjuvante em lesões persistentes ou recidivantes, sobretudo, em imunodeprimidos. Não há relatos de teratogenicidade, porém, a droga deve ser evitada na gravidez e na amamentação. Deve ser evitada também em pessoas com cardiopatias, hepatopatias e doença renal crônica. O custo elevado da droga e os efeitos colaterais limitam a sua utilização.

Vaporização à LASER: método que pode ser empregado em ambulatório com anestesia local e que apresenta bons resultados em lesões vulvares, freqüentemente queratinizadas e que muitas vezes não respondem adequadamente a agentes químicos. Apresenta um bom resultado no tratamento de lesões vaginais, pois possibilita a intervenção em áreas de difícil manejo por outros métodos, como por exemplo, lesões em fôrnices e nas pregas vaginais. Produz escassa perda sangüínea e bons resultados estéticos, principalmente na vulva e vagina. A necessidade de treinamento especial do/a médico/a e o alto custo do equipamento limitam o seu uso.

7.4. Seguimento

As mulheres devem ser orientadas sobre a possibilidade de recorrência, o que freqüentemente acontece nos três primeiros meses e aconselhadas quanto à necessidade de exame periódico de lesões do colo do útero (ver capítulo 8).

7.5. Conduta para os parceiros sexuais

Os parceiros sexuais de pacientes com condilomas devem ser buscados, uma vez que poderão se beneficiar de exame clínico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados, ou de outras DST, e pela avaliação de lesões sub clínicas como NIP - Neoplasia Intraepitelial Peniana. Eventualmente, podem ser transmissores de condiloma para outras parcerias sexuais. Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, as mulheres e seus/as parceiros/as devem ser informados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir, o risco de transmissão para parceiros/as não infectados/as.

Gestantes

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período (ver capítulo 8). Os tipos 6 e 11 podem causar papilomatose laringeal em recém-nascidos e crianças, mas é uma situação clínica muito rara. Ignora-se, até o momento, se a via de transmissão é transplacentária, perinatal ou pós-natal. Há controvérsias a respeito da operação cesariana como valor preventivo em relação à transmissão. Portanto, não deve ser realizada para prevenção da transmissão vertical do HPV, apenas quando o tamanho e localização das lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana deverá ser indicada.

A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e número das lesões:

- Lesões pequenas, isoladas e externas: ATA, eletro ou criocauterização em qualquer fase;
- Lesões condilomatosas grandes, excluindo o colo do útero e vagina: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência ou exérese por alça diatérmica, em qualquer fase da gravidez. Esse procedimento exige profissional habilitado, visto que pode provocar sangramento importante e deve restringir-se à lesão propriamente dita.
- Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: ATA, eletro ou criocauterização, a partir do 2º trimestre;
- Nunca usar Podofilina durante qualquer fase da gravidez;
- Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto;
- Lesões subclínicas intra-epiteliais de baixo ou alto grau: conduta descrita no capítulo sobre câncer de colo do útero.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª Edição- 2006

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiologica , vol 1 Aids e Hepatites Virais, pag. 423, 5ª edição, ano 2002.

BRAUN, O.L., - Role of human immunodeficiency virus infection in the pathogenesis of Human Papilomavírus associated cervical neoplasia. Am. J. Pathol., 144:209-214, 1994.

HOWLEY, P. - Role of the Human papillomaviruses in Human cancer. Cancer Res. 51:5019-5022, 1991.

VILLIERS, E.M. - Heterogeneity of the Human papillomavirus group. J. Virol. 63:4898-4903, 1989.

VISCIDI, R .P. & SHAH, K.V. - Immune response to infections with Human papillomaviruses. In: Advances in host defence mechanisms. Quinn ,T.C., Gallin, J.I., Fauci, A.S. eds, New York, Raven Press, 1992.

8. CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

8.1. Anatomia e Fisiologia do Útero

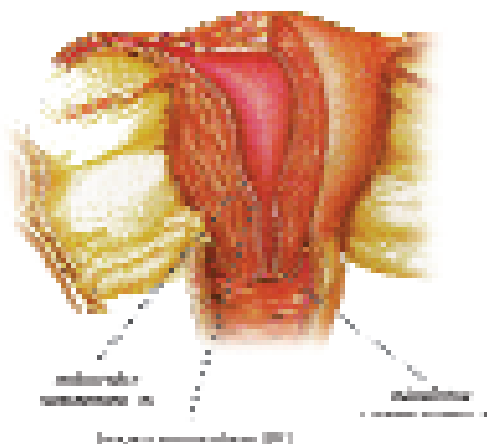
O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. Essa última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro do canal vaginal.

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco - epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar – JEC -, que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher.

Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da menacme, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse – ectopia ou eversão.

Vale ressaltar que a ectopia é uma situação fisiológica e por isso a denominação de "ferida no colo do útero" é inadequada.

Nessa situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil à essas células. Assim, células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, por meio de metaplasia, se transformam em células mais adaptadas – escamosas –, dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nessa região, pode ocorrer obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. É nessa zona em que se localizam mais de 90% das lesões cancerosas do colo do útero.

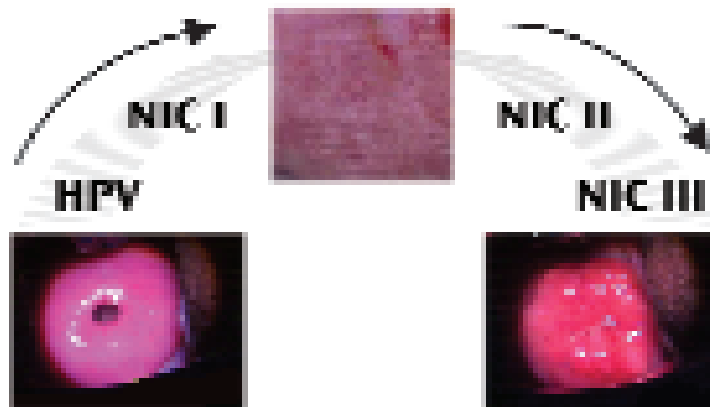


8.2. História Natural da Doença

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos.

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Essa desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau I - NIC I – Baixo Grau (anormalidades do epitélio no 1/3 proximal da membrana). Se a desordenação avança 2/3 proximais da membrana estamos diante de uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II - NIC II – Alto Grau. Na Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau III - NIC III – Alto Grau, o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal.

A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas essas etapas.



8.3. Fatores de Risco Associados ao Câncer do Colo do Útero

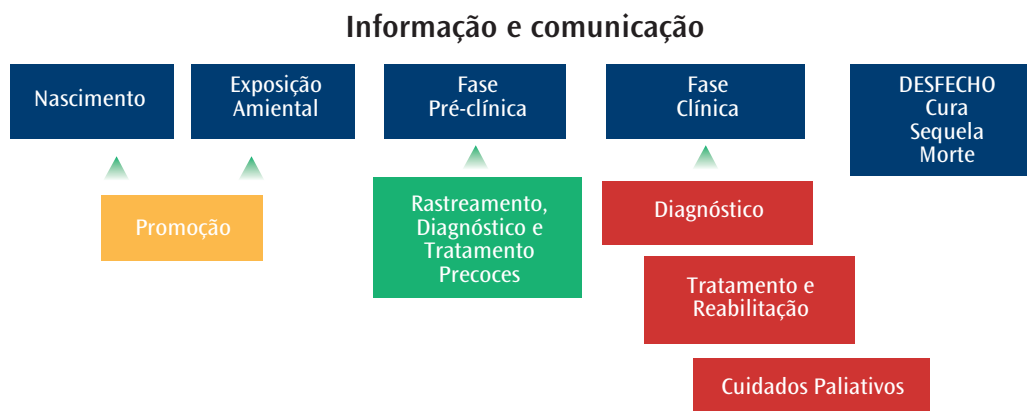
Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer do colo do útero são:

- Infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV - sendo esse o principal fator de risco;
- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados;
- Baixa condição sócio-econômica;
- Imunossupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;
- Higiene íntima inadequada

8.4. Manifestações Clínicas

- O câncer do colo do útero é uma doença de crescimento lento e silencioso;
- Existe uma fase pré-clínica, sem sintomas, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras são por meio da realização periódica do exame preventivo do colo do útero.
- Progredir lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, se não impossível. Nessa fase os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor.

8.5. Linha de Cuidado



8.5.1. Promoção

Incentivo à mulher a adotar hábitos saudáveis de vida, ou seja, estímulo à exposição aos fatores de proteção. Dicas que podem ajudar na prevenção de várias doenças, inclusive do câncer:

- Uma alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40%. Comer mais frutas, legumes, verduras, cereais e menos alimentos gordurosos, salgados e enlatados. A dieta deveria conter diariamente, pelo menos, cinco porções de frutas, verduras e legumes. Dar preferência às gorduras de origem vegetal como o azeite extra virgem, óleo de soja e de girassol, entre outros, lembrando sempre que não devem ser expostas a altas temperaturas. Evitar gorduras de origem animal – leite e derivados, carne de porco, carne vermelha, pele de frango, entre outros – e algumas gorduras vegetais como margarinas e gordura vegetal hidrogenada.
- Atividade física regular, qualquer atividade que movimente seu corpo;
- Evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas;
- Parar de fumar!

Tabagismo e a mulher

Uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento, como o Brasil.

O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco incluem-se os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero.

Com a participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho seu papel social também foi se alterando rapidamente. A mulher passou a ter mais poder, tanto aquisitivo, quanto de decisão, dentro da própria sociedade, onde já exercia um papel fundamental de modelo de comportamento para seus filhos.

Em decorrência de todas essas mudanças, a mulher tornou-se um dos alvos prediletos da publicidade da indústria do tabaco, que passou a divulgar o cigarro como símbolo de emancipação e independência. Isso fez e continua fazendo com que o número de fumantes, principalmente entre o sexo feminino, aumente na América Latina.

A mulher fumante tem um risco maior de infertilidade, câncer de colo de útero, menopausa precoce, em média dois anos antes, dismenorréia e irregularidades menstruais.

O que acontece?

Estatísticas revelam que os fumantes comparados aos não fumantes apresentam um risco de:

- 10 vezes maior de adoecer de câncer de pulmão;
- 5 vezes maior de sofrer infarto;
- 5 vezes maior de sofrer de bronquite crônica e enfisema pulmonar;
- 2 vezes maior de sofrer derrame cerebral.

Além desses riscos as mulheres fumantes devem saber que:

O uso de anticoncepcionais associado ao cigarro aumenta em 10 vezes o risco de sofrer derrame cerebral e infarto.

Grávidas fumantes aumentam o risco de:

- Ter aborto espontâneo em 70%;
- Perder o bebê próximo ou depois ao parto em 30%;
- O bebê nascer prematuro em 40%;
- Ter um bebê com baixo peso em 200%.

Mais informações sobre Tabagismo está disponível na página eletrônica do Instituto Nacional de Câncer - INCA (www.inca.gov.br/tabagismo).

8.5.2. Detecção Precoce/Rastreamento

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero; exame de Papanicolaou; citologia oncológica; PapTest.

A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, dentre elas o Programa Viva Mulher-Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos. Parte da manutenção das taxas podem estar associadas ao aumento e a melhoria do diagnóstico que melhora a qualidade da informação e dos atestados de óbitos. Por sua vez, dentre as causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com:

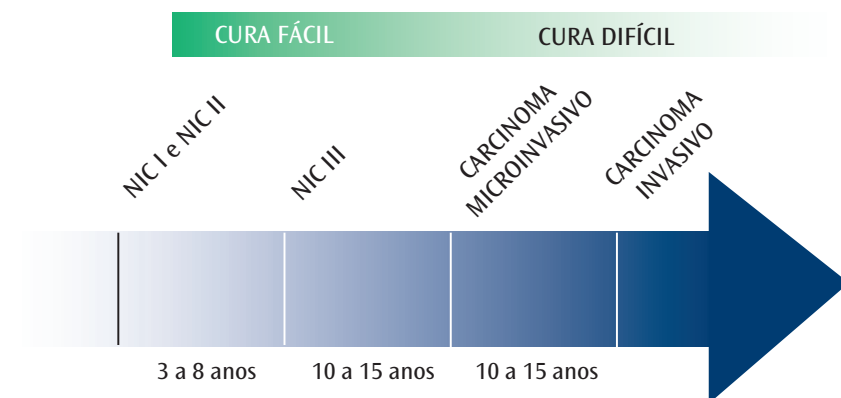
1. A dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde;
2. A baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte;
3. A capacidade do sistema público em absorver a demanda que chega as unidades de saúde;
4. A dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção - atenção básica, média complexidade e alta complexidade – e de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

8.5.2.1. Faixa Etária e Periodicidade para Realização do Exame Preventivo do Colo do Útero

A periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988, permanece atual e está em acordo com as recomendações dos principais programas internacionais.

O exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Essa recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave.



Os estudos têm demonstrado que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para NIC II esse tempo é de 38 meses e, para NIC III, de 12 meses. Em geral, estima-se que a maior parte das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos. Por outro lado, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos calcula que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto que 30% a 70% terão evoluído decorridos 10 a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento.

Segundo a OMS, estudos quantitativos têm demonstrado que, nas mulheres entre 35 a 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com a mesma eficácia da realização anual. Conforme apresentado abaixo, a expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer, após um resultado negativo, é praticamente a mesma, quando o exame é realizado anualmente – redução de 93% do risco – ou quando ele é realizado a cada 3 anos – redução de 91% do risco.

Efeito protetor do rastreamento para câncer do colo do útero de acordo com o intervalo entre os exames, em mulheres de 35 a 64 anos.

Intervalo entre os exames	Redução na incidência cumulativa
1 ano	93
2 anos	93
3 anos	91
5 anos	84
10 anos	64

Fonte: van Oortmarssen et al., 1992.

No Brasil observa-se que, a maior parte do exame preventivo do colo do útero, é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para cuidados relativos à natalidade. Isso leva a subaproveitar a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco.

A identificação das mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram exame na vida, é o objetivo da captação ativa. As estratégias devem respeitar as peculiaridades regionais envolvendo lideranças comunitárias, profissionais de saúde, movimentos de mulheres, meios de comunicação entre outros.

Em relação às mulheres acima da faixa etária recomendada, torna-se imperativo que sejam levados em consideração: (1) os fatores de risco, (2) a frequência de realização dos exames, (3) os resultados dos exames anteriores. A frequência do rastreamento deverá ser para cada caso individualizado. É fundamental que a equipe de saúde incorpore na atenção às mulheres no climatério, orientação sobre o que é e qual a importância do exame preventivo do colo do útero, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco.

Idade média da incidência máxima das lesões



Fonte : Potén, J., Adami, H. Bergström R et al 1996 Mitchell and Schottenfeld

Situações Especiais

Mulher grávida: não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento. Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. Não está contra-indicada a realização do exame em mulheres grávidas, a coleta deve ser feita com a espátula de Ayre e não usar escova de coleta endocervical.

Mulheres virgens: a coleta em virgens não deve ser realizada na rotina. A ocorrência de condilomatose genital externa, principalmente vulvar e anal, é um indicativo da necessidade de realização do exame do colo, devendo-se ter o devido cuidado e respeitando a vontade da mulher.

Mulheres submetidas a histerectomia:

- Histerectomia total recomenda-se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal.
- Histerectomia subtotal: rotina normal

Mulheres com DST: devem ser submetidas à citopatologia mais frequentemente pelo seu maior risco de serem portadoras do câncer do colo do útero ou de seus precursores. Já as mulheres com condilomas em genitália externa não necessitam de coletas mais frequentes do que as demais, salvo em mulheres imunossuprimidas.

Nas ocasiões em que haja mais de 12 meses do exame citopatológico:

- **A coleta deverá ser realizada assim que a DST for tratada;**
- A coleta também deve ser feita quando a mulher não souber informar sobre o resultado do exame anterior, seja por desinformação ou por não ter buscado seu resultado. Se possível, fornecer cópia ou transcrição do resultado desse exame à própria mulher. Nos casos dos serviços que dispuserem de documentos específicos como a Agenda da Mulher, os resultados devem ser registrados nos espaços indicados.

É necessário ressaltar que a presença de colpites, corrimentos ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da citopatologia. Nesses casos, a mulher deve ser tratada e retornar para coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero (conforme exposto na abordagem sobre as DST).

Se for improvável o seu retorno, a oportunidade da coleta não deve ser desperdiçada. Nesse caso, há duas situações:

1. Quando é possível a investigação para DST, por meio do diagnóstico bacteriológico, por exemplo bacterioscopia, essa deve ser feita inicialmente. A coleta para exame citopatológico deve ser feita por último.
2. Nas situações em que não for possível a investigação, o excesso de secreção deve ser retirado com algodão ou gaze, embebidos em soro fisiológico e só então deve ser procedida a coleta para o exame citopatológico.

A presença do processo inflamatório intenso prejudica a qualidade da amostra. O tratamento dos processos inflamatórios/DST diminuem o risco de insatisfatoriedade da lâmina.

8.5.2.2. Coleta do Material para o Exame Preventivo do Colo do Útero

É uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice. Para a coleta do material, é introduzido um espécule vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical.

Uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realizá-lo e de que tem o material necessário para isso. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação.

8.5.2.2.1. *Recomendações prévias a mulher para a realização da coleta do exame preventivo do colo de útero*

Para realização do exame preventivo do colo do útero e a fim de garantir a qualidade dos resultados recomenda-se:

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;
- Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- Anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame.
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguarda o 5º dia após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada.

Por vezes, em decorrência do déficit estrogênico, a visualização da junção escamo-colunar e da endocérvice pode encontrar-se prejudicada, assim como pode haver dificuldades no diagnóstico citopatológico devido à atrofia do epitélio. Uma opção seria o uso de cremes de estrogênio intravaginal, de preferência o estriol, devido à baixa ocorrência de efeitos colaterais, por 07 dias antes do exame, aguardando um período de 3 a 7 dias entre a suspensão do creme e a realização do preventivo.

Na impossibilidade do uso do creme, a estrogenização pode ser por meio da administração oral de estrogênios conjugados por 07 a 14 dias - 0,3 mg /dia -, a depender da idade, inexistência de contra-indicações e grau de atrofia da mucosa.

8.5.2.2.2. Fases que antecedem a coleta

a) Organização do material, ambiente e capacitação da equipe de saúde:

Equipe de Saúde capacitada

Além da preocupação inicial com o acolhimento, é fundamental a capacitação da equipe de saúde para a realização da coleta e no fornecimento das informações pertinentes às ações do controle do câncer do colo do útero.

Consultório equipado para a realização do exame ginecológico:

- Mesa ginecológica;
- Escada de dois degraus;
- Mesa auxiliar;
- Foco de luz com cabo flexível;
- Biombo ou local reservado para troca de roupa;
- Cesto de lixo;
- Espaço físico adequado.

Material necessário para coleta:

Espéculo de tamanhos variados - pequeno, médio, grande e para virgem - devem ser preferencialmente descartáveis - instrumental metálico deve ser esterilizado de acordo com as normas vigentes;

- Balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável;
- Lâminas de vidro com extremidade fosca;
- Espátula de Ayre⁴;
- Escova endocervical⁵;
- Par de luvas para procedimento;
- Pinça de Cherron;

4. Espátula de Ayre – Uma espátula de madeira de boa aceitação é do tipo Ayre, com 18 cm de comprimento e extremidade arredondada e a outra afilada. É artigo médico-hospitalar de uso único (após o uso, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais ou potenciais à saúde da usuária, não pode ser reutilizado). Quanto ao método de esterilização adotado, tipo embalagem e de acondicionamento segue as normas vigentes da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (www.anvisa.gov.br).

5. Escova endocervical – Uma escova endocervical de boa aceitação deverá ter 22 cm de comprimento e 03 cm de cerdas macias em formato cônico com ápice no pólo superior. É artigo médico-hospitalar de uso único (após o uso, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais ou potenciais à saúde da usuária, não pode ser reutilizado). Quanto ao método de esterilização adotado, tipo embalagem e de acondicionamento segue as normas vigentes da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (www.anvisa.gov.br).

- Solução fixadora, álcool a 96% ou Polietilenoglicol líquido ou Spray de Polietilenoglicol;
- Gaze;
- Recipiente para acondicionamento das lâminas, mais adequado para o tipo de solução fixadora adotada pela Unidade, tais como: frasco porta-lâmina, tipo tubete, ou caixa de madeira ou plástica para transporte de lâminas;
- Formulários de requisição do exame citopatológico;
- Fita adesiva de papel para a identificação dos frascos;
- Lápis grafite ou preto nº2;
- Avental/ camisola para a mulher. Os aventais devem ser, preferencialmente, descartáveis. Nesse caso, após o uso, deverão ser desprezados em local apropriado. Caso seja reutilizável, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem, segundo rotina da Unidade Básica de Saúde;
- Lençóis: Os lençóis devem ser preferencialmente descartáveis. Nesse caso, após o uso, deverão ser desprezados em local apropriado. Caso seja reutilizável, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem e esterilização;



b) Preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológico – colo do útero

É de fundamental importância o correto preenchimento do formulário de requisição do exame citopatológico – colo do útero, pois a falta ou os dados incompletos poderá comprometer por completo a coleta do material, o acompanhamento, o tratamento e outras ações de controle do câncer do colo do útero, conforme anexo 4.

c) Preparação da Lâmina

A lâmina e o frasco que serão utilizados para colocar o material a ser examinado devem ser preparados previamente:

- O uso de lâmina com bordas lapidadas e extremidade fosca é obrigatório;
- Identificar a lâmina escrevendo as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro da Unidade, com lápis preto nº2 ou grafite, na extremidade fosca, previamente a coleta;
- Identificar a caixa do porta-lâmina.
- Não usar caneta hidrográfica, esferográfica, etc., pois leva à perda da identificação do material. Essas tintas se dissolvem durante o processo de coloração das lâminas no laboratório

Manter os frascos de acondicionamentos, fechados permanentemente a não ser na hora de inserir as lâminas. No preparo da lâmina ver se ela está limpa sem a presença de artefatos, caso necessário limpar com gaze.

8.5.2.2.3. Antes de iniciar a coleta, perguntar à mulher:

- Se está grávida ou suspeita. Caso afirmativo não colher material da endocervical;
- Se já teve filhos por parto normal; se é virgem. Para facilitar a escolha do espêculo mais adequado;
- Se faz uso de anticoncepcional, tratamento hormonal, submeteu-se à radioterapia pélvica;
- A data da última menstruação;
- Se há sangramento após as relações sexuais;
- Se utiliza duchas ou medicamentos vaginais ou realizou exames intravaginais, como por exemplo a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;
- Se teve relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;

Fazer as anotações na *REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO* e no prontuário da Unidade de Saúde.

O atendimento à mulher deve ser individual, garantindo a possibilidade da presença do/a acompanhante, quando ela desejar. O respeito e a atenção durante o atendimento são essenciais para que se estabeleça uma relação de confiança entre a usuária e o/a profissional de saúde.

8.5.2.2.4. Procedimento de Coleta Propriamente Dito:

- O profissional de saúde deve lavar as mãos com água e sabão e secá-las com papel-toalha, antes e após o atendimento;
- Solicitar que a mulher esvazie a bexiga;
- Em seguida solicitar que ela troque de roupa, em local reservado, dando-lhe um avental para que se cubra;
- A mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível;
- Cubra-a com o lençol;
- Posicionar o foco de luz;
- O profissional de saúde deve colocar a luva de procedimento;

Inicia-se a primeira fase do exame, expondo somente a região a ser examinada. Sob boa iluminação, observa-se atentamente, os órgãos genitais externos, prestando-se atenção à distribuição dos pelos; à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, a presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.

a) Colocação do espécuro:

- Coloca-se o espécuro, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada - pequeno, médio ou grande.
- Não deve ser usado lubrificante, exceto em casos selecionados, principalmente em mulheres idosas com vaginas extremamente ressecadas. Recomenda-se molhar o espécuro com soro fisiológico;
- O espécuro deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta;
- Iniciada a introdução faça uma rotação deixando em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécuro fique na posição horizontal;
- Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza;
- Nessa fase do exame, também é importante a observação das características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como as do colo do útero. Os dados da inspeção do colo do útero são muito importantes para o diagnóstico citopatológico. Fazer as anotações pertinentes na requisição do exame citopatológico – colo do útero.

- Na inspeção do colo do útero é importante verificar: Normal; Ausente; Colo não é visualizado; Alterado – ectopia; Presença de secreção anormal.

Na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa. Não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente.

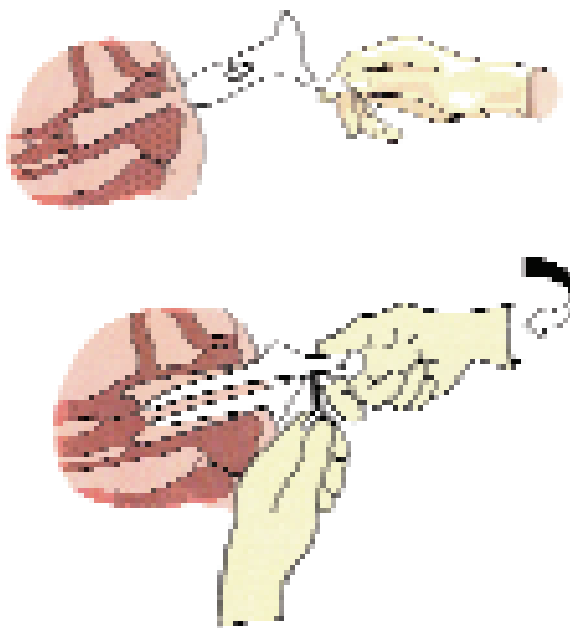
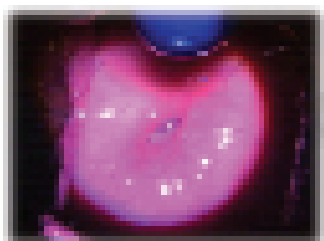
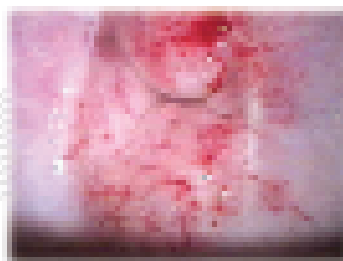


Foto: Fundação Oncocentro de São Paulo - FOSP

Processo Fisiológico



Colo normal



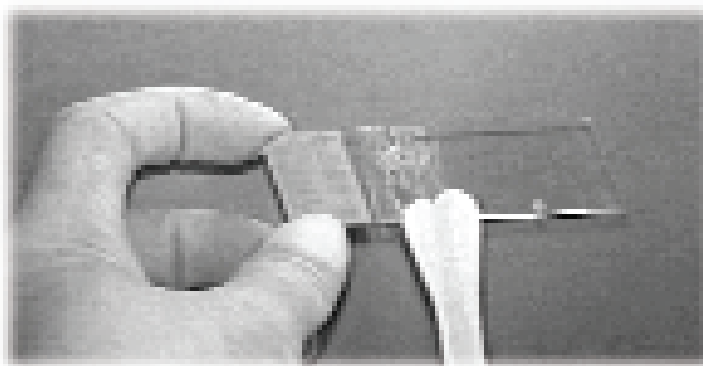
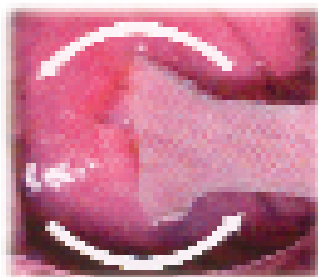
Colo atrofico
normal

b) Coleta do Material

A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice. Coleta dupla em lâmina única. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico.

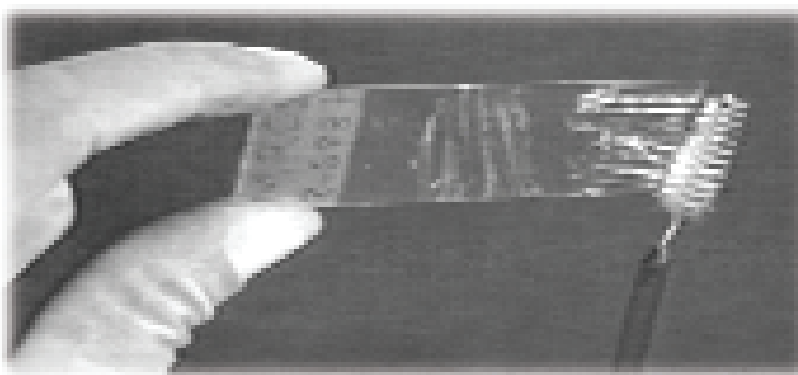
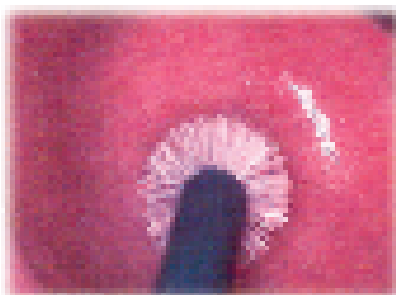
Coleta na ectocérvice:

- Utiliza-se espátula de madeira tipo espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância;
- Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocecival 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, para não prejudicar a qualidade da amostra.
- Estenda o material de maneira uniforme, dispondo-o no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e nº do registro. Vale lembrar que o esfregaço deve ser feito no lado da lâmina onde se encontra a região fosca.



Coleta na endocérvice:

- Utiliza-se a escova endocervical;
- Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360 graus, percorrendo todo o contorno do orifício cervical;
- Colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;
- Distender todo o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular, sendo imediatamente fixados, por imersão em álcool ou com spray .

**c) Fixação do Esfregaço:**

O esfregaço obtido deve ser **imediatamente** fixado para evitar o dessecamento do material a ser estudado. São três os possíveis métodos de fixação de lâminas; cada um deles necessita de uma forma de embalagem adequada. É importante observar a validade do fixador. São eles:

1. **Fixação com álcool a 96%:** o esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado, colocando-se a lâmina com o esfregaço dentro do frasco, com álcool a 96% em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto. Fecha-se o recipiente cuidadosamente; ele é então envolto pela requisição. **Recomenda-se**

preferencialmente a fixação a Álcool 96% considerado mundialmente como o melhor para os esfregaços citológicos.

- 2. Fixação com Spray de Polietilenoglicol:** borrifa-se a lâmina, imediatamente após a coleta, com Spray fixador, a uma distância de 20 cm. A embalagem das lâminas deve ser providenciada da mesma forma descrita no item anterior.
- 3. Fixação com Polietilenoglicol líquido:** pinga-se imediatamente após a coleta, de 3 a 4 gotas de solução fixadora, polietilenoglicol, sobre a lâmina, de modo a cobrir todo o esfregaço. Deixa-se secar ao ar livre, sobre um suporte apropriado, e a acondiciona-se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas para o transporte ao laboratório. Lacra-se a tampa da caixa com fita gomada. A embalagem deve ser revestida com espuma de náilon e papel, a fim de evitar a quebra de lâmina.

d) Conclusão do Procedimento:

- Fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher;
- Retire-o delicadamente inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais;
- Retirar as luvas;
- Auxiliar a mulher a descer da mesa;
- Solicitar que ela troque de roupa;
- Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que o sangramento cessará sozinho;
- Enfatizar a importância do retorno para o resultado e se possível agendar conforme rotina da Unidade de Saúde Básica.

8.5.2.2.5. Envio do Material ao Laboratório:

- Identificar o frasco porta-lâmina por meio de uma fita adesiva de papel que deverá conter o nome completo da mulher e seu número do registro na Unidade;
- O preenchimento, tanto da lâmina quanto da fita deve ser a lápis para evitar a perda de informações quando há derrame de álcool;
- As lâminas devem ser enviadas para o laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição. O formulário deve estar devidamente preenchido e a identificação

coincidente com a do frasco e as iniciais da lâmina;

- Os exames devem ser enviados ao laboratório, o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente;
- Deve ser preparada uma listagem de remessa preferencialmente em duas vias com a identificação da Unidade e a relação de nomes e números de registro das mulheres que tiveram seus exames encaminhados.

Sugestão de listagem preparada pela Unidade Básica de Saúde para o laboratório de referência

Nome da Unidade Básica de Saúde	
Exames coletados no período de (Dia/Mês/Ano)	
Nº DO REGISTRO	NOME DA MULHER
XXXX	YYYY

O envio das lâminas pode ser semanal, mas é fundamental a racionalização do sistema de transporte utilizado. No momento da entrega de uma remessa de exames no laboratório, devem ser apanhados os resultados de outros exames deixados anteriormente.

8.5.3. Diagnóstico/Tratamento/Seguimento

8.5.3.1. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais

A nomenclatura brasileira utilizada para laudos citopatológicos tem passado por constantes alterações. A adoção do Sistema de Bethesda, ainda que adaptado ao Brasil, facilita a comparação de resultados nacionais com os encontrados em publicações estrangeiras. É importante ressaltar que a introdução de novos conceitos estruturais e morfológicos contribui tanto para o desempenho do laboratório quanto para a relação entre a citologia e a clínica.

No entanto, sabe-se que essas mudanças ocorrem de forma gradual e, basicamente, dependem da adoção da nova terminologia no dia-a-dia dos profissionais de saúde, fonte de alimentação de conhecimento para a mídia escrita ou falada e para a população em geral.

Hoje, não é razoável que alguns laboratórios ainda emitam laudos de citopatologia somente com a nomenclatura ultrapassada, uma vez que a proposta de novas categorias de resultados impede que se estabeleça correlação pertinente entre Bethesda 2001 e Papanicolaou.

Em contrapartida, também é conveniente que os profissionais ao receberem os resultados de exames compreendam o diagnóstico. Portanto, pretende-se explicar aqui o significado deles, com vistas a

uniformizar o uso da nomenclatura no Brasil, estabelecida por consenso entre experts no assunto.

A seguir, será apresentada a possibilidade de associação de todos os resultados possíveis nos laudos dos exames e as respectivas condutas clínicas. Mais informações encontra-se no documento “*Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas -recomendações para profissionais de saúde*” que se encontra disponibilizados na página eletrônica do Instituto Nacional de Câncer – INCA (www.inca.gov.br).

Avaliação pré-analítica

Amostra rejeitada por:

- Ausência ou erro de identificação da lâmina e/ou do frasco
- Identificação da lâmina e/ou do frasco não coincidente com a do formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório (especificar)
- Outras causas (especificar)

Nota: Este conceito foi introduzido com uma inovação, visando estabelecer a diferença entre rejeição por causas alheias e anteriores à chegada ao laboratório e aquelas relacionadas à colheita, coloração ou análise microscópica. A causa da rejeição deverá ser identificada, de preferência, no momento da entrega da lâmina no laboratório e seu registro. Contudo, é o profissional responsável pelo exame quem irá assinar o laudo contendo o motivo da rejeição.

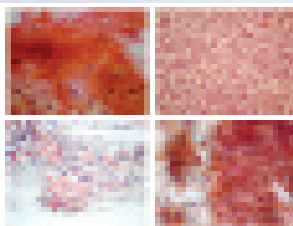
Adequabilidade da amostra

Anterior		Atual
• Satisfatória • Satisfatória mas limitada... • Insatisfatória		• Satisfatória • Insatisfatória

Nota: A questão da adequabilidade da amostra vem, ao longo do tempo, suscitando inúmeros questionamentos e modificações, comprovando ser esta uma matéria conflitante e de difícil conceituação, o que é plenamente aceitável. A disposição em um sistema binário (satisfatória x insatisfatória) melhor caracteriza a definição da visão microscópica da colheita. O termo

Adequabilidade da amostra

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncótica devido ao:
- Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço)
- Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de:



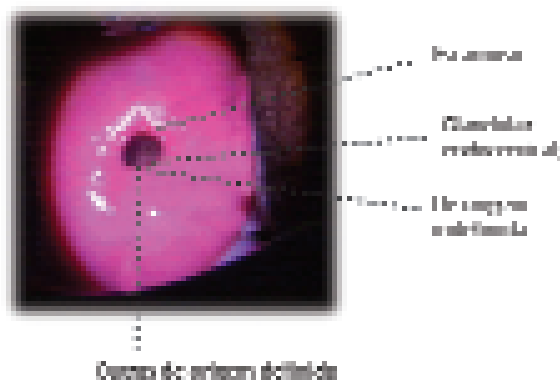
- sangue
- plócitos
- artefatos de dessecação
- contaminantes externos
- intensa superposição celular
- outros (especificar)

Atenção: A presença de células (metaplásticas e glandulares endocervicais) que representem a junção escamo-colunar não é utilizada, no sistema binário (satisfatório x insatisfatório), como critério de avaliação da adequabilidade da amostra

Nota: A questão da adequabilidade da amostra vem, ao longo do tempo, suscitando inúmeros questionamentos e modificações, comprovando ser esta uma matéria conflitante e de difícil conceituação, o que é plenamente aceitável. A disposição em um sistema binário (satisfatória x insatisfatória) melhor caracteriza a definição da visão microscópica da colheita. O termo anteriormente utilizado “satisfatória mas limitada...” foi abolido.

Alguns motivos que poderão gerar amostra rejeitada:

Na coleta	• Escassez de células na amostra; • Excesso de material: esfregaços espessos, dificultando a leitura no microscópio; • Presença de hemácias ou leucócitos em grande quantidade; • Presença de material de contaminação: vaselina, pomadas, etc.
Na fixação	Má fixação: erro no procedimento após a coleta geralmente por demora na fixação, excesso ou escassez de fixador.
No laboratório	Problemas na coloração: corantes de má qualidade, mal preparados. A fixação inadequada também prejudica a coloração, dificultando a observação microscópica.

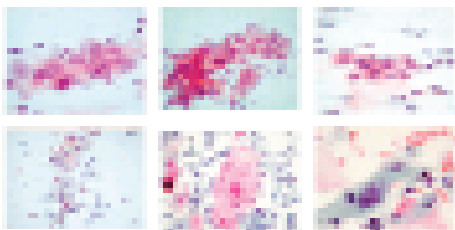
Diagnóstico Descritivo**Células que podem aparecer na coleta citológica****Adequabilidade da amostra****Epitélios representados na amostra**

- Escamoso
- Glandular
- Metaplástico

Atenção:

- É informação obrigatória
- A avaliação da adequabilidade no que diz respeito à representação da JEC, passa a ser de responsabilidade do ginecologista

Nota: Observe-se que os aspectos de representatividade celular constam de caixa própria, onde será dada a informação (obrigatória) dos eitélios que estão representados na amostra. A definição de adequabilidade pela representatividade passa a ser de exclusiva competência do responsável pela paciente que deverá levar em consideração as condições próprias de cada uma (idade, estado menstrual, limitações anatômicas, objetivo do exame etc.)

Diagnóstico descritivo**Dentro dos limites da normalidade no material examinado****Alterações celulares benignas**

- Inflamação
- Reparação
- Metaplasma escamosa imatura
- Atrofia com inflamação
- Radiação
- Outras (especificar)

Nota: Em relação a nomenclatura anterior, a única mudança ocorre pela introdução da palavra “imatura” em metaplasia escamosa, buscando caracterizar que é esta a apresentação que deve ser considerada como alteração. Assim sendo, a metaplasma madura, com sua diferenciação já definida, não deve ser considerada como inflamação e, eventualmente nem necessita ser citada no laudo, exceto na indicação dos epitélios representados, para caracterizar o local de colheita.

Diagnóstico descritivo**Células atípicas de significado indeterminado**

- Escamosas
- Glandulares
- De origem indefinida

Nota: Esta é mais uma inovação da nomenclatura brasileira, criando-se uma categoria separada para todas as atipias de significado indeterminado e, mais ainda, a categoria “de origem indefinida” destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica.

Diagnóstico descritivo**Atipias em células escamosas**

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia infra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

Nota: Foi adotada a terminologia lesão intra-epitelial em substituição ao termo neoplasia, além de estabelecer dois níveis (baixo e alto graus), separando as lesões com potencial morfológico de progressão para neoplasia daquelas mais relacionadas com o efeito citopático viral, com potencial regressivo ou de persistência. Foi ainda incluída a possibilidade diagnóstica de suspeição de microinvasão. Recomenda-se enfaticamente que seja evitado o uso de outras nomenclaturas e classificações além das quais já contempladas, evitando-se a perpetuação de termos eventualmente já abolido ou em desuso, os quais nada contribuem para o esclarecimento diagnóstico.

Diagnóstico descritivo

Atipias em células glandulares

Adenocarcinoma “*in situ*”

- Adenocarcinome invasor
 - Cervical
 - Endometrial
 - Sem outras especificações



Outras neoplasias malignas

Nota: A introdução da categoria Adenocarcinoma “*in situ*” reconhece a capacidade de identificação morfológica dessa entidade e acompanha a nomenclatura internacional. O item “sem outras especificações” refere-se exclusivamente a adenocarcinomas de origem interina. Quando for identificada neoplasia de origem glandular extra-uterina, deve ser colocada no quadro das outras neoplasias malignas, especificando qual tipo em nota complementar.

Diagnóstico descritivo

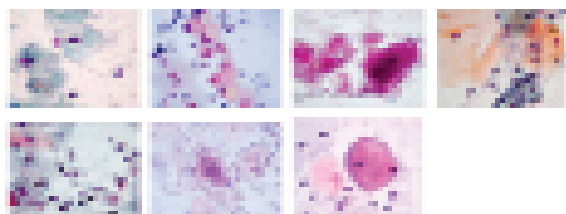
Presença de células endometriais

(na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual.)

Nota: As células endometriais somente necessitam ser mencionadas quando sua presença possa ter significado patológico. Assim sendo, seu achado nos primeiros dez dias que sucedem ao período menstrual, somente deverá ser referido se houver importância para a identificação de algum processo patológico.

Diagnóstico descritivo

Microbiologia



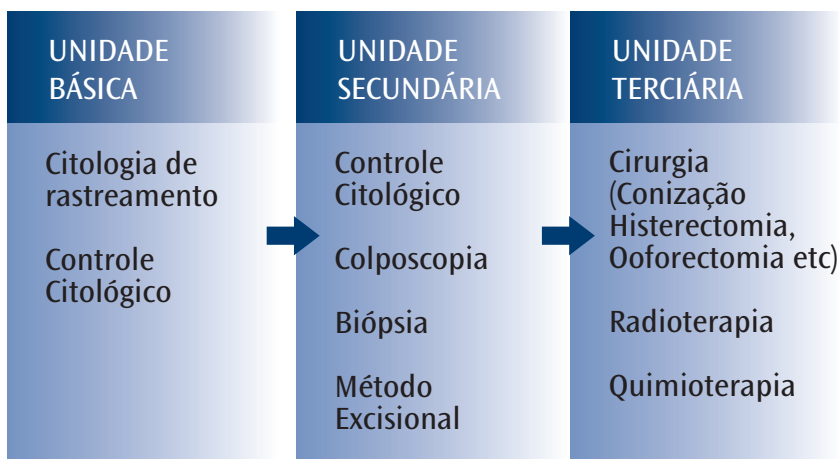
- Lactobacilos sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomydes sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalla
- Efeito citopático compatível com o vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus
- Outros bacilos
- Outros (especificar)

Nota: Foram mantidas as informações Chlamydia, cocos e bacilos por considerar-se a oportunidade, por vezes única, em um país continental e com grandes dificuldades geográficas e econômicas, de estabelecer uma terapêutica antimicrobiana baseada exclusivamente no exame preventivo. A introdução da expressão “Bacilos supracitoplasmáticos” busca indicar a apresentação morfológica de agentes microbianos de difícil distinção pelo exame corado e fixado pela técnica citológica mas que, de modo geral, respondem aos mesmos tratamentos.

8.5.3.2. Condutas preconizadas de acordo com o laudo citopatológico

Os diversos procedimentos para o acompanhamento, tratamento e seguimento das mulheres deverão ser realizados de acordo com o grau de complexidade de cada Unidade Básica de Saúde. As mulheres cujos resultados alterados devem ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnóstico e ou terapêutica, o mais breve possível, e de acordo com as recomendações das condutas preconizadas de acordo com o resultado citopatológico:

Atribuições dos Diferentes Níveis de Atenção



Rotina de rastreamento citológico significa realizar coleta de exame citopatológico uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Atribuições da Unidade Secundária

Entende-se por Unidade Secundária a Unidade de Referência para o tratamento e acompanhamento das Condutas Preconizadas de alterações pré-malignas ou malignas no exame citopatológico.

Atribuições da Unidade Terciária

É o nível de atenção à saúde onde são realizados os procedimentos de alta complexidade em oncologia – cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia – com base nas Portarias MS/GM nº 2439 de 08 de dezembro de 2005 que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e a Portaria MS/SAS nº 741 de 19 de dezembro de 2005 que defini as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON –, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON – e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Entende-se

por UNACON o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.

Avaliação pré-analítica e adequabilidade da amostra:	
Resultado Citopatológico	Conduta Clínica
Avaliação pré-analítica (sem laudo) a amostra pode ser rejeitada por: • Ausência ou erro de identificação da lâmina; • Identificação da lâmina não e/ou frasco não coincidente com a do formulário; • Lâmina danificada ou ausente; • Causas alheias ao laboratório (especificar); • Outras causas (especificar).	Repetir o exame de imediato, na Unidade Básica de Saúde. Devendo ser explicado à mulher que o motivo é técnico e não por alteração patológica.
Amostra Insatisfatória	Repetir o exame de imediato, na Unidade Básica de Saúde. Devendo ser explicado à mulher que o motivo é técnico e não por alteração patológica.

Resultado Normal, Alterações Benignas e Queixas Ginecológicas

Dentro dos Limites da Normalidade, no material examinado:

Diagnóstico completamente normal. A inclusão da expressão “no material examinado” visa estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido ao exame.

Conduta Clínica: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Alterações Celulares Benignas e Ativas ou Reparativas

Inflamação sem identificação de Agente

Caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos, e químicos como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Ocasionalmente, podem-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intra-uterino (DIU), em células endometriais. Casos especiais do tipo de exsudato linfocitário ou reações alérgicas representadas pela presença de eosinófilos são observados.

Conduta Clínica: Havendo queixa clínica de secreção anormal, a mulher deverá ser encaminhada para exame ginecológico. Os achados comuns são ectopias, vaginites, vaginoses e cervicites. O tratamento deve seguir recomendação específica. Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico.

Resultado indicando Metaplasia Escamosa Imatura

A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira buscando caracterizar que esta apresentação é considerada como do tipo inflamatório, entretanto o epitélio nessa fase está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do HPV.

Conduta Clínica: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando Reparação

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por qualquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório, momento em que o epitélio está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do HPV.

Conduta Clínica: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando Atrofia com inflamação

Conduta Clínica: Após avaliação da sintomatologia e do exame ginecológico, podem ser utilizados cremes vaginais contendo estrogênios. Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando Radiação

Nos casos de Câncer do Colo, o exame citopatológico deve ser realizado para controle de possível persistência de neoplasia residual ou de recidiva da neoplasia após tratamento radioterápico.

Condutas Clínicas: Nos casos em que a citopatologia diagnosticar lesão intra-epitelial, o que pode acontecer após tratamento radioterápico a conduta deverá ser a mesma indicada para lesão intra-epitelial em mulheres submetidas a esse tratamento e deve ser seguida de acordo com o grau da LIE.

Ressaltamos a importância do preenchimento completo e adequado dos dados de anamnese constantes do formulário de “Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero”.

Achados Microbiológicos: Lactobacillus sp, cocos e outros bacilos.

São considerados achados normais, fazem parte da flora vaginal e não caracterizam infecções que necessitem de tratamento.

Conduta Clínica: A mulher com sintomatologia deve ser encaminhada para avaliação ginecológica. Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Queixas Ginecológicas

As queixas ginecológicas não só devem ser valorizadas, mas solucionadas, considerando que os laudos do exame citológico, na maioria das vezes, mencionam agentes microbiológicos, que quando associados às queixas clínicas merecem tratamento específico.

Rotina de rastreamento citológico significa realizar coleta de exame citopatológico uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Alterações Pré-Malignas ou Malignas no Exame Citopatológico

Células escamosas atípicas de significado indeterminado

Atualmente, as atipias escamosas de significado indeterminado representam a atipia citológica mais comumente descrita nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero, variando de 3,5 a 5% do total de exames realizados, sendo de difícil reprodutibilidade entre citopatologistas experientes.

A repetição do exame citopatológico possui sensibilidade entre 67% a 85%. Não existem dados suficientes para definir o número e o intervalo entre as repetições das citologias, sendo definido o intervalo de 6 meses.

As atipias escamosas foram divididas em: alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US de Bethesda) e em alterações escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H - Bethesda).

Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas

Cerca de 5% a 17% das mulheres com esta atipia apresentam diagnóstico de neoplasia intra-epitelial II e III e 0,1% a 0,2% de carcinoma invasor no exame histopatológico, demonstrando assim baixo risco de lesões mais avançadas.

A colposcopia apresenta alta sensibilidade (96%) e baixa especificidade (48%), a qual causa alta taxa de sobrediagnóstico e de sobretratamento. Estudos têm mostrado desaparecimento dessas alterações (células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas) em 70% a 90% das pacientes mantidas sob observação e tratamento das infecções pré-existentes. A colposcopia é, portanto, um método desfavorável como a primeira escolha na condução das pacientes que apresentam alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico. A conduta preconizada é a repetição da citologia, em 6 meses, na Unidade Básica de Saúde.

Se dois exames citopatológicos subseqüentes semestrais, na Unidade Básica de Saúde, forem negativos, a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento citológico. Porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for sugestiva de lesão igual ou mais grave a células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas, a mulher deverá ser referida à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata.

Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau

Embora o diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau seja menos comum que o de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas, o risco de lesão de alto grau (NIC II e NIC III) subjacente é alto (24% a 94%). Portanto, a conduta para todas as pacientes com esse laudo, na Unidade Básica de Saúde, é a de encaminhá-las à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata.

Resultado Citopatológico	Conduta Clínica
Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas.	Repetir citologia em 06 meses na Unidade Básica de Saúde. Se 02 exames citopatológicos subsequentes semestrais, na <i>Unidade Básica de Saúde</i> , forem negativos a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico. Porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for maior ou igual à atipia de células escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico, a mulher deverá ser referida à <i>Unidade Secundária de Média Complexidade</i> para colposcopia imediata.
Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir	Encaminhar a Unidade Secundária de Média Complexidade para colposcopia

Células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau:

As pacientes com atipias glandulares apresentam em 9% a 54% dos casos NIC II e III, 0% a 8% adenocarcinoma *in situ* e 1% a 9% adenocarcinoma invasor no exame histopatológico. Portanto, a conduta preconizada é encaminhar a mulher à Unidade de Referência de Média Complexidade para a colposcopia imediata.

Até nova discussão de consenso, as condutas preconizadas para atipias glandulares são iguais, independente das suas subdivisões, possivelmente não neoplásicas em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

Resultado Citopatológico	Conduta Clínica
Células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau.	Encaminhar a Unidade Secundária de Média Complexidade para colposcopia imediata e acompanhamento.

Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, não se pode afastar lesão de alto grau:

A categoria origem indefinida é mais uma inovação da Nomenclatura Brasileira destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. Essa categoria é rara, se caracteriza como uma exceção e sua abordagem deve ser direcionada, inicialmente, ora para a conduta das células escamosas atípicas, ora para a conduta das células glandulares atípicas, de acordo com os resultados dos exames citopatológicos e colposcópicos subsequentes.

Como a colposcopia pode ser um direcionador de condutas, tanto para as escamosas atípicas como para as glandulares atípicas, a paciente que apresentar esta alteração citopatológica na Unidade Básica de Saúde deve ser encaminhada à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata.

Resultado Citopatológico	Conduta Clínica
Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar a Unidade Secundária de Média Complexidade para colposcopia imediata e acompanhamento

Lesão intra-epitelial de baixo grau:

A interpretação citológica de lesão intra-epitelial de baixo grau é mais reprodutível do que a de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica, e apresenta 15% a 30% de chance de biópsia compatível com NIC II e NIC III.

A conduta preconizada é a repetição do exame citopatológico em seis meses na Unidade Básica de Saúde, já que os estudos demonstram que na maioria das pacientes portadoras de lesão de baixo grau há regressão espontânea.

A colposcopia como apresenta alta sensibilidade (96%), baixa especificidade (48%), alta taxa de sobre-diagnóstico, e de sobretratamento, torna-se desfavorável como primeira escolha na condução das pacientes.

Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos na Unidade Básica de Saúde, a paciente deve retornar a rotina de rastreamento citológico. Se a citologia de repetição for positiva, com qualquer atipia celular, encaminhar à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata.

Resultado Citopatológico	Conduta Clínica
Lesão intra-epitelial de baixo grau	A conduta preconizada é a repetição do exame citopatológico em 06 meses na Unidade Básica, de Saúde já que os estudos demonstram que na maioria das pacientes portadoras de lesão de baixo grau há regressão espontânea. Se 02 exames citopatológicos subseqüentes semestrais na <i>Unidade Básica de Saúde</i> forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico. Se a citologia de repetição for positiva, com qualquer atipia celular, encaminhar à <i>Unidade Secundária de Média Complexidade</i> para colposcopia imediata.

Por que as mulheres que apresentam atipias escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica ou lesões de baixo grau não são encaminhadas de imediato para colposcopia na Unidade Secundária?

R: Embora as atipias escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas e as Lesões Intraepiteliais de Baixo Grau apresentem no exame histopatológico NIC II ou NIC III, em 5% a 17% e 15 a 30%, respectivamente, a colposcopia é desfavorável como método de primeira escolha, pois sua alta sensibilidade (96%) e baixa especificidade (48%) causariam altas taxas de sobrediagnóstico e sobretratamento. Além disso, estas duas anormalidades citológicas desaparecem, em 70 a 90% dos casos, quando as mulheres são mantidas em observação ou submetidas a tratamento das infecções pré-existentes ou estrogenização, na atrofia genital.

Lesão intra-epitelial de alto grau:

Cerca de 70% a 75% das pacientes com laudo citológico de lesão intra-epitelial de alto grau apresentam confirmação diagnóstica histopatológica e 1% a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor. Sendo assim, todas as pacientes que apresentarem citologia sugestiva de lesão de alto grau, na Unidade Básica de Saúde, deverão ser encaminhadas imediatamente para a Unidade de Referência de Média Complexidade, para colposcopia como conduta inicial.

Resultado Citopatológico	Conduta Clínica
Lesão intra-epitelial de alto grau	Encaminhar a Unidade Secundária de Média Complexidade para colposcopia imediata e acompanhamento.

Adenocarcinoma in situ/invasor:

Cerca de 48% a 69% das mulheres com laudo citopatológico sugestivo de adenocarcinoma in situ apresentam confirmação da lesão à histopatologia e, dessas, 38% apresentam laudo de adenocarcinoma

invasor. Portanto, todas as pacientes com citologia sugestiva de adenocarcinoma in situ, encontradas na Unidade Básica de Saúde, deverão ser encaminhadas para a Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata, assim como as portadoras de laudo citopatológico sugestivo de adenocarcinoma invasor.

Resultado Citopatológico	Conduta Clínica
Adenocarcinoma in situ/invasor	Encaminhar a Unidade Secundária de Média Complexidade para colposcopia imediata e acompanhamento.

Lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor:

Todas as pacientes que apresentem citopatologia sugestiva de lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor, na Unidade Básica de Saúde, devem ser encaminhadas imediatamente à Unidade de Referência de Média Complexidade, para colposcopia como conduta inicial. A definição histopatológica de invasão se impõe na Unidade de Referência de Média Complexidade.

Resultado Citopatológico	Conduta Clínica
Lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor.	Encaminhar a Unidade Secundária de Média Complexidade para colposcopia imediata e acompanhamento.

Situações Especiais:

Mulheres pós-Menopausa

A conduta a ser adotada na Unidade Básica de Saúde, não se altera para as mulheres em pós-menopausa, exceto nas atipias celulares de significado indeterminado e neoplasia epitelial de baixo grau, quando associada à atrofia genital constatada pelo exame clínico e/ou citológico, já que nesses casos há uma incidência maior de citologia falso positivo. Nessa situação, a estrogenização, caso não haja contra-indicação, e repetição citológica se impõe, na Unidade Básica de Saúde.

As mulheres que apresentarem anormalidade citológica, após estrogenização, deverão ser encaminhadas à Unidade de Referência (Secundária) para colposcopia imediata e conduta. Enquanto que, naquelas que apresentarem resultado negativo, uma nova citologia deverá ser realizada em 6 meses, na Unidade Básica de Saúde. Depois de duas citologias consecutivas negativas a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento.

Mulheres Imunodeprimidas

Considera-se mulher imunodeprimida àquela portadora do HIV, usuária de corticóides, transplantada entre outras. As mulheres imunodeprimidas com resultado citológico alterado têm risco aumentado de apresentarem lesão histopatológica mais grave, ou progressão da lesão, incluindo a evolução para o

câncer do colo do útero. Recomenda-se, portanto, encaminhar à Unidade de Referência, Secundária, para colposcopia imediata.

Nas mulheres com HIV, as lesões precursoras apresentam envolvimento cervical mais extenso e com mais frequência envolvem outros órgãos do trato genital inferior, tais como, a vagina, a vulva e a região perianal. A investigação da mulher com citologia sugestiva de lesões de baixo e alto grau e o respectivo tratamento devem ser acompanhados de introdução de terapia anti-retroviral eficaz. Isso evita progressão de lesões existentes, reduz o risco de recorrências e persistência pós-tratamento.

Gestantes

O risco de progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor, durante o período gestacional, é mínimo e a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta, 69%. Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a conduta recomendada para as mulheres não grávidas, na Unidade Básica de Saúde.

Na Unidade de Referência (Secundária), o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora. Confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada a UNACON ou CACON.

A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto.

Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, na Unidade de Referência Secundária.

Adolescentes

Os achados de anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas têm aumentado progressivamente, alterando-se de 3% na década de 70 para 20% na década de 90. Nessa faixa etária, frequentemente observa-se fatores de risco, como o início sexual precoce, multiplicidade de parceiros e fatores de risco biológicos, que geram uma maior vulnerabilidade.

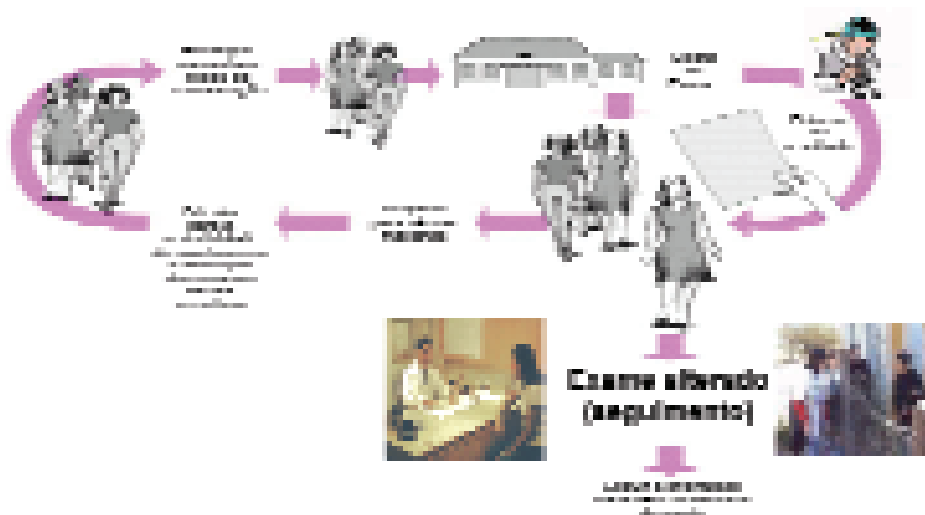
A conduta, na Unidade Básica de Saúde, não se altera na adolescente, devendo, portanto, seguir as recomendações anteriormente apresentadas nesse documento. Na Unidade de Referência Secundária, a adolescente deverá seguir as mesmas condutas recomendadas para as mulheres na menarca, exceto se o laudo histopatológico for de NIC I, em que a conduta deverá ser conservadora, não cabendo, portanto, a indicação de métodos excisionais na persistência citopatológica e/ou colposcópica.

Em adolescentes, mulheres grávidas, imunodeprimidas ou pós-menopausa, com lesão de baixo grau ou atipias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, devem ser mantidas as mesmas condutas na Unidade Básica?

R. Nas adolescentes, nas mulheres grávidas, e pós-menopausa as condutas serão mantidas, mas para as mulheres imunodeprimidas, pelo maior risco de apresentarem lesões mais grave e rápida progressão, qualquer anormalidade citológica justifica o encaminhamento imediato para colposcopia na Unidade de Referência Secundária.

8.5.3.3. Seguimento de Mulheres Submetidas ao Rastreamento para Câncer do Colo do Útero:

A importância do seguimento das mulheres examinadas é ressaltada por vários autores que consideram essa ação como elemento fundamental para avaliação da efetividade das ações de controle do câncer do colo do útero.



A vigilância deve incluir processos de rastreamento permitindo a identificação das mulheres que se tornam casos positivos durante o seu “seguimento”. O importante é que a equipe de saúde seja capaz de fazer o seguimento, identificar as faltosas e ter acesso facilitado às informações que permitam avaliação das ações.

Quem são as mulheres?

- Mulheres com resultado do exame citopatológico alterado, que devem ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnóstico e à terapia adequada imediatos;
- Mulheres com resultado de amostra insatisfatória;
- Mulheres com resultado sem anormalidades;

Instrumentos de acompanhamento que podem ser utilizados na Unidade Básica de Saúde

É de extrema importância ter um instrumento de coleta da informação padronizada a exemplo de uma ficha mínima, com caráter obrigatório para alimentar o SISCOLO, cujo preenchimento é da responsabilidade dos profissionais da Unidade Básica de Saúde responsável pelo atendimento. Segue sugestões de instrumentos de acompanhamento:

1. Instrumento de Acompanhamento do SISCOLO – módulo de seguimento. Ficha de Acompanhamento do resultado do exame citopatológico – pode ser informatizado, caso a Unidade Básica de Saúde tenha o recurso ou não.

2. Ficha de contra-arquivo servirá para controle de periodicidade de casos negativos e para acompanhamento da evolução das lesões e pode alimentar sistemas de informação, como o SISCOLO. O registro pode ser feito por meio de contra-arquivos, a exemplo de como se faz no Programa Nacional de Imunização – PNI - e de Tuberculose para o acompanhamento e controle de faltosos;

3. Relação com outros sistemas de informações: para os casos de diagnósticos que geram procedimentos contemplados na APAC-ONCO – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade da Oncologia - e nas internações, esses podem ser instrumentos complementares para análise. O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) também é um instrumento complementar para avaliação nos casos em que o óbito é o desfecho.

4. O “Livro Preto”: deve-se anotar no “Livro Preto” todos os dados concernentes à sua identificação. Esse livro de registros permitirá a todo o momento localizar as mulheres, assim como saber os resultados dos exames citopatológicos realizados na Unidade Básica de Saúde. Segue sugestões dos dados que deverão constar no “Livro Preto” :

- Nome da Mulher, com apelido quando houver;
- Idade;
- Endereço completo e ponto de referência;
- Nome da mãe;
- Número do telefone quando possível;
- Data da coleta do exame preventivo do colo do útero;
- Resultado do exame;
- Data agendada para retorno;
- Encaminhamento a Unidade de Referência, se necessário.

Até quando seguir?

O seguimento sistemático requer procedimentos que conduzam a um diagnóstico completo, tratamento adequado do caso e permita a observação dos diversos tipos de desfechos: favoráveis – esperados e desejados como o tratamento e a cura – ou desfavoráveis, como a recidiva, a progressão ou mesmo o óbito. Seguir é também acompanhar os indivíduos livres da doença, para observar a possibilidade de surgimento da doença.

8.5.3.4. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO**O que é o SISCOLO?**

É o sistema de informática oficial do Ministério da Saúde, utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil. O SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – é composto por dois módulos operacionais: o módulo laboratório – registra os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade – e o módulo coordenação, registra as informações de seguimento das mulheres que apresentam resultados de exames alterados.

Qual a sua utilidade para o controle do câncer do colo do útero?

É uma ferramenta importante para o profissional de saúde e gestor avaliar e planejar as ações pertinentes ao bom desempenho das ações de controle do câncer do colo do útero. Com os dados fornecidos pelo sistema é possível:

- Acompanhar o desenvolvimento das ações de controle do câncer do colo do útero, ou seja, avaliar por meio de indicadores se a população alvo está sendo atingida;
- Qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas,
- Qual a qualidade da coleta desses exames, adequabilidade;
- Qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas.
- Fornecer indiretamente dados para avaliar a captação, mulheres novas, e cobertura, mulheres atingidas, do programa de rastreamento.

Qual a origem da informação?

Preenchimento correto dos dados nos formulários para Requisição do Exame Citopatológico – Colo do Útero.

8.6. Monitoramento da Qualidade

O monitoramento da qualidade depende fundamentalmente do bom desempenho das atividades técnicas e administrativas. A supervisão das tarefas deve seguir à organização funcional, iniciando-se, dessa forma, na Unidade Básica de Saúde que realiza a coleta do material.

É importante ressaltar que o monitoramento da qualidade abrange grandes aspectos, tais como:

Qualidade da Amostra

Proporções elevadas de amostras insatisfatórias estão associadas a problemas nas etapas de coleta dos exames e na conservação das amostras.

Monitoramento Interno da Qualidade – MIQ

Refere-se ao monitoramento realizado no laboratório que realiza a leitura da lâmina. O laboratório deve possuir um sistema que permita o controle da qualidade dos exames realizados estabelecendo critérios de avaliação, com registro dos resultados encontrados, permitindo identificação de oportunidades para melhoria e providências corretivas.

Monitoramento Externo da Qualidade – MEQ:

Refere-se ao monitoramento do laboratório que realiza a leitura da lâmina por um outro laboratório de referência denominado Unidade de Monitoramento Externo da Qualidade. Tem como objetivos: aprimorar a qualidade e promover educação continuada.

Referências Bibliográficas

- Apgar BS, Brotzman G. Management of cervical cytologic abnormalities. Am Fam Physician. 2004 Nov 15;70(10):1905-16 [citado em 01 set 2005]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/20041115/1905.pdf>
- Conference. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002 Apr 24;287(16):2120-9.
- Cuzik, J., 1997, “Viral Load as Surrogate for Persistence in Cervical Human Papillomavirus Infection”. In: Franco, E. & Monsonogo, J. New Developments in cervical cancer screening and prevention, Quebec, Canadá.
- Dawson D.A. & Thompson G.B. Breast cancer risk factors and screening: United States, 1987. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10:172, 1989.
- Di Paola, G, 1996, *Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior*, 1-65.
- Fundação Oncocentro de São Paulo. Manual de procedimentos técnicos e Administrativos - Coleta do Papanicolaou e Ensino do Auto-Exame da Mama, São Paulo: FOSP,2005.
- Health Canada. *Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada - 1997 and 1998 Report*. Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002.

International Agency for Research on Cancer, 1987, *cancer incidence in five continents*. editores c. muir, j. waterhouse e t. mack (iarc scientific publication 88).

Jones, H. Wentz, a. et Burnett, I., 1996, Tratado de Ginecologia, 27-64.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2000.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Implantando o Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, Rio de Janeiro: INCA, 2001.

Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002- 2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde*. - Rio de Janeiro: INCA, 2006. 65 p.

Ministério da Saúde. O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF: MS, 2005.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005-2007, 2005.

Ministério da Saúde. Recomendações para o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Brasília: SBPTGIC/MS, 1998.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro: INCA, 1996.

Mintzer M, Curtis P, Resnick JC, Morrell D. The effect of the quality of Papanicolaou smears on the detection of cytologic abnormalities. *Cancer*. 1999 Jun 25;87(3):113-7.

Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EM et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet*. 2004 Nov 6- 12;364(9446):1678-83.

National Cancer Institute (US). Physician statement: cervical cancer [online]. Available from: URL: http://cancer.med.upenn.edu/pdq_html/1/engl/100103-3.html#Stage_0

Russomano F, Reis A, de Camargo MJ, Dutra MV, Fonseca SC, Anderson J. Efficacy in treatment of subclinical cervical HPV infection without intraepithelial neoplasia: systematic review. *Sao Paulo Med J*. 2000 Jul 6;118(4):109-15.

Sawaya GF, Brown AD, Washington AE, Garber AM. Current approaches to cervical-cancer screening. *N Engl J Med* 2001;344(21):1603-7.

Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M. et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002 Apr 24;287(16):2114-9.

Solomon D, Schiffman M, Tarone R; ALTS Study group. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst*. 2001 Feb 21;93(4):293-9.

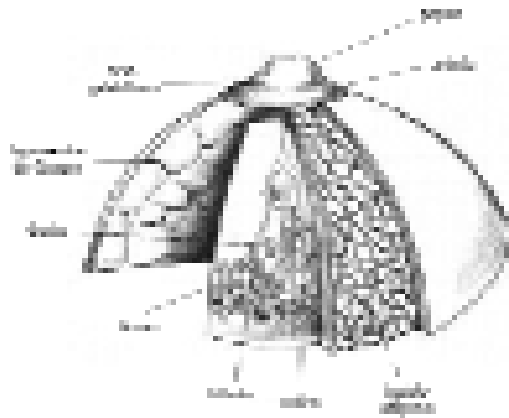
World Health Organization (WHO), 1998. *Manual on the Prevention and Control of Common Cancers*. WHO Regional publications - Western Pacific Series nº 20.

Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twiggs LB, Wilkinson EJ; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia. J Low Genit Tract Dis. 200 Jul;7(3):154-167

9. CONTROLE DO CÂNCER DA MAMA

9.1. A Glândula Mamária

As mamas são constituídas de gordura, tecido conectivo e tecido glandular que contém lóbulos e ductos. Os lóbulos são as estruturas anatômicas onde o leite é produzido. Uma rede de ductos conecta os lóbulos ao mamilo.



Raramente uma mama é do mesmo tamanho da outra, podendo apresentar-se de forma diferente de acordo com o período menstrual. O tecido mamário se estende (sob a pele) até a região da axila. Um sistema de linfonodos é responsável pela drenagem linfática da mama, principalmente os linfonodos axilares e da cadeia mamária interna.

9.2. Câncer da Mama

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal.

Esse tipo de câncer representa nos países ocidentais, uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. O câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

9.2.1. História Natural

Desde o início da formação do câncer até a fase em que ele pode ser descoberto pelo exame físico (tumor subclínico) isto é, a partir de 1 cm de diâmetro, passam-se, em média, 10 anos.

Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início da fase subclínica (impalpável), tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível. Se não for tratado, o tumor desenvolve metástases (focos de tumor em outros órgãos), mais comumente para os ossos, pulmões e fígado. Em 3-4 anos do descobrimento do tumor pela palpação, ocorre o óbito.

9.2.2. Fatores de Risco

- História familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade; Entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama;
- A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade;
- A menarca precoce (idade da primeira menstruação);
- A menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade);
- A ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos;
- A nuliparidade;

- Ainda é controvertida a associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para certos subgrupos de mulheres como as que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez.

São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

9.2.3. Sintomas

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila.

9.2.4. Prevenção Primária

Embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção. É recomendável que alguns fatores de risco, especialmente a obesidade e o tabagismo, sejam alvo de ações visando à promoção à saúde e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em geral.

Não há consenso de que a quimioprevenção deva ser recomendada às mulheres assintomáticas, independente de pertencerem a grupos com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama.

9.2.5. Detecção Precoce

Quanto mais cedo for feito o diagnóstico de câncer maior a probabilidade de cura. Rastreamento significa detectar a doença em sua fase pré-clínica enquanto diagnóstico precoce significa identificar câncer da mama em sua fase clínica precoce. As ações de diagnóstico precoce consistem no exame clínico da

mama por um profissional de saúde treinado. As ações de rastreamento implementadas no País preconizam a mamografia bilateral em determinados grupos de mulheres.

Recomendações para Detecção Precoce

Recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas

- Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual.

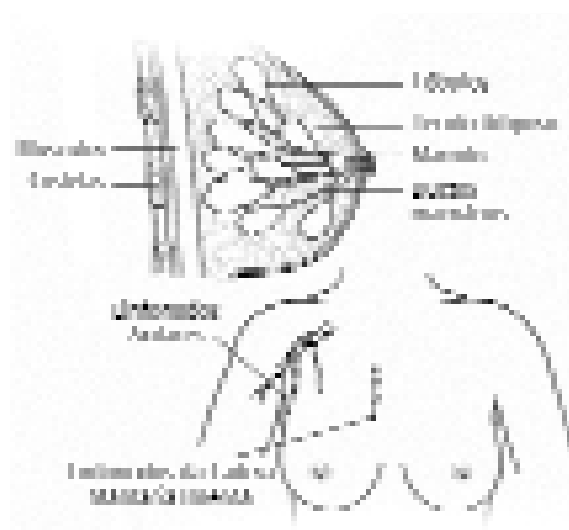
Esse procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

- Mamografia: para mulheres com idade entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.
- Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

9.2.5.1. Exame Clínico das Mamas (ECM)

Exame Clínico das Mamas (ECM) é um procedimento realizado por um médico ou enfermeiro treinado para esta ação. No exame podem ser identificadas alterações na mama e, se for indicado, serão realizados exames complementares. O ECM é realizado com a finalidade de detectar anormalidades na mama ou avaliar sintomas referidos por pacientes e assim encontrar cânceres da mama palpáveis num estágio precoce de evolução. Alguns estudos científicos mostram que 5% dos cânceres da mama são detectados por ECM em pacientes com mamografia negativa, benigna ou provavelmente benigna. O ECM também é uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre o câncer da mama, seus sintomas, fatores de risco, detecção precoce e sobre a composição e variabilidade da mama normal.

As técnicas (como realizar) de ECM variam bastante em seus detalhes, entretanto, todas elas preconizam a inspeção visual, a palpação das mamas e dos linfonodos (axilares e supraclaviculares). Ao contrário das recomendações de como realizar um ECM, poucos estudos analisam como reportar os achados dos exames.



A inspeção visual pretende identificar sinais de câncer da mama. Sinais precoces do câncer da mama são achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas. É importante o examinador comparar as mamas para identificar grandes assimetrias e diferenças na cor da pele, textura, temperatura e padrão de circulação venosa. O acrônimo *BREAST* (em inglês) significando B – massa na mama (*breast mass*), R – retração (*retraction*), E-edema (*edema*), A-linfonodos axilares (*axillary nodes*), S-ferida no mamilo (*scaly nipple*) e T-sensibilidade na mama (*tender breast*) podem ajudar na memorização das etapas na inspeção visual. A mulher pode se manter sentada com os braços pendentes ao lado do corpo, com os braços levantados sobre a cabeça ou com as palmas das mãos comprimidas umas contra as outras (inspeção dinâmica). Alguns autores recomendam que se faça a inspeção visual ao mesmo tempo em que se realiza a palpação das mamas.

A palpação consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos. Para palpar os linfonodos axilares e supraclaviculares a paciente deverá estar sentada. Para palpar as mamas é necessário que a paciente esteja deitada (decúbito dorsal). Na posição deitada a mão correspondente a mama a ser examinada deve ser colocada sobre a cabeça de forma a realçar o tecido mamário sobre o tórax. Toda a mama deve ser palpada utilizando-se de um padrão vertical de palpação. A palpação deve ser iniciada na axila. No caso de uma mulher mastectomizada a palpação deve ser feita na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica.



Cada área de tecido deve ser examinada e três níveis de pressão devem ser aplicados em seqüência: leve, média e profunda, correspondendo ao tecido subcutâneo, ao nível intermediário e mais profundamente à parede torácica. Devem-se realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida. Somente descarga papilar espontânea merece ser investigada.

Duas características fundamentais do ECM são a interpretação e a descrição dos achados encontrados. Assim como a realização do ECM, não existe um padrão para interpretar e descrever os achados do ECM. Esta não uniformização da interpretação e descrição dos achados limitam o seu potencial em direcionar para novas avaliações e proporcionar o tratamento precoce do câncer da mama. Como aconteceu com a mamografia, a padronização da interpretação e descrição dos achados pode resultar em efeitos positivos para o ECM.

De uma forma geral, os resultados do ECM podem ser interpretados de duas formas: normal ou negativo, caso nenhuma anormalidade seja identificada pela inspeção visual e palpação, e anormal, caso achados assimétricos necessitem de avaliação posterior e possível encaminhamento para especialista (referência). A descrição do ECM deve seguir o mesmo roteiro do exame propriamente dito: inspeção, palpação dos linfonodos e palpação das mamas.



9.2.5.2. Mamografia

A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros). É realizada em um aparelho de raio X apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável.

Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento. A sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82%, e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame.

Os resultados de ensaios clínicos randomizados que comparam a mortalidade em mulheres convidadas para rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. As conclusões de estudos de meta-análise demonstram que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento.

Padronização dos laudos mamograficos - BI-RADS

O objetivo do BI-RADS consiste na padronização dos laudos mamográficos levando em consideração a evolução diagnóstica e a recomendação da conduta, não devendo se esquecer da história clínica e do exame físico da mulher.

No Congresso Americano de Radiologia, em dezembro de 2003 (RSNA), em Chicago, foi divulgado a 4ª edição do BI-RADS (Breast Imaging and Reporting Data System Mammography). O BI-RADS é um trabalho entre membros de vários Departamentos do Instituto Nacional do Câncer, de Centros de Controle e Prevenção da Patologia Mamária, da Administração de Alimentos e Drogas, da Associação Medica Americana, do Colégio Americano de Radiologia, do Colégio Americano de Cirurgiões e do Colégio Americano de Patologistas, por conseguinte todas essas Instituições ajudaram na elaboração do BI-RADS.

Laudos Mamograficos - BI-RADS e recomendações

Categoria BI-RADS	Interpretação	Risco de Câncer	Recomendação
0	Inconclusivo		Necessita Avaliação Adicional. (Encaminhar para Unidade de Referência)
1	Benigno (Negativa: Não há comentário algum a ser feito nesta categoria. As mamas são simétricas e não há massas, distorção arquitetural ou microcalcificações suspeitas presentes.)	0,05%	Exame de rotina
2	Benigno: Não há evidência mamográfica de malignidade. É uma avaliação considerada “normal”, mas, é descrito o achado benigno no laudo mamográfico: Fibroadenomas; múltiplas calcificações secretórias, lesões que contenham gordura (cistos oleosos, lipomas, galactoceles e densidade mista, hamartoma). Todos têm caracteristicamente aparências benignas e podem ser classificados com confiança. Podendo também ser descrito linfonodos intramamários, calcificações vasculares, implantes ou distorção claramente relacionada a cirurgia prévia enquanto ainda concluindo.	0,05%	Exame de rotina (Unidade de Referência/Serviço de Ginecologia).
3	Provavelmente Benigno	Até 2%	Seguimento precoce (Unidade de Referência)
4 (A,B,C)	Provavelmente Suspeito	> 20%	Encaminhar para Unidade de Referência
5	Provavelmente maligno	> 75%	Encaminhar para Unidade de Referência de Alta complexidade.
6	Lesão já biopsiada e diagnosticada como maligna, mas não retirada ou tratada.	100%	Encaminhar para Unidade de Referência de Alta complexidade.

Fonte: Breast Imaging Reporting and Data System; BI-RADS“. 4ª ed. American College of Radiology.

9.2.6. Níveis de Atendimento

9.2.6.1. Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde deve estar organizada para receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos nas mulheres com situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação.

As atividades abaixo descritas devem ser também realizadas nesse nível de atendimento pela equipe de saúde:

- Reuniões educativas sobre câncer, visando à mobilização e conscientização para o cuidado com a própria saúde; à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama; à quebra dos preconceitos; à diminuição do medo da doença e à importância de todas as etapas do processo de detecção precoce; não deixar de enfatizar o retorno para busca do resultado e tratamentos necessários;
- Busca ativa na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o ECM;
- Busca ativa na população alvo, de mulheres para a realização de mamografia;
- Encaminhamento a Unidade de Referência dos casos suspeitos de câncer de mama;
- Encaminhamento das mulheres com exame clínico das mamas alterado, para Unidade de Referência;
- Busca ativa das mulheres que foram encaminhadas a Unidade de Referência e não compareceram para o tratamento;
- Busca ativa das mulheres que apresentaram laudo mamográfico suspeito para malignidade e não retornaram para buscar o resultado;
- Orientação das mulheres com exame clínico das mamas normal e de baixo risco para o acompanhamento de rotina.

9.2.6.2. Unidade de Referência de Média Complexidade

É a unidade de média complexidade no SUS e funciona como referência para o encaminhamento das mulheres com resultados alterados. Este nível exige a presença de profissionais treinados para realizarem a investigação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer de mama, tais como, mamografia, biópsia por agulha grossa, punção por agulha fina. Assim como para o tratamento de lesões benignas mamárias.

9.2.6.3. Unidade de Alta Complexidade - UNACON ou CACON

É a unidade de alta complexidade no SUS que realiza exames e tratamentos especializados. Neste nível é realizado o tratamento das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, assim como o tratamento do câncer em estágios que envolvam procedimentos cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos. Com base nas Portarias MS/GM nº 2439 de 08 de dezembro de 2005 que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e a Portaria MS/SAS nº 741 de 19 de dezembro de 2005 que defini as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades.

9.2.7. Considerações Sobre:

9.2.7.1. Auto-Exame das Mamas (AEM)

O Auto-exame das Mamas (AEM) não vem se mostrando efetivo em diminuir a mortalidade nos programas de detecção precoce quando utilizado isoladamente. Este exame, entretanto, ajuda a mulher a conhecer melhor o seu próprio corpo. Uma vez observada alguma alteração, a mulher deverá procurar o serviço de saúde mais próximo de sua residência para ser avaliada por um profissional de saúde.

O AEM sistemático das mamas tem sido recomendado desde a década de 30 e foi incorporado nas políticas da saúde pública norte – americanas desde os anos 50. Considerando-se que até 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres, pode-se deduzir que a promoção do AEM seja uma estratégia eficaz para sua detecção.

Embora já tenham sido realizados mais de 30 estudos não randomizados sobre o uso do AEM para o rastreamento do câncer de mama, não há evidências científicas incontestáveis de que sua prática promova a redução da mortalidade por este câncer. Diversos estudos de tipo caso-controle apontaram para uma leve redução na mortalidade em pacientes submetidas ao AEM, enquanto estudos de coorte e ensaios clínicos não suportaram esses achados.

Em um ensaio clínico não randomizado, iniciado em 1973 na Inglaterra pelo “UK Early Detection of Breast Câncer Study Group”, não foi constatada redução nas taxas de mortalidade por este câncer. Há apenas dois ensaios clínicos randomizados que avaliariam o impacto do AEM sobre a mortalidade por câncer de mama. O primeiro foi iniciado em 1985, em Moscou e São Petersburgo, enquanto o segundo teve início em 1989, em Xangai.

Ambos envolveram um grande número de mulheres que foram meticulosamente treinadas e receberam reforços para garantir o aprendizado da técnica. Após um seguimento de 5 a 10 anos, ambos

apontaram para a ineficácia do AEM em reduzir a mortalidade pelo câncer de mama. Em outubro de 2002, a publicação dos resultados finais deste último ensaio clínico confirmou as observações anteriores, concluindo-se pela incapacidade do AEM em alterar as taxas de mortalidade pelo câncer de mama. Uma síntese destes estudos é apresentada na tabela.

Síntese dos estudos experimentais sobre a eficácia do AEM na redução da mortalidade por câncer de mama:

Local do Estudo	Ano do Início	Faixa Etária	Número de Mulheres	% de Participação	Tempo de Seguimento	RR de morte por Câncer de mama (IC 95%)
INGLATERRA	1979	45-64 anos	253.219	30-53%	9 a 9,8 anos	1,07 (0,93-1,22)
XANGAI	1989	31-64 anos	266.064	98%	5 anos	1,04 (0,82-1,33)
RÚSSIA	1985	40-64 anos	120.310	76,4%	10 anos	0,95 (0,76 – 1,19)

Fonte: Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49 (4): 227-238).

Embora a sensibilidade do AEM nunca tenha sido formalmente avaliada, estimativas indicam que cada 100 casos de câncer de mama, o AEM detecta 26, o ECM (Exame Clínico das Mamas) detecta 45 e a MMG (Mamografia) 71.

Apesar de não haver evidência direta de que o AEM efetivamente reduza a mortalidade por câncer de mama, é importante que as mulheres mantenham-se atentas às alterações em suas mamas e reportem qualquer alteração ao profissional de saúde. Recomenda-se, desta forma, a efetividade potencial do estímulo à sua prática como estratégia complementar.

Embora as mulheres, individualmente, possam ver a realização do AEM como parte de seu autocuidado, as recomendações para profissionais de saúde devem enfatizar que não há evidências científicas de que o AEM reduza a mortalidade por câncer de mama e que do ponto de vista ético deve-se otimizar a utilização dos recursos públicos em ações coletivas de eficácia comprovada”- (Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49 (4): 227-238).

9.2.7.2. Linfedema

O linfedema é a principal complicação decorrente do tratamento cirúrgico para o câncer de mama, acarretando importantes alterações físicas, psicológicas e sociais, que comprometem a qualidade de vida das mulheres. Pode ser definido como todo e qualquer acúmulo de líquido, altamente protéico, nos espaços intersticiais, seja ele devido à falhas de transporte, por alterações da carga linfática, por deficiência de transporte ou por falha da proteólise extralinfática (Mayall,2000).

Prevenção

A prevenção do linfedema pode ser conseguida por meio de uma série de cuidados, que se iniciam a partir do diagnóstico de câncer de mama. As cirurgias devem ser o mais conservadoras possíveis, e o linfonodo sentinela pode representar um importante aliado na diminuição do linfedema. A radioterapia axilar deve ser restrita a casos em que há um extenso comprometimento ganglionar, sendo a dose limitada a 45 – 50 Gy. As pacientes obesas devem ser incentivadas a restringir o peso corporal.

Após o tratamento cirúrgico, as pacientes devem ser orientadas sobre os cuidados com a pele e o membro superior homolateral ao câncer de mama, a fim de evitar possíveis traumas e ferimentos. Os cuidados, entretanto, devem ser repassados de forma bastante tranquila para que não haja um sentimento de incapacidade e impotência física. As orientações com relação à vida doméstica, a profissional e de lazer devem ser direcionadas às rotinas das pacientes e condutas alternativas devem ser ensinadas quando forem realmente necessárias.

As mulheres devem ter conhecimento sobre os sinais e sintomas iniciais dos processos infecciosos e do linfedema, para que comuniquem o profissional assistente e uma correta conduta terapêutica seja implantada. A equipe de saúde deve estar preparada para diagnosticar e intervir precocemente.

Orientações após linfadenectomia axilar

As mulheres devem ser informadas em relação aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, visando prevenir quadros infecciosos e linfedema. Entretanto, deve-se tomar o cuidado para não provocar sensação de incapacidade e impotência funcional. Elas devem ser encorajadas a retornarem as atividades de vida diária e devem ser informadas sobre as opções para os cuidados pessoais.

Recursos fisioterapêuticos que produzam calor, tais como infravermelho, ultra-som, ondas curtas, microondas, forno de Bier, compressas quentes, turbilhão, parafina entre outros, devem ser evitados nas áreas de drenagem para a axila homolateral, devido ao aumento do risco de desenvolvimento de linfedema. Nas regiões distantes, desde que não haja neoplasia em atividade, os recursos podem ser realizados seguindo as devidas precauções.

Procedimentos após linfadenectomia axilar

EVITAR

- Micoses nas unhas e no braço;
- Traumatismos cutâneos (cortes, arranhões, picadas de inseto, queimaduras, retirar cutícula e depilação da axila);
- Banheiras e compressas quentes, saunas e exposição solar;

- Apertar o braço do lado operado (blusas com elástico; relógios, anéis e pulseiras apertadas; aferir a pressão arterial);
- Receber medicações por via subcutânea, intramuscular e endovenosa e coleta de sangue;
- Movimentos bruscos, repetidos e de longa duração;
- Carregar objetos pesados no lado da cirurgia.
- Deitar sobre o lado operado

FAZER

- Manter a pele hidratada e limpa;
- Usar luvas de proteção ao fazer as atividades do lar (cozinhar, jardinagem, lavar louça e contato com produtos químicos);
- Durante a execução de atividades, promova intervalos para descanso;
- Ao fazer a unha do lado operado, utilize removedor de cutículas;
- Para retirada de pelo da axila do lado operado, utilize cremes depilatórios, tesoura ou máquina de cortar cabelo;
- Ficar atenta aos sinais de infecção no braço (vermelhidão, inchaço, calor local);
- Durante viagens aéreas, usar malha compressiva.

Diagnóstico

Na maioria das vezes, a presença do linfedema é verificada por intermédio do diagnóstico clínico. Os exames complementares como tonometria, ressonância magnética, ultra-sonografia e linfocintigrafia, são utilizados quando se objetiva verificar a eficácia de tratamentos ou para analisar patologias associadas.

Tratamento fisioterapêutico

O tratamento do linfedema está baseado em técnicas já bem aceitas e descritas na literatura mundial. Este tratamento consiste de várias técnicas que atuam conjuntamente, dependendo da fase em que se encontra o linfedema, incluindo: cuidados com a pele, drenagem linfática manual (DLM), contenção na forma de enfaixamento ou por luvas/braçadeiras e cinesioterapia específica. Outros tratamentos têm sido descritos na literatura, porém, seus resultados não são satisfatórios quando comparados ao tratamento supra citado:

Referências Bibliográficas

- American College of Radiology. *Breast Imaging Reporting and Data System: BI-RADS*. 4ª d., 2003.
- Baines, C.J.; Miller, A.B. & Basset, A.A. Physical examination. Its role as a single screening modality in the Canadian National Breast Screening Study. *Cancer*, 63: 1816-22, 1989.
- Caplan, S.A.; Blackman, D.; Nadel, M.; Monticciolo, D.L. Coding mammograms using classification “probably benign finding – short interval follow-up suggested”. *AJR*, 172: 339-342, 1999.
- Comission the European Communities. *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 3ª ed., 2001
- Dawson D.A. & Thompson G.B. Breast cancer risk factors and screening: United States, 1987. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 10:172, 1989.
- Health Canada. *Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada* - 1997 and 1998 Report. Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002.
- International Agency for Research on Cancer - IARC. *IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 7: Breast Cancer Screening*. Lyon: IARC Press, 2002.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama: *Documento de Consenso*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005-2007*, 2005.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Falando sobre câncer de mama*. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- Orel SG, Kay N, Reynolds C, Sullivan DC. BI-Rads categorization as a predictor of malignancy. *Radiology* 211(3): 845-850, 1999.
- Pinho, V.F.S. & Coutinho, E.S.F. Fatores de risco para câncer de mama: uma revisão sistemática de estudos com amostras de mulheres da população geral no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2): 351-360, 2005.
- Saslow D, Hannan J, Osuch J et al. Clinical Breast Examination: Practical Recommendations for Optimizing Performance and Reporting. *Ca Cancer J Clin*, 54: 327-344, 2004.
- Stoll, B. A. *Approaches to breast cancer prevention*. Ed. Basil A. Stoll. Kluwer Ac. Pub. p.3-13, 1991.

10. ATENÇÃO DOMICILIAR

Atenção domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articula promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia (Duarte & Diogo apud, Rehem, 2003).

A Atenção Domiciliar no setor público justifica-se pelo grau de humanização que essa atenção traz para o atendimento ao usuário/família, pela possibilidade de desospitalização, com liberação de leitos para doentes que realmente deles necessitam e também pela redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares, com redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização.

A Atenção Domiciliar integra ainda duas modalidades específicas, a assistência domiciliar e a internação domiciliar.

10.1. Assistência Domiciliar na Atenção Básica

A Assistência Domiciliar pode ser realizada por profissionais da Atenção Básica da Atenção Especializada.

O Ministério da Saúde define que a Assistência Domiciliar⁶ é uma modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes desse nível de atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária (AVD)⁷.

Essa assistência é desenvolvida por meio do trabalho em equipe, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade tecnológica (equipamentos), pautada na integralidade das ações e adaptada às especificidades loco-regionais.

6. No momento o registro no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB da Assistência Domiciliar é realizado no campo internação domiciliar, porém com a revisão dos procedimentos da Tabela SIA-SUS, a nomenclatura adotada para o registro dessa atividade na Atenção Básica passa a ser Assistência Domiciliar na Atenção Básica.

7. Atividade de Vida Diária (AVD) “termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende cinco atividades básicas: banho, vestimenta, higiene pessoal, transporte e alimentação” (Vieira, 1996, p.20)

A equipe deve respeitar o espaço familiar, ser capaz de preservar e/ou estreitar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a auto-estima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde, sem necessariamente, alterar a caracterização do espaço domiciliar para serviço de saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

As diferenças locais devem ser observadas uma vez que o número de profissionais que atuam, o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, bem como o aporte de referência e contra-referência do sistema de saúde podem ser determinantes da qualidade da atenção.

Compete a gestão municipal a organização do sistema de saúde para a efetivação da assistência domiciliar na atenção básica, considerando os princípios e diretrizes propostas neste documento como norteadores dessas ações.

10.2. Internação Domiciliar

A Internação Domiciliar no âmbito do SUS, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT de 23/03/06, é o conjunto de atividades prestadas no domicílio à pessoas, clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidos em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

10.3. Organização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica

A equipe Saúde da Família deve estar organizada para acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária, que necessitem de atendimento no domicílio.

Para a realização da assistência domiciliar a equipe deve organizar-se de forma a identificar os usuários que dela necessitem, avaliando sua inclusão nessa modalidade de atenção. A operacionalização deve ser executada pela equipe por meio de um planejamento construído em conjunto considerando as atribuições de cada um de seus membros e de forma pactuada com o usuário/família.

10.3.1. Identificação da Necessidade de Assistência Domiciliar na Atenção Básica

A identificação de um usuário que necessite de Assistência Domiciliar parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades da vida diárias, conforme descritas nos critérios de inclusão. Esses usuários podem ser identificados das seguintes formas:

- Ser egressos de internação hospitalar ou domiciliar;
- Por meio de visitas do Agente Comunitário de Saúde;
- Por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital, entre outros.

O ACS é um profissional essencial para a identificação do usuário que necessita de assistência domiciliar, pois reside na comunidade e é responsável pela população da sua micro área, estando em contato permanente com as famílias, promovendo uma integração entre equipe e comunidade. A reunião da equipe de saúde que ocorre semanalmente é um dos momentos em que deve ser levada a do ACS, a.

10.3.2. Critérios de Inclusão para a Assistência Domiciliar na Atenção Básica

Ao identificar um usuário com necessidade de assistência na Atenção Básica domiciliar deve-se observar os seguintes critérios:

- a) Ser morador da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- b) Estar com a condição clínica comprometida e grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades da vida diária;

O grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades da vida diária é aqui definido com base na Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola (Dueyer & Oliveira, 2004):

- Grau 0 – Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
- Grau 1 – Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
- Grau 2 – Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- Grau 3 – Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- Grau 4 – Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- Grau 5 – Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

Considera-se que a assistência domiciliar é necessária a partir do grau 3 da escala mencionada acima.

- c) Ter tido alta da internação domiciliar ou hospitalar;

d) Condição do domicílio; É importante que a equipe avalie as condições do domicílio do usuário, para viabilizar a assistência domiciliar. Considerando as condições precárias de moradia de uma importante parcela da população, ao avaliar a infra-estrutura física deve-se valorizar prioritariamente a condição clínica e a necessidade do usuário, em detrimento de um eventual ambiente inadequado. Levando em consideração a dificuldade de acesso à internação hospitalar e os riscos dela decorrente, a equipe deve sempre priorizar a AD, não indicando-a apenas nas condições que elevem significativamente o risco de agravamento do estado de saúde do usuário.

OBS.: É recomendável a presença de um cuidador no domicílio a fim de facilitar e otimizar a assistência domiciliar. Em caso de não haver cuidador na família ou na rede de solidariedade os profissionais devem avaliar a exigibilidade da presença do mesmo, diante das condições clínicas do usuário. Também é necessária a permissão da família para a realização da assistência domiciliar; caso a equipe encontre resistência à aceitação dessa modalidade de atenção, a mesma deverá orientar sobre as vantagens desse cuidado.

*A equipe deve estabelecer no Plano de Cuidados as ações a serem desenvolvidas, que devem estar compatíveis com seu processo de trabalho.

10.3.3. Critérios de Desligamento na Assistência Domiciliar na Atenção Básica

Para o desligamento do usuário de assistência domiciliar é necessário haver avaliação técnica e discussão do caso com a equipe, observando algumas condições:

- a) Quando houver melhora das condições clínicas e/ou recuperação das condições de deslocamento até a Unidade de Saúde, a equipe não deverá se desresponsabilizar pela continuidade do atendimento;
- b) Mudança da área de abrangência, ficando sob responsabilidade do profissional informar a nova equipe a história e situação clínica do usuário;
- c) Recuperação total/cura;
- d) Piora clínica que justifique uma internação domiciliar ou hospitalar;
- e) Óbito.

OBS.: na ausência do cuidador e no caso da família não aceitar a assistência domiciliar, a equipe deve trabalhar essas situações antes de desligar o usuário/família da assistência domiciliar.

10.3.4. Processo de trabalho em equipe

A responsabilidade pelo usuário e sua família é de toda a equipe. Cada caso de assistência domiciliar deve ser discutido, planejado e executado pela equipe considerando as especificidades clínicas e sócio-culturais.

Para que as atividades da assistência domiciliar atendam às necessidades do usuário/família é necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável a realidade do usuário. Recomenda-se que a família participe ativamente nesse processo.

O planejamento deve contemplar a participação e a frequência de todos os profissionais na execução das ações a partir das necessidades do usuário/família, buscando distribuir os profissionais de forma a otimizar o trabalho da equipe. É importante lembrar que a presença simultânea de vários profissionais no domicílio não é recomendável, uma vez que pode causar constrangimento ao usuário/família. Para facilitar o planejamento dessas visitas, sugere-se avaliar a capacidade da família em prover os cuidados ao usuário em assistência domiciliar, além dos cuidados com a casa.

Todos os profissionais da equipe devem registrar no prontuário as ações realizadas no domicílio. Sugere-se reuniões periódicas dos profissionais de saúde para discussões clínicas e reprogramações de condutas. Buscando garantir a qualidade do cuidado, a equipe além de orientar verbalmente, deve deixar um registro para família, de forma clara e concisa, com o diagnóstico, principais cuidados e sinais de gravidade. A equipe ainda pode ser criativa no sentido de buscar instrumentos que facilitem o cuidado, por exemplo, no caso do usuário que utiliza várias medicações, discutir com o cuidador a melhor forma de organização (uso de cores, desenhos, entre outros).

10.3.5. Pactuação da assistência com a família

A assistência domiciliar pressupõe a participação ativa do usuário e familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. As responsabilidades devem ser pactuadas entre todos os envolvidos para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.

Recomenda-se uma reunião prévia da equipe com todos os membros da família envolvidos na assistência domiciliar para planejamento conjunto de ações a serem desenvolvidas no domicílio. Essas reuniões devem acontecer periodicamente, para avaliações e replanejamentos, enquanto durar a assistência domiciliar.

10.3.6. Autorização da família, participação do usuário e existência do cuidador:

A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar (AD) é o consentimento da família com a existência do cuidador. Na ausência desse, os profissionais devem avaliar as condições do usuário, con-

siderando ser esta situação um relevante problema de saúde pública, buscando envolver e sensibilizar a comunidade.

A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia terapêutica proposta. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas.

10.3.7. Cuidador

O cuidador é a pessoa que mais diretamente presta os cuidados, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. Entende-se que a figura do cuidador não pode constituir uma profissão ou função formalizada na área da saúde, uma vez que não possui formação técnica específica.

O cuidador realiza tarefas básicas no domicílio, assiste às pessoas sob sua responsabilidade prestando-lhes, da melhor forma possível, os cuidados que lhe são indispensáveis auxiliando na recuperação da pessoa assistida. As atribuições devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades. O cuidador pode ter como atribuições: relacionados à pessoa assistida, tais como:

- Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho, higiene oral e íntima;
- Estimular e ajudar na alimentação;
- Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações);
- Realizar mudança de decúbito e massagem de conforto;
- Atuar como elo entre a pessoa assistida, a família e a equipe de saúde;
- Administrar medicações, conforme prescrição, exceto em vias parenterais;
- Comunicar à equipe de saúde as intercorrências com o assistido. Caso isso ocorra fora do horário de funcionamento da unidade, seguir orientação do Plano de Cuidado.

10.4. Atenção Domiciliar em Cuidados Oncológicos Paliativos

A Atenção Domiciliar em Cuidados Oncológicos poderá ocorrer durante todo o processo de tratamento do câncer – cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor. É importante salientar que o tratamento requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados, integrando equipes multiprofissionais da Unidade de Alta complexidade em Oncologia com os profissionais de

saúde da Atenção Básica por meio de planos de cuidados. Esse processo de trabalho deverá estar inserido na rede de Atenção Oncológica regional ou estadual conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica – Portaria Ministerial PT/GM nº 2439 de 08 de dezembro de 2005.

Na questão da doença neoplásica avançada a atenção domiciliar em cuidados oncológicos paliativos destaca-se nas diretrizes da Portaria Ministerial PT/GM nº 2439 de 08 de dezembro de 2005 e na Portaria Ministerial PT/SAS nº 741 de 19 de dezembro de 2005, para fins de credenciamento de hospitais como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, os cuidados paliativos devem ser prestados na própria estrutura hospitalar ou poderão ser desenvolvidos, de forma integrada, com outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde, desde que:

- a) A rede seja formalizada pelo Gestor do SUS na área de abrangência da Unidade ou Centro de Alta Complexidade em Oncologia;
- b) Cada estabelecimento integrante da rede de cuidados paliativos tenha o seu papel definido, bem como os mecanismos de relacionamento entre eles;
- c) A referência entre os serviços seja feita em conjunto e sob regulação do respectivo Gestor do SUS;
- d) Os usuários sejam encaminhados com seus respectivos planos de cuidados;
- e) As Unidades e CACON ofereçam suporte a distância e assumam a responsabilidade pelo atendimento do usuário contra-referido para cuidados oncológicos paliativos (cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos), inclusive, de urgência;
- f) As Unidades e CACON ofereçam em conjunto com o respectivo Gestor do SUS treinamento específico para os profissionais da rede.

A referida portaria no seu Anexo I define que: “CUIDADOS PALIATIVOS - conjunto de ações interdisciplinares, associado ao tratamento oncológico, promovido por uma equipe de profissionais da saúde voltado para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psico-social de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível, que se dão em forma de:

- a) assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos);
- b) internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor);
- c) internações de longa permanência;
- d) assistência domiciliar.

Dependendo do comprometimento das condições clínicas e do grau de perda funcional dos usuários em cuidados paliativos, a atenção domiciliar pode ser realizada por meio de assistência domiciliar, internação domiciliar ou pelas UNACON ou CACON.

10.4.1. Conceito de Cuidados Paliativos

Segundo a definição da OMS, “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Sua instituição deve ser precoce, à época do diagnóstico de doença avançada, ainda que haja dúvidas quanto à possibilidade de cura. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo dinâmico e diferente em cada paciente.

A prática clínica de cuidados paliativos segue princípios éticos baseados no respeito à autonomia do usuário, requer habilidade de comunicação e uma abordagem interdisciplinar.

Um dos pilares da atuação clínica é a adequada e justa alocação de recursos, com redução da aplicação de terapias que não possam mudar o curso da doença e não favoreçam a melhoria de qualidade de vida do usuário.

Os Cuidados Paliativos visam:

- Garantir melhor qualidade de vida;
- Controlar a dor e os demais sintomas;
- Facilitar a desospitalização;
- Contribuir para reduzir a realização de exames complementares quando os resultados não mudam a terapia;
- Evitar o uso de terapias ineficazes e potencialmente danosas aos usuários;
- Enfatizar o tratamento domiciliar em detrimento do tratamento hospitalar;
- Preparar os cuidadores para a realização, em ambiente domiciliar, de cuidados antes restritos às instituições.

Aos critérios definidos para inclusão de usuários na Assistência Domiciliar somam-se aqueles específicos da pessoa com doença neoplásica avançada, quais sejam:

- Situação clínica (*performance status* deteriorado) impeditiva ao atendimento ambulatorial,
- Portadores de síndromes de imobilidade (amputações, fraturas, linfedemas, grandes feridas tumorais, paraplegias por compressão medular)
- Complicações incapacitantes ou restritivas (como dispnéia, astenia severa, caquexia, distúrbios hemodinâmicos etc.

10.5. Integração das Ações de Cuidados Paliativos com a Rede do Sistema Único de Saúde

No sentido de dar atenção integral às pessoas com doença neoplásica avançada, é importante que:

- O processo de trabalho deverá estar inserido na rede de Atenção Oncológica regional ou estadual conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica – Portaria Ministerial PT/GM nº 2439 de 08 de dezembro de 2005;
- O compartilhamento dos casos e de seus projetos terapêuticos com outros profissionais, como fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, entre outros;
- Cada estabelecimento integrante da rede de cuidados paliativos tenha o seu papel definido, bem como os mecanismos de relacionamento entre eles;
- Formulação de uma política relativa à formação, ao desenvolvimento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da saúde (nível técnico e superior nessa área);
- As ações de Cuidados oncológicos Paliativos deverão obedecer às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área;

As diretrizes clínicas para o manejo dos Cuidados Oncológicos Paliativos no momento estão em fase de discussão e revisão e, portanto, não foram incorporados neste Caderno.

Referências Bibliográficas

- ARCHER L, BISCAIA J & OSSWALD W (org.). *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996, Baines, C.J.; Miller, A.B. & Basset, A.A. Physical examination. Its role as a single screening modality in the Canadian National Breast Screening Study. *Cancer*, 63: 1816-22, 1989.
- BERLINGUER G. *Questões de vida. Ética Ciência Saúde*. Salvador - São Paulo -Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. *Cartilha da PNH*. Clínica Ampliada. Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília. Ministério da saúde, 2000.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Assistência Domiciliar. No prelo.
- DESLANDES SF. *Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. Ciência e Saúde coletiva, volume 9, número 1. Rio de Janeiro. ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública), 2004.
- FRANÇA, G.V. Comentários ao Código de Ética Médica. 3ª ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2000.
- International Agency for Research on Cancer - IARC. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 7: Breast Cancer Screening. Lyon: IARC Press, 2002.
- PESSINI L & BARCHIFONTAINE, CP. Problemas atuais de Bioética. 6a. Ed. São Paulo: Edições Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2002.
- PESSINI, L & BERTACHINI, L (orgs.). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo, Editora Loyola, 2004.
- PHILOCREON GR. Ginecologia. Fundamentos de Ética Médica (Cap.60) In: Petroianu A. Ética, Moral e Deontologia Médicas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000.
- ROCHA, M.I.B & ARAÚJO, M.J.O. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês*. São Paulo, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.
- SGRECCIA E. Manual de Bioética. I. Fundamentos e Ética Biomédica. São Paulo:Edições Loyola, 2002.

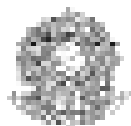
Anexo 1

[illegible]

		NP de Proiectare	
1. Scopul 2. Obiect 3. Scopul			
1. Scopul	2. Obiect	3. Scopul	4. Obiect
5. Scopul 6. Obiect 7. Scopul 8. Obiect 9. Scopul 10. Obiect 11. Scopul 12. Obiect 13. Scopul 14. Obiect 15. Scopul 16. Obiect 17. Scopul 18. Obiect 19. Scopul 20. Obiect 21. Scopul 22. Obiect 23. Scopul 24. Obiect 25. Scopul 26. Obiect 27. Scopul 28. Obiect 29. Scopul 30. Obiect 31. Scopul 32. Obiect 33. Scopul 34. Obiect 35. Scopul 36. Obiect 37. Scopul 38. Obiect 39. Scopul 40. Obiect 41. Scopul 42. Obiect 43. Scopul 44. Obiect 45. Scopul 46. Obiect 47. Scopul 48. Obiect 49. Scopul 50. Obiect 51. Scopul 52. Obiect 53. Scopul 54. Obiect 55. Scopul 56. Obiect 57. Scopul 58. Obiect 59. Scopul 60. Obiect 61. Scopul 62. Obiect 63. Scopul 64. Obiect 65. Scopul 66. Obiect 67. Scopul 68. Obiect 69. Scopul 70. Obiect 71. Scopul 72. Obiect 73. Scopul 74. Obiect 75. Scopul 76. Obiect 77. Scopul 78. Obiect 79. Scopul 80. Obiect 81. Scopul 82. Obiect 83. Scopul 84. Obiect 85. Scopul 86. Obiect 87. Scopul 88. Obiect 89. Scopul 90. Obiect 91. Scopul 92. Obiect 93. Scopul 94. Obiect 95. Scopul 96. Obiect 97. Scopul 98. Obiect 99. Scopul 100. Obiect			
101. Scopul 102. Obiect 103. Scopul 104. Obiect 105. Scopul 106. Obiect 107. Scopul 108. Obiect 109. Scopul 110. Obiect 111. Scopul 112. Obiect 113. Scopul 114. Obiect 115. Scopul 116. Obiect 117. Scopul 118. Obiect 119. Scopul 120. Obiect 121. Scopul 122. Obiect 123. Scopul 124. Obiect 125. Scopul 126. Obiect 127. Scopul 128. Obiect 129. Scopul 130. Obiect 131. Scopul 132. Obiect 133. Scopul 134. Obiect 135. Scopul 136. Obiect 137. Scopul 138. Obiect 139. Scopul 140. Obiect 141. Scopul 142. Obiect 143. Scopul 144. Obiect 145. Scopul 146. Obiect 147. Scopul 148. Obiect 149. Scopul 150. Obiect 151. Scopul 152. Obiect 153. Scopul 154. Obiect 155. Scopul 156. Obiect 157. Scopul 158. Obiect 159. Scopul 160. Obiect 161. Scopul 162. Obiect 163. Scopul 164. Obiect 165. Scopul 166. Obiect 167. Scopul 168. Obiect 169. Scopul 170. Obiect 171. Scopul 172. Obiect 173. Scopul 174. Obiect 175. Scopul 176. Obiect 177. Scopul 178. Obiect 179. Scopul 180. Obiect 181. Scopul 182. Obiect 183. Scopul 184. Obiect 185. Scopul 186. Obiect 187. Scopul 188. Obiect 189. Scopul 190. Obiect 191. Scopul 192. Obiect 193. Scopul 194. Obiect 195. Scopul 196. Obiect 197. Scopul 198. Obiect 199. Scopul 200. Obiect 201. Scopul 202. Obiect 203. Scopul 204. Obiect 205. Scopul 206. Obiect 207. Scopul 208. Obiect 209. Scopul 210. Obiect 211. Scopul 212. Obiect 213. Scopul 214. Obiect 215. Scopul 216. Obiect 217. Scopul 218. Obiect 219. Scopul 220. Obiect 221. Scopul 222. Obiect 223. Scopul 224. Obiect 225. Scopul 226. Obiect 227. Scopul 228. Obiect 229. Scopul 230. Obiect 231. Scopul 232. Obiect 233. Scopul 234. Obiect 235. Scopul 236. Obiect 237. Scopul 238. Obiect 239. Scopul 240. Obiect 241. Scopul 242. Obiect 243. Scopul 244. Obiect 245. Scopul 246. Obiect 247. Scopul 248. Obiect 249. Scopul 250. Obiect 251. Scopul 252. Obiect 253. Scopul 254. Obiect 255. Scopul 256. Obiect 257. Scopul 258. Obiect 259. Scopul 260. Obiect 261. Scopul 262. Obiect 263. Scopul 264. Obiect 265. Scopul 266. Obiect 267. Scopul 268. Obiect 269. Scopul 270. Obiect 271. Scopul 272. Obiect 273. Scopul 274. Obiect 275. Scopul 276. Obiect 277. Scopul 278. Obiect 279. Scopul 280. Obiect 281. Scopul 282. Obiect 283. Scopul 284. Obiect 285. Scopul 286. Obiect 287. Scopul 288. Obiect 289. Scopul 290. Obiect 291. Scopul 292. Obiect 293. Scopul 294. Obiect 295. Scopul 296. Obiect 297. Scopul 298. Obiect 299. Scopul 300. Obiect 301. Scopul 302. Obiect 303. Scopul 304. Obiect 305. Scopul 306. Obiect 307. Scopul 308. Obiect 309. Scopul 310. Obiect 311. Scopul 312. Obiect 313. Scopul 314. Obiect 315. Scopul 316. Obiect 317. Scopul 318. Obiect 319. Scopul 320. Obiect 321. Scopul 322. Obiect 323. Scopul 324. Obiect 325. Scopul 326. Obiect 327. Scopul 328. Obiect 329. Scopul 330. Obiect 331. Scopul 332. Obiect 333. Scopul 334. Obiect 335. Scopul 336. Obiect 337. Scopul 338. Obiect 339. Scopul 340. Obiect 341. Scopul 342. Obiect 343. Scopul 344. Obiect 345. Scopul 346. Obiect 347. Scopul 348. Obiect 349. Scopul 350. Obiect 351. Scopul 352. Obiect 353. Scopul 354. Obiect 355. Scopul 356. Obiect 357. Scopul 358. Obiect 359. Scopul 360. Obiect 361. Scopul 362. Obiect 363. Scopul 364. Obiect 365. Scopul 366. Obiect 367. Scopul 368. Obiect 369. Scopul 370. Obiect 371. Scopul 372. Obiect			



Anexo 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROCURADORIA NACIONAL DE DOENÇAS
ENDÓCRINAS, INFECTOAS E PARASITÁRIAS
“Miguel Pereira Filho”
Tel. 3183.0000 e 0000

NOTA TÉCNICA Nº 008/2003-DACT-ANVISA/MS/MS

Anexo 2: Notificação de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

1. Considerando que a notificação compulsória das DST, em nível nacional, não tem permitido alcançar percentual considerável da população infectada, aumentando os riscos de subnotificação e consequentemente de indicadores epidemiológicos e, consequentemente, a formulação de políticas de controle dessas doenças, além de sua contribuição para respostas inadequadas quanto ao problema;
2. Considerando que a sífilis gera sérios problemas graves no Brasil, com estimativas de cerca de 50 mil gestantes com sífilis no momento do parto no ano de 2004, com repercussão importante na transmissão vertical dessa doença, como aborto, natimortandade e nascimento de crianças com sífilis congênita;
3. Considerando a possibilidade de identificação/notificação/investigação de todos os portadores que atendem aos serviços de pré-natal e parto hospitalar, e a construção de indicadores que subsidiem as ações de prevenção e controle da sífilis, além de possibilitar o cumprimento de compromissos internacionais, assumidos pelo Brasil, de eliminação da sífilis congênita;
4. O Programa Nacional de DST e Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, após discutido com vários órgãos correlacionados com as ações de prevenção e controle das DST e da sífilis congênita no Brasil, decidiu rever a estratégia de notificação compulsória e de investigação das DST, passando a considerar apenas a sífilis na gestação e início doença sexualmente transmissível de notificação compulsória, assim como a consequência de sua transmissão vertical, a sífilis congênita;
5. A portaria Nº 25 de 14 de julho de 2003 (anexa), publicada no D.O.U. de 12/07/2003, inclui a sífilis em portaria A Portaria nacional de doenças de notificação compulsória, adicionando-se uma nova seção de notificação. O código a ser utilizado para inclusão da notificação no SINAN é Q 98.1;
6. Cabe aos estados e municípios a decisão de manter as doenças sexualmente transmissíveis, passíveis de notificação em suas jurisdições.

Brasília, 26 de novembro de 2003.



Anexo 3

Doença	Agente etiológico	Sinais e sintomas	Transmissão sexual	Tratamento	
				1ª opção	2ª opção
Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	úlceras genitais	Sim	Penicilina G Benzatina , 2,4 milhões UI, via IM, dose única, (1,2 milhões UI em cada nádega)	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrízes);
Cancro mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	úlceras genitais	sim	Azitromicina 1 g VO em dose única, ou Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos) ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única;
Herpes	<i>Herpes simplex vírus (HSV-2)</i>	úlceras genitais	sim	1º episódio: Aciclovir 200mg VO de 4/4hs (5 vezes ao dia) ou 400mg VO de 8/8hs por 7 dias	Valaciclovir 1g VO de 12/12hs, por 7 dias; ou Famciclovir 250mg VO de 8/8hs por 7 dias.
Vaginose bacteriana	múltiplos	Corrimento vaginal	não	Metronidazol 400 a 500mg de 400-500mg 12/12hs VO 7 dias	Metronidazol 2 g VO dose única ; ou Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias.
Candidíase	<i>Candida albicans</i>	Vulvovaginite Corrimento vaginal	não	Miconazol , creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol , creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Isoconazol creme vaginal, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.	Fluconazol- 150 mg VO em dose única ou Itraconazol 200mg VO 12/12 hs em 1 dia ou Cetoconazol 400mg VO/dia por 5 dias

Doença	Agente etiológico	Sinais e sintomas	Transmissão sexual	Tratamento	
				1ª opção	2ª opção
Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Endocervicite / Corrimento vaginal	sim	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única ou Espectinomicina 2g IM dose única
Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Endocervicite / Corrimento vaginal	sim	Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias; ou Tetraciclina 500mg oral, 4x/dia, 7 dias; ou Ofloxacina 400mg oral, 2x/dia, 7 dias
Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Vulvovaginite/ Corrimento vaginal	sim	Metronidazol 2g VO dose única ou Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO 7 dias	Secnidazol 2g, VO, dose única; ou Tinidazol 2g VO dose única
Verrugas genitais	<i>Papilomavírus humano</i>	verrugas, condilomas, Lesões intra epiteliais cervicais	sim	Podofilina a 10-25% ou Ácido Tricloroacético (ATA) a 80-90% ou Exérese cirúrgica	Eletrocauterização ; Podofilotoxina 0,15% creme; Imiquimod 5% creme; outros
DIP	<i>Múltiplos</i>	Dor pélvica	sim	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias + Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias; ou Ciprofloxacina 500 mg VO 12/12horas por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias + Metronidazol 500 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias

* Algumas medicações e procedimentos estão disponíveis somente em unidades de referência ou não estão disponíveis na rede Sistema Único de Saúde.

Anexo 4

[illegible]

IDENTIFICAREA SI INREGISTRAREA												CATEGORIA SI CLASAREA											
1271 Identificarea ☐ 1271.1 Identificarea ☐ 1271.2 Identificarea												1272 Inregistrarea ☐ 1272.1 Inregistrarea ☐ 1272.2 Inregistrarea											
1273 Identificarea ☐ 1273.1 Identificarea ☐ 1273.2 Identificarea												1274 Inregistrarea ☐ 1274.1 Inregistrarea ☐ 1274.2 Inregistrarea											
1275 Identificarea ☐ 1275.1 Identificarea ☐ 1275.2 Identificarea												1276 Inregistrarea ☐ 1276.1 Inregistrarea ☐ 1276.2 Inregistrarea											
1277 Identificarea ☐ 1277.1 Identificarea ☐ 1277.2 Identificarea												1278 Inregistrarea ☐ 1278.1 Inregistrarea ☐ 1278.2 Inregistrarea											
1279 Identificarea ☐ 1279.1 Identificarea ☐ 1279.2 Identificarea												1280 Inregistrarea ☐ 1280.1 Inregistrarea ☐ 1280.2 Inregistrarea											
1281 Identificarea ☐ 1281.1 Identificarea ☐ 1281.2 Identificarea												1282 Inregistrarea ☐ 1282.1 Inregistrarea ☐ 1282.2 Inregistrarea											
1283 Identificarea ☐ 1283.1 Identificarea ☐ 1283.2 Identificarea												1284 Inregistrarea ☐ 1284.1 Inregistrarea ☐ 1284.2 Inregistrarea											
1285 Identificarea ☐ 1285.1 Identificarea ☐ 1285.2 Identificarea												1286 Inregistrarea ☐ 1286.1 Inregistrarea ☐ 1286.2 Inregistrarea											
1287 Identificarea ☐ 1287.1 Identificarea ☐ 1287.2 Identificarea												1288 Inregistrarea ☐ 1288.1 Inregistrarea ☐ 1288.2 Inregistrarea											
1289 Identificarea ☐ 1289.1 Identificarea ☐ 1289.2 Identificarea												1290 Inregistrarea ☐ 1290.1 Inregistrarea ☐ 1290.2 Inregistrarea											
1291 Identificarea ☐ 1291.1 Identificarea ☐ 1291.2 Identificarea												1292 Inregistrarea ☐ 1292.1 Inregistrarea ☐ 1292.2 Inregistrarea											
1293 Identificarea ☐ 1293.1 Identificarea ☐ 1293.2 Identificarea												1294 Inregistrarea ☐ 1294.1 Inregistrarea ☐ 1294.2 Inregistrarea											
1295 Identificarea ☐ 1295.1 Identificarea ☐ 1295.2 Identificarea												1296 Inregistrarea ☐ 1296.1 Inregistrarea ☐ 1296.2 Inregistrarea											
1297 Identificarea ☐ 1297.1 Identificarea ☐ 1297.2 Identificarea												1298 Inregistrarea ☐ 1298.1 Inregistrarea ☐ 1298.2 Inregistrarea											
1299 Identificarea ☐ 1299.1 Identificarea ☐ 1299.2 Identificarea												1300 Inregistrarea ☐ 1300.1 Inregistrarea ☐ 1300.2 Inregistrarea											