

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DO RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS:
CÂNCER DE MAMA, COLO DO ÚTERO E INTESTINO**



**Prefeitura de
Porto Alegre**

SECRETARIA DE SAÚDE

Porto Alegre 2023

Revisores

Leonardo Rodrigues
Vanessa do C. Severo Coffy
Marilene Lopes Vieira
Vanessa Verona
Heloisa Helena da Silva Duarte
Franciela Delazeri Carlotto
Claudia Gertz

Autores

Clarissa Koren Chiappini
Fabiane Soares de Souza
Gabriela Aguiar de Moraes
Heloisa Helena da Silva Duarte
Lisiane Vieira dos Santos
Lívia de Almeida Faller
Micheli Rosseto dos Santos
Roger Flores Ceccon
Samanta Griller Pinto
Aline Machado de Oliveira

Abreviaturas

AIS	Adenocarcinoma in situ
AOI	Atipias de significado indeterminado de origem indefinida
ASC-US	Atipias de significado indeterminado em células escamosas
ASC-US	Atipias de significado indeterminado em células glandulares
APS	Atenção Primária à Saúde
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System
BVAPS	Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
DIU	Dispositivo intra-uterino
ECM	Exame clínico das mamas
FIT	Fecal immunochemical test
INCA	Instituto Nacional de Câncer
JEC	Junção escamo-colunar
LSIL	Lesão intraepitelial de baixo grau
PMS	Plano Municipal de Saúde
PAS	Programa Anual de Saúde
POA	Porto Alegre
POP	Procedimento Operacional Padrão Teste rápido
TR	Teste Rápido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

1. Introdução	7
2. Organização do Trabalho	9
3. Sistematização da Assistência de Enfermagem	10
4. Classificação de Enfermagem	11
Quadro 1: Cuidados/Intervenções de Enfermagem no acompanhamento do rastreamento de Neoplasias	11
Quadro 2: Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP)	11
4.1. REGISTRO DE INFORMAÇÕES	12
5. Ferramentas de Apoio Às(Aos) Enfermeiras(Os)	13
6. RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA	14
Quadro 3: População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama	14
6.1. População-alvo	15
Quadro 4: Critérios de alto risco para câncer de mama e indicações de rastreamento	16
Fluxograma 1: Consulta de Enfermagem no Rastreamento de Câncer de mama	17
6.2. Exame clínico das mamas	18
Quadro 5: Técnica do Exame Clínico das Mamas (a)	20
Figura A – Inspeção	20
Figura B - Inspeção	20
Quadro 5: Técnica do Exame Clínico das Mamas (b)	21
Figura C – Palpação	21
Figura D – Palpação	21
Quadro 5: Técnica do Exame Clínico das Mamas (c)	22
Figura E – Inspeção Dinâmica	22
Figura F – Inspeção Dinâmica	22
Quadro 6: Sinais e Sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama que indicam necessidade de encaminhamento para avaliação diagnóstica	23
6.3. Mamografia	24
Quadro 7: Categoria BI-RADS no exame mamográfico, interpretação e recomendações de conduta	25

6.4. Ultrassonografia mamária bilateral	26
6.5. Sinais e Sintomas mais comuns (a)	27
6.5. Sinais e Sintomas mais comuns (b)	27
7. CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	28
Quadro 8: População alvo e periodicidade dos exames citopatológicos	29
Quadro 9 - Condições especiais para realização do exame citopatológico (a)	29
Quadro 9 - Condições especiais para realização do exame citopatológico (b)	30
7.1. Recomendações prévias à coleta do exame citopatológico de colo uterino:	31
Quadro 10 - Coleta do material para o exame citopatológico do colo do útero (a)	33
Figura G - Espátula de Ayre, escova endocervical	33
Figura H - Coleta ectocervical	33
Quadro 10 - Coleta do material para o exame citopatológico do colo do útero (b)	34
Figura I - Coleta endocervical	34
Figura J - Colocação do material na lâmina.	34
7.2. Adequabilidade da Amostra em exame citopatológico de colo uterino	35
Quadro 11 - Adequabilidade da Amostra em exame citopatológico de colo uterino	36
Quadro 12: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero (a)	37
Quadro 12: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero (b)	38
Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (a)	39
Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (b)	40
Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (c)	41
Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (d)	42
Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (e)	43
Fluxograma 2: Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica (ASC-US) no exame citopatológico	45
Fluxograma 3: Lesão intraepitelial de baixo grau	46
7.3. Sinais e Sintomas de Alerta	47
7.4. Fatores de Risco	47

7.5. Vacinação	48
Quadro 14 - Indicações da vacina HPV	48
7.6. Evidências Clínicas	49
8. CÂNCER DE INTESTINO	50
Figura k - Intestino	50
8.1. Fatores de Risco	52
8.2. População-alvo e periodicidade dos exames	53
Quadro 15: Rastreamento de Neoplasia de intestino	53
8.3. Sinais e sintomas de alerta	54
8.4. Recomendações ao exame de TR de sangue oculto nas fezes aos usuários:	54
8.5. Precauções a(o) enfermeira(o) no TR sangue oculto nas fezes:	55
8.6. Materiais necessários para realização do teste:	55
8.7. Instruções de uso do FIT	55
Imagem 1: Esquema ilustrativo da coleta de amostra de sangue oculto nas fezes	56
Fluxograma 4 : Rastreamento de Neoplasia Colorretal	57
Quadro 16: Interpretação de resultados do TR de sangue oculto e condutas	58
ANEXO 1 - Nota Técnica de Padronização da coleta e remessa das lâminas de CP	60
9. Referências	63

1. Introdução

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) e envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2010).

Segundo o caderno de Atenção Primária número 09 (BRASIL, 2010) que dispõe sobre o Rastreamento, este termo se refere à prevenção secundária de doenças, ou seja, à identificação de uma patologia previamente ignorada através de exames, testes ou procedimentos em uma pessoa assintomática de uma população definida. Esta detecção precoce visa identificar e curar uma condição que já cursa com mudanças patológicas, mas que não produziu sinais e/ou sintomas evidentes. Objetiva identificar pessoas que têm benefício maior que o risco de se submeter a uma determinada intervenção.

É importante ressaltar que o teste de rastreamento não tem intenção de ser diagnosticado. Pessoas que tiverem um rastreamento positivo devem ser encaminhadas para a realização de diagnóstico definitivo e tratamento.

Quando não houver interesse de seguimento na investigação ou no tratamento da doença, o rastreamento não deve ser realizado.

Para que um programa de rastreamento tenha benefícios maiores que seus riscos é necessário que atenda determinadas pré-condições:

A doença rastreada deve ser um problema de saúde pública (considerando sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade);

A doença deve ter uma história natural conhecida;

A doença deve ter um estágio assintomático bem definido com tratamento precoce benéfico em relação a seu tratamento no momento habitual de diagnóstico;

Os exames para sua detecção devem ser disponíveis, aceitáveis e confiáveis e de custo razoável;

O rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático;

O exame para rastreamento deve ser adequado: ter alta sensibilidade, alta especificidade e ser minimamente invasivo. (BRASIL, 2010)

O rastreamento de doenças tornou-se uma estratégia fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS) e os enfermeiros têm papel fundamental nesta atividade, pois apresentam contato próximo e vínculo com os usuários do serviço e atuam de forma interdisciplinar e integral. Este profissional deve ser responsável por ofertar o rastreamento, realizar e solicitar o exame, bem como receber e interpretar o resultado. Resultados alterados devem ser avaliados conjuntamente por um profissional médico.

O cuidado orientado por diretrizes científicas direcionadas a enfermeiros é efetivo para mudanças de processo de trabalho e reduz a variabilidade na prática clínica, resultando em melhores cuidados prestados aos pacientes. Além disso existe grande potencial para melhora da qualidade dos cuidados em saúde quando se disponibiliza a melhor evidência científica aos profissionais de enfermagem. Por isso a importância da implementação de protocolos de enfermagem.

Este Protocolo objetiva subsidiar a prática de enfermagem no rastreamento do câncer de mama, colo de útero e cólon, bem como auxiliar na tomada de decisão e qualificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na APS.

A aplicação e atualização dos protocolos de Enfermagem está de acordo com o contexto internacional para o aumento da resolutividade da assistência do enfermeiro, pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu por meio da Decisão COREN-RS n.º 85/2019, o regramento da Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária, o qual foi base para a revisão deste protocolo.

Segundo dados do Departamento de Economia e Estatística do RS, o estado possuía em 2019, 5.840.501 mulheres, destas, 55,1% na faixa etária de 10 a 49 anos, consideradas em idade reprodutiva. Sendo que esse grupos etários suscitam especial atenção das equipes de APS, face à necessidade redução da mortalidade por câncer de mama, colo de útero e intestino, uma vez que, o diagnóstico e tratamento precoces são decisivos para a cura e na expectativa de vida dessas mulheres (DEE, 2019; BRASIL, 2016; SES-RS, 2020).

O INCA (Instituto Nacional do Câncer) estima 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, que concentram cerca de 70% da incidência. Neste contexto, o rastreamento de neoplasias é particularmente importante no Rio Grande do Sul, estado com maior número de municípios cuja primeira causa de morte é o câncer .

Porto Alegre apresenta historicamente altas taxas de mortes por neoplasia. Dentre os diferentes tipos de câncer constituem importantes problemas de saúde pública em Porto Alegre:

Neoplasias de cólon, reto e ânus;

Neoplasia de mama;

Neoplasia de colo do útero.

As ações de enfermagem descritas neste Protocolo podem ser realizadas de diferentes formas, incluindo as consultas de enfermagem programadas ou por demanda espontânea. Entretanto, todas Unidades de Saúde devem instituir seus programas sistematizados de rastreamento e monitoramento dos usuários em acompanhamento.

As práticas devem garantir a assistência em sua integralidade, buscando, a investigação e melhoria de outras necessidades ou problemas que acometem os pacientes. Também deve ser considerado o grau de vulnerabilidade do indivíduo e do território, priorizando o princípio da equidade na garantia do cuidado.

Este Protocolo não pretende esgotar os assuntos abordados, mas constituir-se como um suporte assistencial para cuidado em saúde. Para um aprofundamento das temáticas aqui abordadas, indicamos publicações do Ministério da Saúde, o Protocolo de Saúde da Mulher elaborado pelo Conselho de Enfermagem do RS (base para esta atualização), assim como os “Cadernos de Atenção Básica”(CAB), que descrevem de maneira mais detalhada as ações a serem desenvolvidas na APS.

Por fim, esperamos que este Protocolo se constitua como uma importante ferramenta para a prática qualificada da(o) enfermeira(o) na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre e torne-se um dos fatores para melhoria das condições de saúde da população, além de fornecer subsídios para a segurança e universalidade à assistência prestada.

2. Organização do Trabalho

É fundamental que o enfermeiro conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita. A partir desse cadastro, é possível identificar os usuários da faixa etária prioritária para o rastreamento, bem como identificar aqueles que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento de dados entre as pessoas que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso aos exames. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames e o seguimento recomendado.

Os enfermeiros devem adotar postura vigilante em relação ao rastreamento do câncer de mama, colo do útero e colorretal, de forma que todos os usuários na faixa etária preconizada para o rastreamento, que frequentam a unidade por qualquer motivo, sejam verificados quanto à sua situação de rastreio e, para aqueles com exame em atraso, deve-se oferecer o rastreamento imediato ou agendamento, considerando a preferência do paciente.

Indivíduos não atingidos pelo modelo de rastreamento sistemático ou com exames em atraso, devem ser contatados por telefonema, visita domiciliar, com orientação para realização do rastreamento em data pré-determinada, pois existem sólidas evidências na literatura que o efeito do agendamento é superior ao do convite aberto. A data do agendamento pode ser modificada pelo usuário, se necessário. Para os usuários contatados em domicílio, sugere-se a entrega de uma breve carta-convite assinada pela (o) enfermeira (o) da equipe.

A solicitação dos exames para o rastreamento deve ser realizada pela (o) enfermeira (o), durante o atendimento ou em estratégias de busca ativa de pacientes com exames em atraso, como a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde. Os dados referentes à consulta e a solicitação dos exames devem ser registrados no prontuário eletrônico do cidadão. A solicitação do teste rápido de sangue oculto nas fezes deverá ser registrada no momento da emissão do laudo do exame. Quando necessário o encaminhamento do paciente ao serviço especializado, o mesmo deve ser feito mediante o sistema de regulação GERCON.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere uma meta de cobertura de exames citopatológicos (CP) de colo uterino igual ou maior a 80%, que seria capaz de reduzir 60 a 90% da mortalidade.

O Ministério da Saúde (MS) orienta uma meta de cobertura de mamografia igual ou superior a 70% da população-alvo (mulheres de 50 a 69 anos de idade), o que poderia reduzir a mortalidade de neoplasia de mama em 15 a 23%.

Com base nestas orientações, o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde prevêem uma meta de razão de realização de mamografias para mulheres de 50 a 69 anos de 0,35 até 2021 (0,26 em 2018) - o que representa 70% das pacientes elegíveis em 2 anos - e de CP para mulheres de 25 a 64 anos de 0,35 até 2021 (0,34 em 2018) - o que representa 100% das pacientes elegíveis em 3 anos -.

Não existe uma meta sugerida pela OMS ou pelo MS sobre o rastreamento de neoplasia de intestino, contudo ações podem ser instituídas para realização deste exame que pode identificar com brevidade este tipo de doença.

Atualmente todas as coletas de CP no município devem ser lançadas no sistema SISCAN, para análise do material coletado. Após a coleta deve ser preenchido o Formulário de remessa das Lâminas de CP do Colo ao laboratório (Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1HP1P3JEFqSnzbQMIjEqjXAI0Zcnw8XY/view>), acondicionadas as lâminas em caixa identificada com número da lâmina, iniciais da paciente e Nome da unidade, conforme NT Saúde da Mulher (anexoXXX)

A solicitação de Mamografia deve ser realizada via Gercon e fornecer IMPRESSO à usuária o formulário de solicitação (que é gerado no próprio sistema gercon).

O laudo para o teste de sangue oculto nas fezes pode ser feito através do link: <http://formr.procempa.com.br/sangueoculto>

3. Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), para ser realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução COFEN n.º 358/2009.

As etapas do PE estão descritas a seguir:

Coleta de dados ou histórico de enfermagem: um processo consciente, sistemático e contínuo, realizado por meio de diferentes métodos e técnicas, com o objetivo de obter informações sobre a pessoa, família ou comunidade humana e suas reações em um determinado momento de saúde e as repercussões no processo patológico.

Diagnósticos de enfermagem: o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira fase, que culmina na tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que melhor figuram as respostas do indivíduo, família ou comunidade humana em determinado momento do processo de saúde e doença. Eles formam a base para a seleção de ações ou intervenções destinadas a alcançar os resultados esperados.

Planeamento de enfermagem: a determinação dos resultados a serem alcançados e das atividades ou intervenções de enfermagem a serem realizadas em um determinado momento do processo de saúde e doença, no que diz respeito às reações da pessoa família ou comunidade humana, definidas através dos diagnósticos de Enfermagem.

Implementação: Implementação de medidas ou ações identificadas no planejamento do tratamento.

Avaliação de enfermagem: Um processo consciente, sistemático e contínuo de identificação de mudanças nas respostas de um indivíduo, família ou comunidade em um ponto do processo da doença para determinar se medidas de cuidado ou intervenções alcançaram o resultado esperado; e também a necessidade de alteração, ou seja a necessidade de adaptação nas fases do trabalho de enfermagem. (COREN/RS, 2022)

O registro da consulta de enfermagem no prontuário deve ser documentado por meio da utilização dos campos '**Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)**' e uso de taxonomias específicas de Enfermagem reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE), RESSALTANDO que pelo ESUS-PEC precisamos registrar o CIAP2.

Segundo o Parecer Técnico COREN-RS n.º 19/2016, a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias de acordo com a sua categoria profissional.

4. Classificação de Enfermagem

Quadro 1: Cuidados/Intervenções de Enfermagem no acompanhamento do rastreamento de Neoplasias

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I [®]	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedade;• Baixa autoestima crônica / Risco;• Conhecimento deficiente;• Dor aguda;• Proteção ineficaz;• Risco de infecção;• Risco de sobrepeso;• Sobrepeso;• Obesidade;• Estilo de vida sedentário;• Comportamento de saúde propenso a risco;• Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde;• Negação ineficaz;• Medo;• Enfrentamento familiar ineficaz.
CIPE	<ul style="list-style-type: none">• Adesão a / Não adesão a regime de exercício físico;• Acompanhamento de Rastreamento (Screening);• Ansiedade;• Apoio social / Falta de Apoio social;• Autoimagem negativa;• Baixa autoestima;• Manutenção da saúde, prejudicada;• Menopausa;• Obesidade;• Risco de Doença;• Risco de Qualidade de Vida, Negativa;• Sobrepeso;• Tabagismo.

Fonte: COREN/RS, 2022.

Quadro 2: Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP)

*Conforme Parecer conjunto de câmara Técnica nº 004/2022 - COFEN

Classificações relacionadas à mama

- X18 Dor na mama feminina
- X19 Tumor ou nódulo na mama feminina
- X20 Sinais/sintomas do mamilo da mulher
- X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros
- X22 Preocupação com a aparência da mama feminina
- X26 Medo de câncer na mama
- X27 Medo de outra doença genital/mama
- X79 Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma
- X76 Neoplasia maligna da mama feminina

ATENÇÃO BÁSICA DO RS, 2019.

4.1. REGISTRO DE INFORMAÇÕES

IMPORTANTE

Registrar no ESUS-PEC o rastreamento realizado, com sinais e sintomas, bem como exames já realizados.

Principais CIAP2

D01 Dor abdominal generalizada/cólicas
D02 Dores abdominais, epigástricas
D03 Azia/ Queimação
D04 Dor anal/retal
D05 Irritação perianal
D06 Outras dores abdominais localizadas
D07 Dispepsia/indigestão
D08 Flatulência /gases/eructações
D09 Náusea
D10 Vômito D11 Diarreia
D12 Obstipação
D13 Icterícia

Principais CIAP2

D14 Hematêmese/vômito sangue
D15 Melena
D16 Hemorragia retal
D17 Incontinência fecal
D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais
D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas
D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios
D21 Problemas de deglutição
D23 Hepatomegalia
D24 Massa abdominal NE
D25 Distensão abdominal
D26 Medo de câncer no aparelho digestivo
D27 Medo de outras doenças aparelho digestivo
D28 Limitação funcional/incapacidade
D29 Outros sinais/sintomas digestivos

REGISTRAR COMO PROCEDIMENTO REALIZADO
SIGTAP COLONOSCOPIA – 02.09.01.002-9

5. Ferramentas de Apoio Às(Aos) Enfermeiras(Os)

TELESSAÚDERS-UFRGS: O TelessaúdeRS-UFRGS disponibiliza a ferramenta de teleconsultoria para todas(os) as(os) enfermeiras(os) da Atenção Primária à Saúde através do 0800 e está disponível para apoiar nos desafios diários da prática profissional.

Para dúvidas clínicas e assistenciais ligue gratuitamente, de Segunda à Sexta-feira, das 8h às 18h, para o número 0800 644 6543.

E para envio de materiais e atividades de educação permanente, cadastre-se na **Plataforma Telessaúde**.

Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>

BIBLIOTECA VIRTUAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (BVAPS-POA):

A Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde tem por objetivo reunir, divulgar e garantir o acesso confiável e permanente aos documentos administrativos, técnicos, fluxos, protocolos, linhas de cuidado, entre outros que se julguem relevantes para a rede de atenção à saúde de Porto Alegre.

Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/>

Dynamed plus: o dynamed plus é uma ferramenta de informação baseada em evidências clínicas proporcionando apoio à decisão clínica e otimização do tempo de resposta. Disponível em: <https://www.dynamed.com/>

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

Disponíveis na BVAPS-POA em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/>

6.RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

Quadro 3: População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama

População Alvo	Periodicidade
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e, se alterado, mamografia
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual

Fonte: BRASIL, 2016; COREN-RS, 2022

O câncer de mama constitui um importante problema de saúde pública, sendo fundamental o papel da APS e da Enfermagem no rastreamento e diagnóstico precoce do mesmo, assim como na construção coletiva de conhecimentos para a promoção da saúde e adoção de hábitos saudáveis como fatores de proteção (COREN-RS, 2022).

O risco de câncer de mama aumenta com a idade e o rastreamento populacional para essa doença deve ter como alvo as mulheres na faixa etária de maior risco (**Quadro 1**).

Contudo, as mulheres que têm certos fatores hereditários/genéticos, como câncer de mama e ovário, pessoalmente ou em sua família, têm alto risco de desenvolver câncer de mama. Neste sentido, é necessário identificar e integrar uma abordagem integrada dos principais fatores de risco deste tipo de câncer (**Quadro 2**), assim sugere-se que esta população deve realizar seu rastreamento e seguimento com médico especialista (mastologista).

Pacientes que apresentarem lesões clínicas ao exame físico devem ser avaliadas por um profissional médico o mais rápido possível.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 **TelessaúdeRS**

6.1. População-alvo

Homens Cis e Trans & Mulheres Cis e Trans.

Mulheres trans (pessoas com o sexo biológico masculino e que se identificam como mulheres): se estiverem em uso de hormônio a mais de cinco anos, a recomendação é de seguir o mesmo protocolo que mulheres cis - mamografia a partir dos 50 anos de idade e procurar atendimento se perceber alguma alteração nas mamas.

Homens trans (pessoas com o sexo biológico feminino e que se identificam como homens): devem ser pensados em 2 grupos separados - os que passaram pela mastectomia e os que não passaram.

- Mastectomizados: a retirada das mamas pode reduzir em até 90% as chances de desenvolver CA de mama, mas não anula o risco por completo. Nestes casos, é importante considerar a existência ou não de fator genético e manter acompanhamento para avaliação.
- Não-mastectomizados (com mamas): a recomendação é seguir a realização do rastreamento da mesma forma que mulheres cis, independentemente do tratamento hormonal.

**Acolher, avaliar a queixa da (o) usuário (a) INDEPENDENTE DA IDADE.
Relatar à mulher sobre as anormalidades encontradas.**

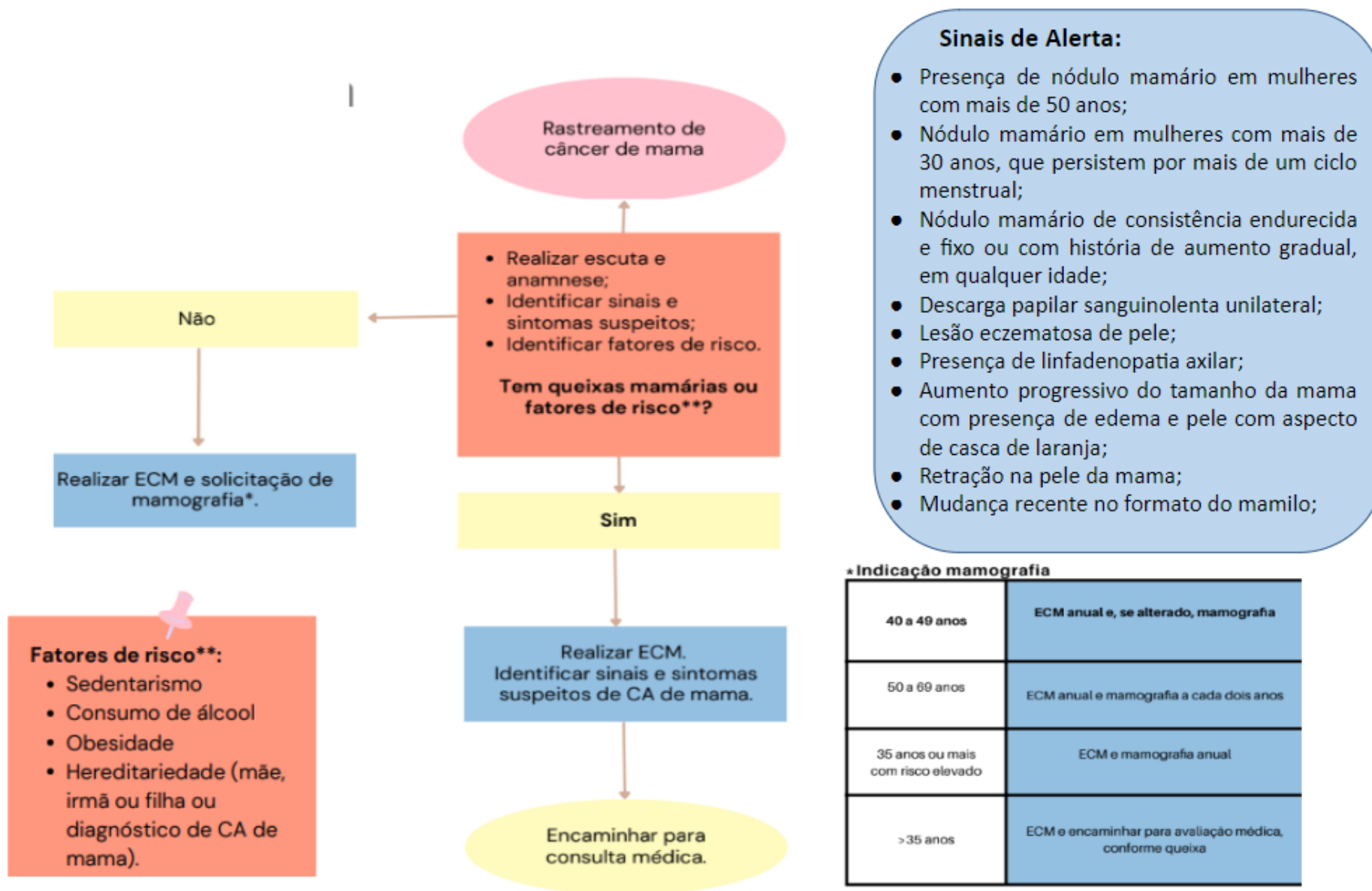
Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 [TelessaúdeRS](#)

Quadro 4: Critérios de alto risco para câncer de mama e indicações de rastreamento

RISCO PARA CÂNCER DE MAMA	INDICAÇÃO DE RASTREAMENTO COM EXAME DE IMAGEM
Risco habitual	Oferecer MMG a cada 2 anos para mulheres entre 50 e 69 anos.
Alto risco*	
Mulheres e homens com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras.	Rastreamento anual com MMG a partir dos 30 anos. A ecografia mamária pode ser associada à MMG.
Mulheres com história familiar de: <ul style="list-style-type: none"> • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou • homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama. 	Rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem, porém não antes dos 30 anos. A ecografia mamária pode ser associada à MMG.
Mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos.	Rastreamento anual com mamografia a partir do 8º ano após o tratamento radioterápico, porém não antes dos 30 anos. A ecografia mamária pode ser associada à MMG.
Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular <i>in situ</i> , hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal <i>in situ</i> .	Rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico, principalmente naquelas que foram tratadas com cirurgia conservadora. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.

Fonte: Telessaúde (2023).

Fluxograma 1: Consulta de Enfermagem no Rastreamento de Câncer de mama



Sinais de Alerta:

- Presença de nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou com história de aumento gradual, em qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa de pele;
- Presença de linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com presença de edema e pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama;
- Mudança recente no formato do mamilo;

Fatores de risco**:

- Sedentarismo
- Consumo de álcool
- Obesidade
- Hereditariedade (mãe, irmã ou filha ou diagnóstico de CA de mama).

* Indicação mamografia

40 a 49 anos	ECM anual e, se alterado, mamografia
50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos
35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual
> 35 anos	ECM e encaminhar para avaliação médica, conforme queixa

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022.

6.2. Exame clínico das mamas

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM) visa iniciar um exame de diagnóstico de problemas da mama. Pode ser usado com mamografia para fins de triagem em mulheres com risco aumentado de desenvolver câncer de mama. Até o momento, o ECM sozinho não estabeleceu vantagens como um método de triagem eficaz (COREN/RS, 2022).

É recomendável que o resultado do exame clínico seja descrito seguindo as etapas de inspeção visual, palpação das axilas e regiões supraclaviculares e tecido mamário. É considerado exame normal ou negativo quando nenhuma anormalidade for identificada e anormal quando achados assimétricos demandarem investigação especializada.

As alterações podem ser desde alterações na cor da pele da mama até massas, nódulos, retração da pele da mama e/ou do mamilo, feridas e descarga papilar espontânea. A descarga papilar espontânea deve sempre ser investigada (BRASIL, 2006). Quando o exame clínico das mamas é normal, a mulher deve ser orientada para seguir a rotina do rastreamento.

Quando detectadas anormalidades, deve-se encaminhar a paciente para consulta médica na APS ou diretamente para Mastologia ou Onco-Mama quando indicado (**Quadro 4**).



ENFERMEIROS, VOCÊS JÁ SABEM, MAS NÃO CUSTA LEMBRAR:

Os profissionais de saúde **não devem ensinar ou demonstrar o AUTOEXAME DAS MAMAS** como um método de triagem devido à sua baixa precisão na detecção precoce do câncer de mama, sua ineficácia na redução da mortalidade e os danos associados ao diagnóstico excessivo. No entanto, a observação aleatória e não sistemática e a palpação das mamas podem ser incentivadas para se conhecer, sendo papel do enfermeiro acolher, avaliar a queixa e relatar a mulher sobre as anormalidades encontradas (INCA, 2015).

Acolher, avaliar a queixa da (o) usuário (a) INDEPENDENTE DA IDADE.
Relatar à mulher sobre as anormalidades encontradas.



Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 **TelessaúdeRS**

Quadro 5: Técnica do Exame Clínico das Mamas (a)


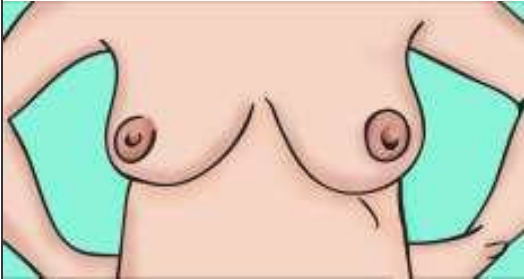
Inspeção	Objetivos	Técnica	O que observar?
<p>Estática Inicia-se o exame das mamas pela inspeção estática</p>  <p>Figura A – Inspeção</p>  <p>Figura B - Inspeção</p>	<p>Identificar visualmente sinais sugestivos de câncer, tais como alterações no contorno da mama, ulcerações cutâneas ou do complexo areolopapilar.</p> <p>Nesta etapa, a mulher pode se manter sentada com os braços pendentes ao lado do corpo (Figura A), ou com os braços levantados sobre a cabeça (Figura B).</p>	<p>Solicitar que a mulher eleve e abaixe os braços lentamente, e realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado.</p>	<p>É importante o examinador comparar as mamas observando possíveis assimetrias, diferenças na cor da pele, textura e padrão de circulação venosa.</p>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018).

Quadro 5: Técnica do Exame Clínico das Mamas (b)

Inspeção	Objetivos	Técnica	O que observar?
<p>Palpação</p>  <p>Figura C – Palpação</p>  <p>Figura D – Palpação</p>	<p>A palpação consiste em examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos. Para palpar as cadeias ganglionares axilares, a paciente deverá estar sentada, o braço homolateral relaxado e o antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador. A palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares deve ser realizada com a paciente sentada, mantendo a cabeça semirefletida e com leve inclinação lateral.</p>	<p>Solicitar que a paciente fique em decúbito dorsal, com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça (Figura C). Cada área de tecido deve ser examinada aplicando-se três níveis de pressão em sequência: leve, média e profunda. Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se estivesse contornado as extremidades de uma moeda. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida.</p> <p>No caso da mulher mastectomizada, deve-se palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica (Figura D).</p> <p>A pesquisa de descarga papilar deve ser feita aplicando-se compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila. A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo ou área de espessamento, que pode estar localizado em qualquer região da mama.</p>	<p>Observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos. A descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.</p> <p>A descrição da descarga deve informar se é uni ou bilateral, uni ou mult ductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.</p>

Quadro 5: Técnica do Exame Clínico das Mamas (c)

Inspeção	Objetivos	Técnica	O que observar?
 <p>Figura E – Inspeção Dinâmica</p>  <p>Figura F – Inspeção Dinâmica</p>	<p>Identificar abaulamentos e retrações nas mamas.</p>	<p>Solicitar que a mulher eleve e abaixe os braços lentamente e realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra adiante do tórax (Figura E) ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado (Figura F).</p>	<p>Abaulamentos e retrações nas mamas.</p>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018).

Quadro 6: Sinais e Sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama que indicam necessidade de encaminhamento para avaliação diagnóstica

Nódulo palpável, endurecido, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas.
Linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes, na ausência de causa infecciosa ou inflamatória conhecida após investigação inicial na APS, mesmo com exame de imagem normal.
Descarga papilar suspeita: sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha”, unilateral, espontânea.
Alteração unilateral recente do mamilo, como retração ou distorção.
Alteração unilateral na pele da mama, como edema cutâneo semelhante à “casca de laranja”, retração cutânea ou eczema que não responde a tratamentos tópicos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2013) e INCA (2015) [4,12].

Pacientes com linfonodo(s) axilar(es) aumentado(s) devem ser investigados quanto a condições inflamatórias, infecciosas ou reacionais. O diagnóstico diferencial deve incluir, conforme história clínica: doença de arranhadura do gato, infecções cutâneas, reacional após prótese de silicone, reação após vacinação (COVID-19, dT/dTpa, BCG, tríplice viral, raiva). Na ausência de condições inflamatórias ou infecciosas nas últimas 8 semanas, recomenda-se a investigação de causas neoplásicas. Assim, linfonodos mamários de origem desconhecida, mesmo em paciente sem alterações clínicas mamárias, indicam avaliação complementar com exame de imagem das axilas e mamas.

Se a mulher na menacme (período entre a primeira e última menstruação da mulher) procura atendimento por nodulação mamária, sugere-se reavaliação clínica em 1 ciclo menstrual, preferencialmente 1 semana após a menstruação. Na persistência de alteração em exame físico após 1 ciclo menstrual, deve ser solicitado exame de imagem. A modalidade a ser indicada varia de acordo com a idade da paciente.

6.3. Mamografia

O rastreamento do câncer de mama deve ser realizado exigindo **mamografia BILATERAL** para todas as mulheres de 50 a 69 anos a cada a cada dois anos ou para mulheres de alto risco com 35 anos ou mais anualmente (INCA, 2021).

Em relação à idade do exame, antes dos 50 anos, as mamas costumam ter mais tecido glandular e menos gordura (geralmente são mais densas), o que reduz a precisão da mamografia para visualizar alterações e detectar lesões suspeitas de câncer, Isso pode resultar em falsos positivos (falsos positivos e falsos negativos). Após os 70 anos há um risco maior de encontrar um câncer que não se desenvolve de forma a prejudicar a saúde da mulher (sobrediagnóstico). Tratar esses cânceres coloca as mulheres em risco e danos desnecessários. Portanto, a faixa etária de 50-69 anos tem de longe o melhor risco-benefício em comparação com o restante da faixa etária (COREN/RS, 2022).

Em relação à solicitação de **ultrassonografias (US) de mamas** como método de rastreamento, segundo o Ministério da Saúde, **O EXAME NÃO É RECOMENDADO** em nenhuma faixa etária, nem isoladamente, ou em conjunto com a mamografia. Nos casos em que o resultado da mamografia **indique a necessidade** de correlação com outros métodos de imagem, a US poderá ser solicitada, **a critério clínico e conforme realidade local** (COREN/RS, 2022).

Os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®). Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta.

Mulheres com 30 anos ou mais devem realizar mamografia diagnóstica, e o seu resultado permite definir qual a melhor conduta a ser tomada. Se o exame complementar não explicar o achado clínico ou identificar alterações que não sejam claramente benignas, será necessário complementar com ecografia.

Para aquelas na menacme, com nódulo palpável por mais de um ciclo menstrual, na ausência de alterações clínicas suspeitas de malignidade e resultados de imagem descritos como BI-RADS 1, 2 ou 3, deve-se realizar encaminhamento para a Mastologia (GINECOLOGIA MAMA).

Também devem ser encaminhadas para a mastologia mulheres na pós-menopausa que apresentam nódulo palpável de surgimento recente, mesmo sem achados sugestivos de malignidade no exame de imagem (BI-RADS 1, 2 ou 3). Aquelas com nódulos identificados em exames prévios e que apresentem estabilidade no acompanhamento clínico devem manter acompanhamento na APS.

ENFERMEIROS, VOCÊS JÁ SABEM, MAS NÃO CUSTA LEMBRAR:

Solicitar rastreamento com MAMOGRAFIA para população geral entre 50 e 69 anos, porém realizar exame clínico das mamas e avaliação de usuária com queixa em qualquer idade.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 **TelessaúdeRS**

Quadro 7: Categoria BI-RADS no exame mamográfico, interpretação e recomendações de conduta

Avaliação	Conduta	Probabilidade de câncer
Categoria 0 Incompleta	Avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores, SOLICITAR ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL.	Não aplicável
Categoria 1 Negativa	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.	Essencialmente 0%
Categoria 2 Achado(s) benigno(s)	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.	Essencialmente 0%
Categoria 3 Achado(s) provavelmente benigno(s)	Seguimento com mamografia de curto prazo (6 meses), por até 1 ano, caso mantenha-se ENCAMINHAR PARA ACOMPANHAMENTO MÉDICO* Recomenda-se controle radiológico por 3 anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro anos). Confirmando a estabilidade da lesão, volta à rotina.	Entre 0 e 2%
Categoria 4 Achados suspeitos 4A baixa suspeita 4B moderada suspeita 4C alta suspeita	Encaminhar para ONCOLOGIA GINECO	Entre 2 e 95% Entre 2 e 10% Entre 10 e 50% Entre 50 e 95%
Categoria 5 Achado(s) altamente sugestivo(s) de malignidade	Avaliação por diagnóstico tecidual.	Maior que 95%
Categoria 6 Malignidade comprovada por biópsia	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado.	Não aplicável

* De acordo com Protocolo TeleSaúde (2020) Paciente assintomática com alto risco para câncer de mama e ovário, com indicação de intensificação no rastreamento por imagem, sem condições de acompanhamento na APS pode ser encaminhada ao mastologista (**GINECOLOGIA MAMA**).

Fonte: Telessaúde (2023). Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_nodulo_mamario.pdf

6.4. Ultrassonografia mamária bilateral

Condições que indicam a solicitação do exame:

A ecografia ou ultrassonografia mamária não está validada para rastreamento de câncer de mama, sendo utilizada para complementar o estudo mamográfico ou em situações em que este não for indicado, como:

- Nódulo na mama, palpável associado a descarga, linfonodomegalia, espessamento de pele ou retração mamilar.
- Homens com nódulo (em concomitância com a mamografia)
- Avaliação inicial de massas palpáveis em mulheres com menos de 30 anos de idade, grávidas ou lactantes;
- Mamografia BIRADS 0

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação do exame:

- sinais e sintomas
- descrição de exame de imagem, se realizado, com data.
- descrição do resultado da mamografia com data

As solicitações serão reguladas e priorizadas conforme os critérios da URAMB

As solicitações que não se enquadrem no protocolo serão pendenciadas/canceladas para reavaliação pela unidade solicitante

Pacientes com BIRADS 1 ou BIRADS 2 devem seguir o rastreamento com mamografia, conforme Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, 2015

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf

Pacientes com BIRADS 3, repetir a mamografia em 6 meses e se persistir – encaminhar à avaliação médica na unidade de saúde.

Pacientes portadoras ou com suspeita de mastite complicada devem ser encaminhadas para Emergência.

As condições não contempladas neste protocolo podem ser encaminhadas para agenda de consulta especializada (Ginecologia Mama), por exemplo:

- Dor na mama localizada
- Ginecomastia
- Sinais ou sintomas de complicações relacionadas com prótese mamária
- Fibroadenoma (para acompanhamento)

Fonte: Processo SEI 23.0.000016852-1

A mamografia (MMG) é a modalidade de imagem inicial indicada para mulheres com 40 anos ou mais, que apresentam massa mamária; enquanto a ecografia é recomendada para mulheres com menos de 30 anos.

Já em mulheres de 30 a 39 anos não há evidências claras para apoiar uma modalidade de imagem em detrimento da outra.

Nessa população, recomenda-se investigar nódulo palpável inicialmente com mamografia. Em gestantes e lactantes, a avaliação mamária por imagem é complexa, em virtude das alterações estruturais e fisiológicas. Nessas mulheres, independente da faixa etária, o exame preferencial é a ecografia mamária. A mamografia deve ser adicionada se houver suspeita clínica de malignidade ao exame físico (aumento da vascularização, calcificações suspeitas, massas retroareolares, descarga papilar patológica, comprometimento axilar) ou história familiar de risco para neoplasia mamária.

Para maiores informações consultar o Documento: Telecondutas Nódulo mamário Telessaúde RS 2023, disponível em https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_nodulo_mamario.pdf Fonte: Telessaúde (2023).

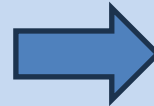
CONSIDERAÇÕES SOBRE RASTREAMENTO NO HOMEM

Quando um homem apresentar ao exame clínico um nódulo palpável, deve-se seguir a investigação com exame de imagem. Em homens com menos de 25 anos, o exame de imagem inicial recomendado é a ecografia e, naqueles com 25 anos ou mais, a mamografia, complementada ou não com ecografia. A conduta após o exame deve seguir a classificação de BI-RADS. Homens com nódulo palpável e alto risco para câncer de mama devem ser encaminhados à atenção especializada para avaliação e seguimento.

6.5. Sinais e Sintomas mais comuns (a)

MASTALGIA COM FEBRE

Queixa de dor mamária associada a causas infecciosas. A infecção da mama inclui a mastite infecciosa e o abscesso mamário, mais comuns em mulheres entre 15 e 45 anos de idade, sobretudo as lactantes. Em caso de não nutrízes, a ectasia de ducto é a principal causa da mastite.

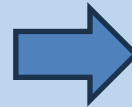


CUIDADOS/INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- Encaminhar para **avaliação médica imediata**;
Em caso de nutrízes, consultar Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016).

MASTALGIA SEM FEBRE

Queixa de dor mamária, usualmente bilateral ou unilateral se associada à trauma, em geral relacionada a processos fisiológicos como sintomas pré-menstruais ou a sintoma de gestação. Em algumas situações pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais ou terapias de reposição hormonal na menopausa.



CUIDADOS/INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Se presença de sinais de gravidade como dor torácica aguda, suspeita de dor precordial ou dor perfurante localizada, súbita e de forte intensidade irradiada para pescoço ou para região posterior do tórax, encaminhar para **avaliação médica imediata**;

Em caso de nutrízes, consultar, consultar Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016);

Realizar ECM (consultar fluxograma 1); Investigar causas fisiológicas ou gestação;
Iniciar pré-natal se gravidez confirmada;

Tranquilizar a paciente quanto à natureza frequentemente benigna da mastalgia;
Orientar uso de sutiã ajustado e, preferencialmente, com aro metálico para maior suporte dos seios. Considerar sutiã confortável à noite e reforçar uso de sutiã esportivo adequado para a realização de exercícios físicos;

Considerar aplicação de compressas quentes ou compressas de gelo para alívio da dor;

Prescrever **Paracetamol 500 mg**, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias

OU

Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido via oral de 8/8 h por 3 a 5 dias;

- Em caso de mastalgia acentuada e possivelmente relacionada ao método anticoncepcional hormonal em uso ou à terapia de reposição hormonal, encaminhar para consulta médica para avaliar troca/suspensão;

Pactuar retorno para reavaliação em um mês, ou antes, se necessário.

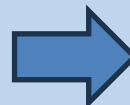
Se persistência ou piora do quadro, encaminhar para consulta médica.

6.5. Sinais e Sintomas mais comuns (b)

DESCARGA PAPILAR ESPONTÂNEA EM NÃO NUTRIZES

A maioria das secreções mamilares é de origem benigna. Durante seus anos reprodutivos, até 80% das mulheres terão um episódio de secreção mamilar.

A secreção mamilar é classificada por sua apresentação como: produção normal de leite (lactação), secreção mamilar fisiológica (galactorreia de aspecto seroso, geralmente associada a hiperprolactinemia) ou secreção mamilar patológica (sanguinolenta ou purulenta).



CUIDADOS/INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Realizar ECM (consultar fluxograma 1);
Investigar gestação e iniciar pré-natal se gravidez confirmada;

Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (como por exemplo: sulpirida, domperidona, metoclopramida, metildopa e digoxina);
Avaliar características da descarga e encaminhar para consulta médica.

Fonte: COREN/RS, 2022

Acolher, avaliar a queixa da mulher INDEPENDENTE DA IDADE.
Relatar à mulher sobre as anormalidades encontradas.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 [TelessaúdeRS](#)

7. CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero ocupa o quarto lugar entre os cânceres que acometem a população feminina brasileira. A triagem/rastreamento é o principal método de detecção precoce por meio de testes regulares e diagnóstico precoce em uma população sem sinais ou sintomas da doença, com o objetivo de detectar o câncer em um estágio inicial em pessoas suspeitas de ter a doença. Deve ser administrado a mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos que tenham tido relações sexuais ou que tenham colo do útero. Isso pode incluir homens trans e indivíduos não binários identificados como mulheres ao nascer (SES/RS, 2020; INCA, 2021; BRASIL, 2016).

A realização periódica do exame citopatológico é a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.

Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, a partir de então, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Pacientes que apresentarem queixa de sangramento ou queixa de dor na relação sexual devem ser encaminhadas para um profissional médico ou realizar interconsulta se dúvida no manejo clínico.

É importante ressaltar que os homens transexuais (aqueles que tiveram designação sexo feminino ao nascer, mas se identificam com o sexo masculino dentro do espectro de gênero) e não realizaram remoção cirúrgica de seus órgãos reprodutivos, por ainda correrem o risco de desenvolver este tipo de câncer, como o de colo de útero, requerem os mesmos cuidados da população feminina, incluindo exames preventivos e imunizações (UFRGS, 2021).

O acompanhamento desse grupo costuma ser negligenciado porque, além dos fatores que afastam transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona causa atrofia vaginal e cervical, o que causa mais desconforto durante o exame.

Quadro 8: População alvo e periodicidade dos exames citopatológicos

População-alvo		Periodicidade
Mulheres de 25 a 64 anos de idade que já tiveram ou têm atividade sexual.		Anualmente, e após dois resultados consecutivos normais, realizar uma coleta a cada 3 anos.
Mulheres após os 64 anos de idade.	Sem histórico de rastreamento.	Realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, não realizar exames adicionais.
	Com dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos ¹ .	Liberar do rastreamento.

¹Sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva. Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 9 - Condições especiais para realização do exame citopatológico (a)

Situação	Recomendação
Gestantes	<p>Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, incluindo a coleta de endocérvice.</p> <p>O colo do útero da mulher grávida é mais congestionado, friável e pode apresentar sangramento durante ou após a coleta. Algumas recomendações restringem a coleta à ectocérvice, considerando a exteriorização da junção escamocolunar (JEC) no período gravídico, porém não há evidências científicas de que a coleta endocervical aumente o risco de eventos adversos à gestação, como trabalho de parto prematuro ou aborto.</p> <p>O pré-natal é uma oportunidade para o rastreamento, principalmente em serviços com dificuldade de ampliar o acesso a todas as mulheres. A coleta pode ser realizada em qualquer idade gestacional, não sendo conveniente postergar para o puerpério. É sempre válido considerar a história individual de cada mulher. Mulheres com histórico prévio de perdas gestacionais podem se sentir inseguras com o procedimento, principalmente no primeiro trimestre de gestação. Isso deve ser discutido e respeitado para que não haja associação entre desfechos negativos e o exame citopatológico.</p>
Climatério e pós-menopausa	<p>Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.</p> <p>Caso ocorra Ressecamento vaginal ou atrofia, achados comuns no climatério. Proceder com tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia.</p> <p>O tratamento é realizado com o uso de creme vaginal de estriol 1mg/g, à noite, ao deitar, durante 21 dias, e realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso.</p> <p>Seu uso não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. Contudo, em mulheres que fazem o uso de inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada.</p>

Quadro 9 - Condições especiais para realização do exame citopatológico (b)

Situação	Recomendação
Histerectomizadas	<p><u>Histerectomia total:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Por lesões benignas:</u> sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais (pré-histerectomia). • <u>Por lesão precursora ou câncer do colo do útero:</u> deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada, conforme a faixa etária de rastreamento. <p><u>Histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero):</u> deve seguir rotina de rastreamento.</p> <p>CASO A USUÁRIA NÃO SAIBA A CAUSA DA HISTERECTOMIA – CONSIDERAR LESÃO PRECURSORA</p>
Mulheres com história familiar de câncer do colo do útero	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
Sem história de atividade sexual	<p>Mulheres que nunca tiveram nenhum tipo de relação sexual não devem ser submetidas ao rastreamento.</p> <p>É válido considerar que as mulheres podem ter uma variedade de razões para não revelar a atividade sexual anterior, incluindo questões sociais, religiosas e culturais, ou expectativas sobre modéstia, virgindade e vergonha, bem como resistência em reconhecer abuso sexual anterior. Mulheres que foram violentadas sexualmente frequentemente relutam em reconhecer essa história, e o abuso pode estar na base da decisão de se abster e não se envolver em atividades sexuais subsequentes. Além disso, o HPV pode ser transmitido pelo toque genital pele a pele, o que os pacientes podem não considerar como atividade sexual.</p>
<p>Imunossuprimidas por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); - uso de imunossupressores após transplante; - tratamento de câncer; - uso crônico de corticosteroides 	<p>O exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver a imunossupressão.</p> <p>Mulheres vivendo com HIV com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses. Mulheres imunocompetentes vivendo com HIV e tratadas adequadamente com terapia antirretroviral apresentam história natural semelhante às demais mulheres.</p>
Puerpério	A partir de 90 dias após o parto.

OBS: Mulheres no climatério e menopausa, quando necessário, o enfermeiro pode prescrever o estradiol antes da coleta de CP.

7.1. Recomendações prévias à coleta do exame citopatológico de colo uterino:

A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico.

A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor.

Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática, a presença de espermatozóides não compromete a avaliação microscópica.

O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação.

No caso de sangramento vaginal anormal (menstrual), o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada.

Não se recomenda o uso de lubrificantes para a introdução do espéculo, pois essas substâncias podem interferir na avaliação de secreções.

- Orientações para a mulher: antes de iniciar a coleta, deve-se procurar esclarecer as dúvidas mesmo com aquelas mulheres que já fizeram o exame anteriormente. Esse passo ajuda a reduzir a ansiedade e o possível desconforto causado pelo procedimento.
- Ficha de requisição do exame: o preenchimento completo e correto dos dados faz parte da análise do material. A ausência dessas informações pode comprometer ações necessárias para o acompanhamento, tratamento e controle do câncer do colo do útero. A ficha pode ser encontrada no [link](#).
- Preparo das lâminas de vidro e da caixa porta-lâminas: as lâminas de vidro precisam ser limpas e desengorduradas com gaze umedecida no álcool. É obrigatório que apresentem bordas lapidadas e extremidade fosca. Devem ser identificadas com as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro na unidade, com lápis preto nº 2 ou grafite, na extremidade fosca. O frasco ou a caixa de porta-lâmina devem também ser identificados.

Teste de Schiller e Inspeção Visual com ácido acético

Inspeção visual com ácido acético ou solução de Lugol (teste de Schiller) não são recomendados na presença de citopatologia cervical, que é considerada o método de monitoramento padrão ouro. A inspeção visual a olho nu tem especificidade limitada e baixo valor preditivo positivo (cerca de 10%), e a natureza subjetiva do teste dificulta a padronização do controle de qualidade (UFRGS, 2021).

É IMPORTANTE verificar os dados registrados no cadastro do cartão nacional de saúde, pois a ausência dessas informações pode comprometer as ações necessárias para o acompanhamento, tratamento e controle, bem como o lançamento na Plataforma SISCAN.

Preparo das lâminas de vidro e da caixa porta-lâminas: devem ser identificadas com as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro na unidade, **com lápis preto nº 2** ou grafite, pois o uso de caneta hidrográfica ou esferográfica pode levar à perda da identificação do material, na extremidade fosca, **e deve estar BEM VISÍVEL;**

É importante conferir se todo o material está disponível e se o ambiente está adequado para garantir a privacidade e conforto da mulher;

Sugerir que a mulher esvazie a bexiga e troque a roupa por um avental ou camisola, em local reservado;

Ajudar a mulher a deitar na posição ginecológica, de forma confortável e cobri-la com um lençol;

Cuidados iniciais: atentar para o tamanho do espéculo (considerar mulheres sem práticas sexuais introdutivas ou pós quimioterapia local).

Identificação da Lâmina: Verificar se a lâmina está limpa e, caso necessário, limpá-la com gaze; **a lâmina deve ser identificada com as iniciais do nome da mulher, o número da lâmina na Unidade de Saúde e final do ano em curso.**

Exemplo: Maria Antonia Tavares (MAT 1421)

O “14” significa a décima quarta coleta desta unidade no ano em curso. E o número “21”, referente ao ano em curso.

A numeração das lâminas reinicia a cada início de ano.

Identificação do Frasco ou Porta-Lâminas: o frasco ou a caixa porta-lâmina deve ser identificado com o Nome e CNES da Unidade de Saúde também com lápis preto nº 2 ou grafite para evitar a perda de informação.

ENVIO DO MATERIAL PARA O LABORATÓRIO:

As lâminas devem ser enviadas para o laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição.

O formulário de requisição deve estar devidamente preenchido, a lâmina com as iniciais da usuária, o número da lâmina e ano, e no frasco ou caixa porta-lâmina a identificação da Unidade de Saúde.

Formulário Padrão de remessa das lâminas de CP colo do útero ao laboratório:

<https://drive.google.com/file/d/1HP1P3JEFqSnbQMIjEqiJxAIOZcnw8XY/view>

Quadro 10 - Coleta do material para o exame citopatológico do colo do útero (a)

Etapas do Procedimento de coleta

1. Proceder a lavagem das mãos;
2. Posicionar o foco de luz;
3. Calçar luvas descartáveis;
4. Sob boa iluminação, observar atentamente os órgãos genitais externos, observando a integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, a presença de secreção vaginal, sinais de inflamação, veias varicosas e lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações. Após o exame, registrar o que foi visualizado;
5. O tamanho do espéculo deve ser escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Lubrificantes não devem ser utilizados, para evitar prejuízo na análise da amostra. Em mulheres com vaginas atróficas ou pouco lubrificadas fisiologicamente, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico ou água potável;
6. Avisar a mulher e introduzir o espéculo suavemente, com a fenda da abertura na posição vertical ligeiramente inclinado, desviando da uretra;
7. Iniciada a introdução, fazer a rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
8. Uma vez introduzido na vagina, abrir lentamente e com delicadeza, de modo que o colo do útero fique completamente exposto. Quando houver dificuldade na visualização do colo, avaliar a necessidade de ajuste do espéculo, sugerir que a mulher tussa ou que faça pequena força com o períneo;
9. Observar atentamente as características das paredes vaginais, bem como as do colo do útero.
10. Explicar para a mulher sobre o exame a ser realizado e que pode gerar certo desconforto;
11. Preparar o material (lâmina com extremidade fosca, espátula de Ayres, escova cervical e frasco com fixador);
12. Coletar o material da ectocérvice utilizando espátula de Ayre (**Figura G**). Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada. Reserve a espátula para colocação do material na lâmina apenas após a coleta endocervical (**Figura H**);

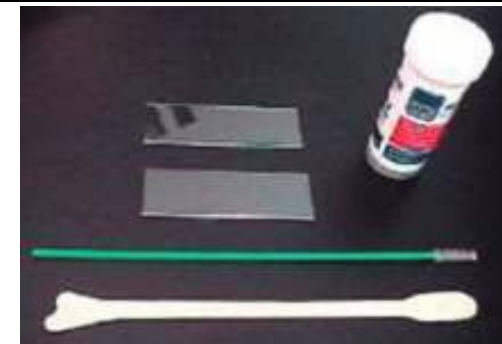


Figura G - Espátula de Ayre, escova endocervical

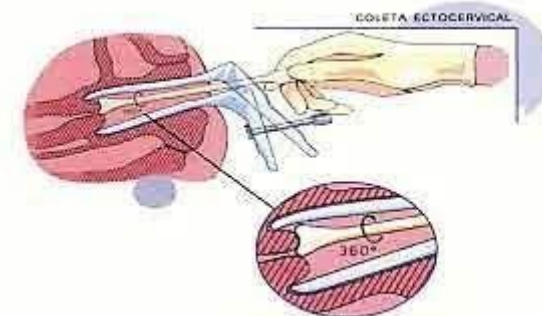


Figura H - Coleta ectocervical

Quadro 10 - Coleta do material para o exame citopatológico do colo do útero (b)

Etapas do Procedimento de coleta

- 13 - Coletar o material da endocérvice, utilizando a escova endocervical.
- 14 - Introduzir a escova no orifício do colo e fazer uma rotação de 360°, de forma delicada, procurando evitar sangramentos.
- 15 - Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360° e colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal (**Figura I**);
- 16 - A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.
- 17 - Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular (**Figura J**);
- 18 - Fixar imediatamente o material colhido e distendido na lâmina para evitar o dessecação, com o spray fixador;
- 19 - Avisar a mulher que o exame terminou e que irá retirar o espéculo;
- 20 - Fechar cuidadosamente o espéculo evitando pinçar o colo e retirar delicadamente, inclinando levemente para cima;
- 21 - Desprezar o espéculo em local adequado;
- 22 - Retirar as luvas e lavar as mãos;
- 23 - Auxiliar a mulher a descer da mesa ginecológica orientando a troca de roupa;
- 24 - Explicar os achados visuais do exame e orientar as condutas necessárias;
- 25 - Enfatizar a data do retorno para o recebimento do resultado do exame.
- 26 - Registrar no prontuário da paciente as informações e o controle de coletas, resultados e seguimento da mulher.

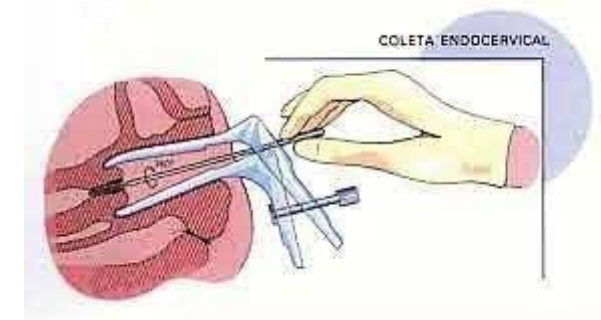


Figura I - Coleta endocervical



Figura J - Colocação do material na lâmina.

7.2. Adequabilidade da Amostra em exame citopatológico de colo uterino

A parede do colo do útero é formada A parede do útero é espessa e pode ser dividida em três camadas: Camada externa: caracteriza-se por ser o revestimento epitelial do útero; Camada média ou miométrio: caracteriza-se por ser a mais espessa e é formada por tecido muscular liso; Camada interna ou endométrio: reveste a cavidade uterina e é formada por um tecido epitelial e um tecido conjuntivo. O tecido epitelial é do tipo simples colunar, formado por células ciliadas e células secretoras. O tecido conjuntivo, por sua vez, apresenta fibroblastos e é rico em matriz extracelular. Podemos distinguir duas camadas no endométrio: a camada basal (mais profunda) e a camada funcional (a qual sofre muitas variações durante os ciclos menstruais e é eliminada no processo de menstruação). O endométrio é altamente vascularizado, nele são observadas artérias retas e artérias espirais, sendo as primeiras responsáveis pela irrigação da camada basal; e as últimas, pela irrigação da camada funcional.

A junção desses epitélios é chamada de coluna escamosa (JEC) e sua localização pode ser nas partes externas do colo do útero ou canal cervical (ectopia), dependendo da idade da mulher, concentração sérica de esteróides sexuais ou uso de drogas hormonais (UFRGS, 2021; LAUFER, 2021). A zona de transformação é a área do epitélio escamoso que forma o limite entre o epitélio escamoso e o restante do epitélio glandular (LAUFER, 2021).

Do lado de fora do colo do útero, JECs foram removidos durante a gravidez e o parto, a maioria das vezes que podem ser consideradas liberadas da coleta endocervical. No entanto, a amostragem endocervical realizada com a técnica correta não aumenta o risco de gravidez (INCA, 2021). Idealmente, espera-se que o material coletado contenha células que compõem o colo do útero (UFRGS, 2021):

- Células escamosas - tipos de células do colo do útero.
- Células glandulares - tipos de células encontradas na endocérvice.
- Células metaplásicas - tipos de células presentes em SCJ.

A presença de células metaplásicas (representativas do JEC) ou células cervicais é considerada como um indicador da qualidade da coleta, uma vez que a maior parte dos cânceres cervicais localiza-se neste local (UFRGS, 2021).

Cuidado! A metaplasia é um processo fisiológico do colo do útero que é dinâmico e sensível a hormônios. O achado dessas células na citopatologia não indica lesão e não requer alteração na rotina de triagem ou encaminhamento (UFRGS, 2021).

Amostra insatisfatória para avaliação

As amostras são consideradas insatisfatórias devido a presença de Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço), presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% do esfregaço).

Neste caso o exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

Quadro 11 - Adequabilidade da Amostra em exame citopatológico de colo uterino

RESULTADO	CONDUTA
<p>Amostra satisfatória: apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.</p>	<p>Manter rotina de rastreamento.</p>
<p>Amostra insatisfatória: com presença de material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço), presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% do esfregaço).</p>	<p>O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.</p>
<p>Esfregaços normais somente com células escamosas</p>	<p>Repetir com intervalo de um ano. Havendo dois exames normais anuais consecutivos, o rastreamento de rotina pode ser retomado. Caso o resultado do exame evidencie alteração, mesmo sem a presença da JEC, seguir a recomendação de conduta de acordo com o achado. É muito importante que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.</p>

Quadro 12: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero (a)



Condição	Cuidados/Intervenções de Enfermagem
<p style="text-align: center;">Ectopia</p> <p>No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica.</p>	<p>Não demanda intervenções.</p>
<p style="text-align: center;">Cisto de Naboth</p> <p>É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes.</p>	<p>Não possui significado patológico e não demanda intervenções.</p>
<p style="text-align: center;">Pólipo cervical</p> <p>Caracterizado como uma projeção da mucosa do canal do colo uterino, podendo ocasionar sangramento vaginal fora do período menstrual ou após as relações sexuais. Não causa dor pélvica, dispareunia ou outros distúrbios menstruais significativos.</p>	<p>Encaminhar para avaliação médica em caso de desconforto, sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado ou sangramento discreto entre as menstruações.</p>

Fonte: Adaptado COREN/RS, 2022

Quadro 12: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero (b)

Condição	Cuidados/Intervenções de Enfermagem
<p data-bbox="539 411 741 451">Vaginismo</p> <p data-bbox="152 467 1137 667">Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espécuro.</p>	<p data-bbox="1223 440 2152 639">Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento, para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, tranquilizá-la e reagendar a avaliação.</p>
<p data-bbox="432 900 853 940">Ressecamento vaginal</p> <p data-bbox="147 956 1140 1155">Comum no climatério, demandando tratamento somente se houver queixas como ressecamento vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia.</p>	<p data-bbox="1223 794 2152 1043">Pode ser recomendada a estrogenização local com Estriol creme 1 mg/g, 0,5 g/dia (0,5 g de um aplicador, o que contém 0,3 mg do princípio ativo), via vaginal por 21 dias. É realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso.</p> <p data-bbox="1223 1062 2152 1262">Atenção: mesmo sendo mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, não prescrever para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes.</p>

Fonte: Adaptado COREN/RS, 2022

Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (a)

Resultado	Conduta
<p>Dentro dos limites da normalidade no material examinado; Metaplasia escamosa imatura; Reparação.</p>	<p>Seguir rotina de rastreamento.</p>
<p>Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas); Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lactobacillus sp;• Cocos;• Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/ Mobiluncus);• Candida sp.	<p>Seguir a rotina de rastreamento. Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal.</p>

Fonte: COREN-RS, 2022

Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (b)

Resultado	Conduta
Atrofia com inflamação	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico.</p> <p>Na eventualidade do laudo mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no quadro anterior.</p>
<p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chlamydia sp; • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes; • Trichomonas vaginalis; • Actinomyces sp. 	<p>Chlamydia, Gonococo e Trichomonas: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por Chlamydia e Gonococo), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme PCPT-IST (2020) ou Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero (2021);</p> <p>Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital. Consultar PCPT-IST (2020) ou Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero (2021);</p> <p>Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU.</p>

Fonte: COREN-RS, 2022

Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (c)

Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa			<p>Seguir a rotina de rastreamento.</p> <p>Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o endométrio através de ultrassonografia transvaginal.</p>
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<p>Se mulheres < de 30 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetir citologia em 12 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
			<p>Se mulheres ≥ de 30 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetir citologia em 6 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
			<p>Repetir a citologia em 6 meses</p>

Fonte: COREN-RS, 2022

Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (d)

Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia
		Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia ou avaliação médica.	
	Em células glandulares ou de origem indefinida (AGC)	Possivelmente não neoplásicas	Encaminhar para colposcopia ou avaliação médica.
		Não se pode afastar lesão de alto grau	

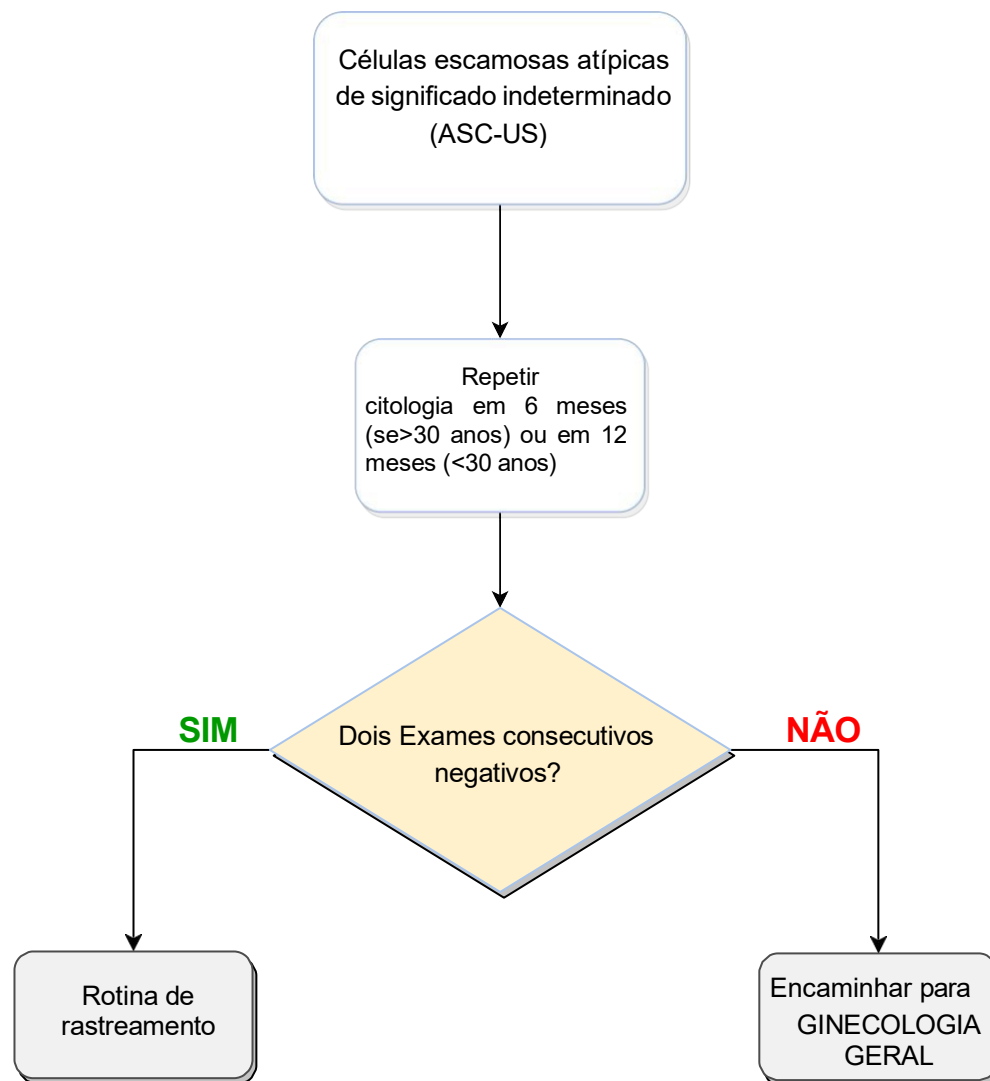
Fonte: COREN-RS, 2022

Quadro 13: Resultados alterados de citopatológico e conduta clínica (e)

Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de Baixo Grau (LSIL)	<p>Repetir citologia em 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a usuária deve retornar à rotina de rastreamento trienal; • Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.
	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), não podendo excluir microinvasão	Encaminhar para colposcopia e avaliação médica com brevidade.
	Carcinoma escamoso invasor	
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ ou Adenocarcinoma invasor	Encaminhar para colposcopia e avaliação médica com brevidade.

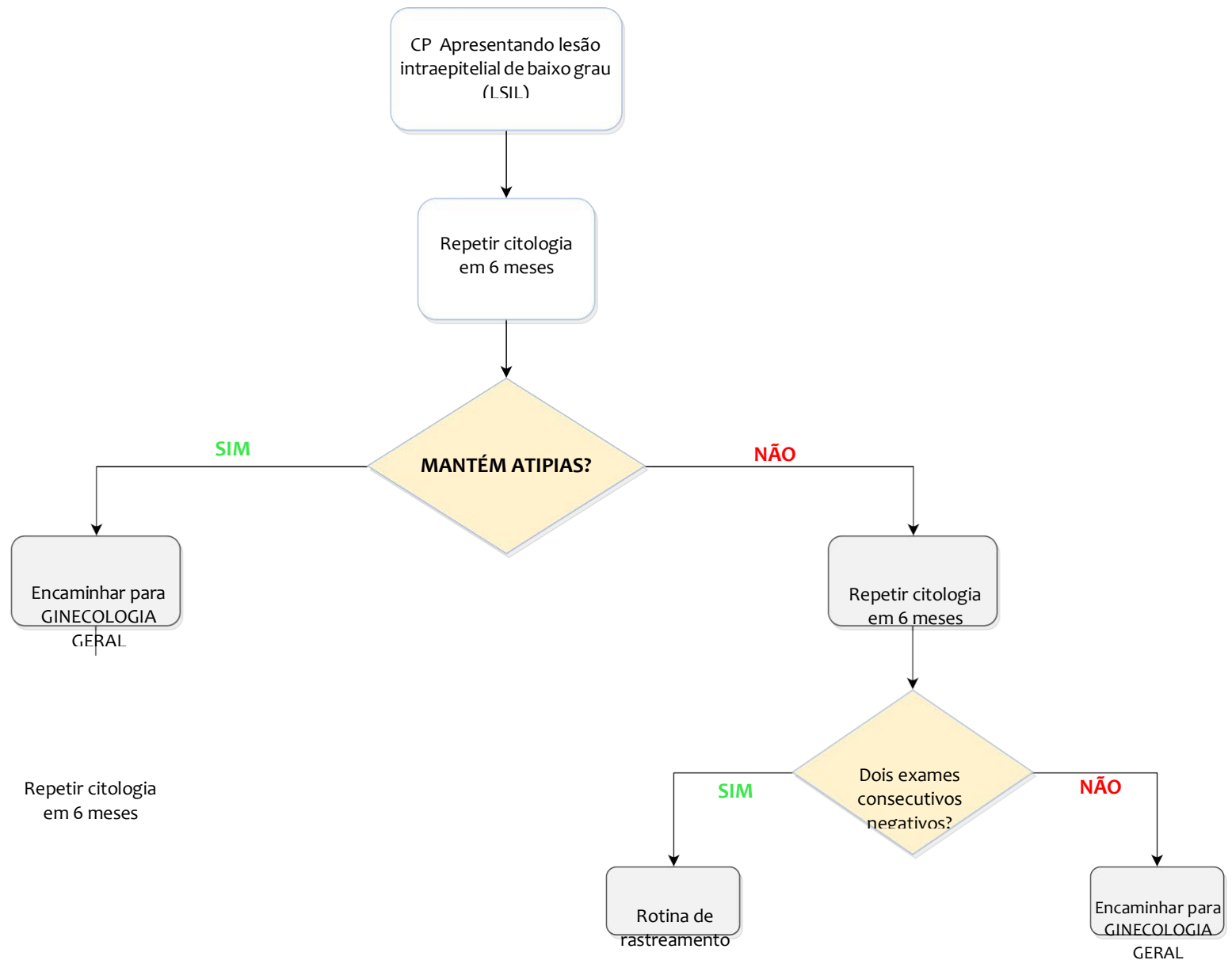
Fonte: COREN-RS, 2022

Fluxograma 2: Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica (ASC-US) no exame citopatológico



Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 **TelessaúdeRS**

Fluxograma 3: Lesão intraepitelial de baixo grau



Repetir citologia em 6 meses

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 **TelessaúdeRS**

7.3. Sinais e Sintomas de Alerta

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e as lesões pré-cancerosas são assintomáticas, mas nos casos em que as lesões anteriores não se resolvem espontaneamente e não são detectadas ou tratadas, a progressão pode levar ao câncer com sinais e sintomas (INCA, 2021):

sangramento vaginal (espontâneo, após relação sexual ou esforço físico);

corrimento vaginal (às vezes malcheiroso);

dor na região pélvica, que pode estar associada a problemas urinários ou intestinais em casos avançados;

Perda de peso.

A pronta investigação desses sinais e sintomas permite diagnóstico precoce, tratamento de câncer menos avançado, melhores opções de tratamento e melhor qualidade de vida.

INCA, 2021; BRASIL, 2016.

7.4. Fatores de Risco

Além da infecção pelo HPV, alguns fatores aumentam a suscetibilidade ao câncer cervical (INCA, 2021; UFRGS, 2021):

- fatores relacionados à imunidade e à genética (histórico) parecem influenciar os mecanismos que determinam a regressão ou persistência da infecção. assim como progressão para lesões prévias ou câncer;
- idade – a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos resolvem-se espontaneamente, enquanto a persistência é mais comum acima desta idade;
- início precoce da atividade sexual;
- maior número de parceiros sexuais;
- infecções sexualmente transmissíveis;
- paridade múltipla;
- idade da primeira gravidez < 19 > 5 anos - fator de risco controverso porque

O câncer do colo do útero não é considerado dependente de hormônio. No entanto, alguns hormônios em certos anticoncepcionais parecem aumentar a oncogênese do HPV em impedir a resolução espontânea das lesões causadas pelo vírus. No entanto, deve-se notar que os benefícios da contracepção eficaz na prevenção de gravidez indesejada superam a pequena possibilidade de aumento do risco de câncer do colo do útero.

7.5. Vacinação

Atualmente, a vacinação contra o HPV é a forma mais eficaz de prevenir a infecção. O SUS oferece a vacina quadrivalente HPV por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que protege contra a infecção pelo papilomavírus humano subtipos 6, 11, 16 e 18 (UFRGS, 2021).

No entanto, mulheres vacinadas também devem ser submetidas a exame citopatológico após atingir o limite de idade recomendado para triagem, pois a vacina protege contra, mas não todos os tipos dos principais vírus oncogênicos. (INCA, 2021).

Quadro 14 - Indicações da vacina HPV

POPULAÇÃO	FAIXA-ETÁRIA	DOSES RECOMENDADAS
Meninas	9 a 14 anos	2 doses, com intervalo mínimo de 6 meses
Meninos	11 a 14 anos	
COREN/RS, 2022		
POPULAÇÃO	FAIXA-ETÁRIA	DOSES RECOMENDADAS
Meninas e mulheres que vivem com HIV, transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes com neoplasias	9 a 45 anos	3 doses, com intervalo de 2 meses entre a primeira e segunda dose e 6 meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses)
Meninos e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos	9 a 45 anos	
COREN/RS, 2022		

7.6. Evidências Clínicas

Não colete citopatológico em pacientes sem atividade sexual!

Mulheres sem história prévia de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.

A ausência de células da JEC não indica nova coleta imediata do exame!

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. Contudo sua ausência não determina necessidade de nova coleta do exame. Deve-se repetir o exame com intervalo de 01 ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos.

Não se deve manter o rastreamento após os 65 anos de idade!

Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos e que tiveram um rastreamento com Papanicolau normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer.

Mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres bissexuais também devem realizar rastreamento de neoplasia de colo uterino!

Embora muitas pacientes e profissionais da saúde acreditem que não há necessidade de realização de CP em mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres, estudos mostram que existe alta prevalência de HPV nesta população.

8. CÂNCER DE INTESTINO

O câncer de cólon e reto, ou câncer de cólon como pode ser chamado, inclui os tumores que acometem o intestino grosso (cólon) e o reto, sendo aproximadamente 50% localizados no reto e cólon sigmóide e 30% no ceco. É uma doença heterogênea cuja principal forma de formação é o adenocarcinoma, responsável por cerca de 75% dos cânceres de cólon. Embora a maioria dos adenomas não se transforme em câncer, alguns crescem e se tornam cada vez mais displásicos, tornando-se adenocarcinomas com o tempo. A progressão do adenoma para o câncer pode levar mais de 20 anos.

A maioria dos adenomas e pólipos serrilhados não evoluem para câncer, mas estão associados a um risco aumentado de câncer de cólon, especialmente quando classificados como avançados, ou seja, 10 mm ou mais de diâmetro, com componente viloso e displasia de alto grau.

No processo de crescimento, os pólipos podem erodir e causar pequenos sangramentos, que podem ser detectados nas fezes por exames laboratoriais. Se essas lesões prévias forem detectadas e removidas precocemente, antes de se tornarem malignas, a progressão da doença é interrompida, impedindo o desenvolvimento do câncer de cólon.

INCA, 2021



Figura k - Intestino

8.1. Fatores de Risco

De acordo com dados do Instituto nacional do Câncer, os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer de cólon são:

- Idade acima de 50 anos - segundo a OMS, há um grande percentual de casos em pessoas que tem de 50-74 anos.
- Pólipos intestinais (adenomas avançados ou serrilhados).
- Obesidade e Sobrepeso - Maiores quantidades de gordura corporal estão associadas a altos níveis de insulina, o que leva à inibição do crescimento celular e ao processo de apoptose. O excesso de gordura corporal também promove um estado inflamatório crônico no organismo.
- Sedentarismo - a atividade física reduz os marcadores inflamatórios e o tempo de trânsito gastrointestinal, o que resulta em um menor tempo de contato de substâncias cancerígenas com a mucosa intestinal. Também promove o equilíbrio hormonal (por exemplo, sexual e relacionado ao metabolismo da glicose)
- Álcool - o risco aumenta se a quantidade consumida exceder 30 gramas de etanol por dia (cerca de duas porções de álcool). Dos mecanismos reconhecidos que explicam a ligação entre álcool e câncer, etanol é convertido em acetaldeído no organismo. Ambos são classificados como carcinógenos humanos.
- Fumar.
- Câncer de cólon e reto na família - estudos mostram que 10-30% de pacientes têm histórico familiar.
- Segundo Pack, pacientes com histórico familiar, acima de 40 anos - necessidade de rastrear.
- Doenças inflamatórias intestinais (colite ulcerativa e doença de Crohn).
- Dieta - comer carne vermelha (por exemplo, carne bovina, vitela, porco, cordeiro e cordeiro) e produtos à base de carne (por exemplo, salame, salsichas, salsichas, presunto, mortadela, bacon) também é considerado um fator de risco. poucas frutas, vegetais e raízes. Estimativas mostram que o risco de câncer de cólon aumenta em 18% para cada porção de 50 gramas de carne processada consumida diariamente

A recomendação para prevenir o câncer de cólon é limitar o consumo de carne vermelha e evitar o consumo de carne processada.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 [TelessaúdeRS](#)

8.2. População-alvo e periodicidade dos exames

Quadro 15: Rastreamento de Neoplasia de intestino

População	Idade para rastreamento	Frequência	Como rastrear?	Conduta
Risco Padrão	50 a 75 anos	a cada 2 anos	Teste rápido para sangue oculto (FIT)	<u>Teste rápido positivo*</u> : Encaminhar para consulta médica <u>Teste rápido negativo</u> : Seguir rotina de rastreamento
Alto risco (história familiar de neoplasia de intestino em parente de primeiro grau)	Com 40 anos de idade OU 10 anos antes da idade do diagnóstico de neoplasia no familiar de primeiro grau (o evento que vier primeiro)	Conforme avaliação de profissional médico e resultado de colonoscopia	Colonoscopia (solicitação médica)	Encaminhar para consulta médica

Fonte: INCA, 2021

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 **TelessaúdeRS**

8.3. Sinais e sintomas de alerta

Embora esses sinais e sintomas não sejam específicos do câncer de cólon, eles são bons indicadores de suspeição e devem ser avaliados na avaliação geral visando o diagnóstico precoce.

São eles:

- alterações nas fezes (diarréia ou constipação).
- anemia.
- Perda de peso inexplicável.
- fezes escuras ou com sangue.
- massa abdominal.
- Dor ou desconforto abdominal persistente.

A unidade de saúde deve encaminhar pacientes com sinais e sintomas suspeitos de câncer de cólon e reto a um hospital especializado para investigação e confirmação do diagnóstico seguindo processo normativo definido e aprovado em protocolos INCA, 2021

8.4. Recomendações ao exame de TR de sangue oculto nas fezes aos usuários:

O exame de sangue oculto nas fezes, pelo método imunoquímico (FIT), é uma estratégia utilizada como um primeiro teste de triagem por ter uma alta sensibilidade e especificidade (aproximadamente 85%) e apresentar algumas vantagens: baixo custo e ausência de complicações, no entanto casos positivos necessitam de exames confirmatórios (colonoscopia).

O FIT (Teste Fecal Imunoquímico) – detecta globina humana dentro da hemoglobinas fezes – não há restrição de dieta, sendo necessário apenas 01 amostra. Apresenta-se como uma opção melhor para rastreamento, tanto pela facilidade de coleta, necessário apenas uma amostra, bem como por apresentar uma maior especificidade.

A videocolonoscopia reduz em 77% o risco de câncer de cólon esquerdo e em 56% o risco do câncer de cólon direito. É considerado o exame padrão ouro para avaliação do cólon e reto. Tem sua indicação estabelecida, no rastreamento, para confirmar possíveis alterações sugeridas pelo exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes.

As amostras não devem ser coletadas durante ou dentro de três dias do período menstrual, ou se o usuário sofrer de sangramento devido hemorróida ou sangue na urina;

Restrição de dieta não é necessária.

8.5. Precauções a(o) enfermeira(o) no TR sangue oculto nas fezes:

Não coma, beba ou fume na área onde as amostras ou kits estão sendo manipuladas; Não utilize o teste se a embalagem estiver violada;
Use roupas protetoras como: jaleco, luvas descartáveis;
O teste usado deverá ser descartado, de acordo com as regulamentações locais.

OBS: As amostras de fezes devem ser armazenadas por no máximo 6 horas em temperatura ambiente ou por 3 dias a 2-8 °C (temperatura de geladeira) no domicílio.

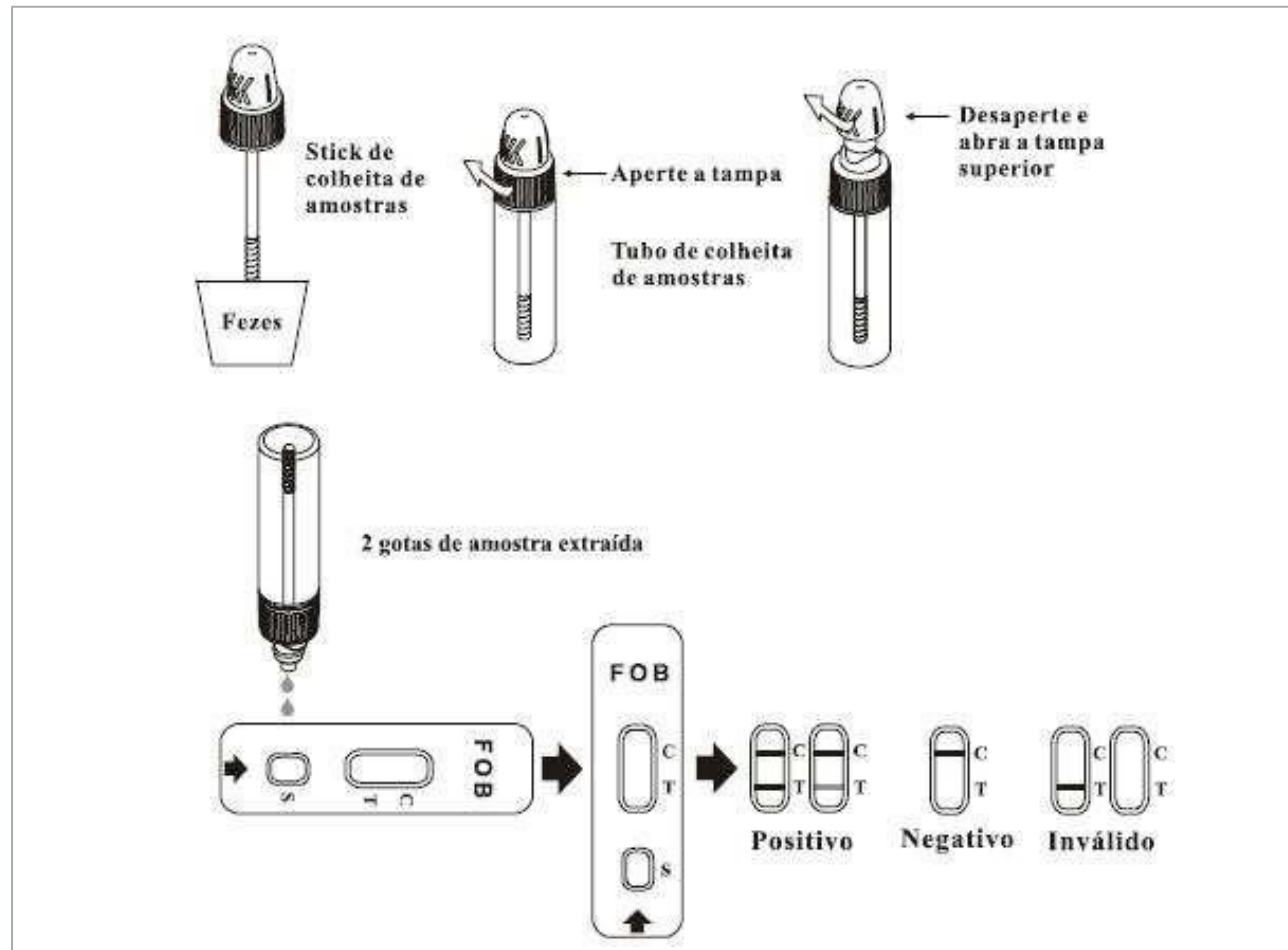
8.6. Materiais necessários para realização do teste:

Dispositivo de teste;
Tubos para coleta da amostra com extrato de solução-tampão.

8.7. Instruções de uso do FIT

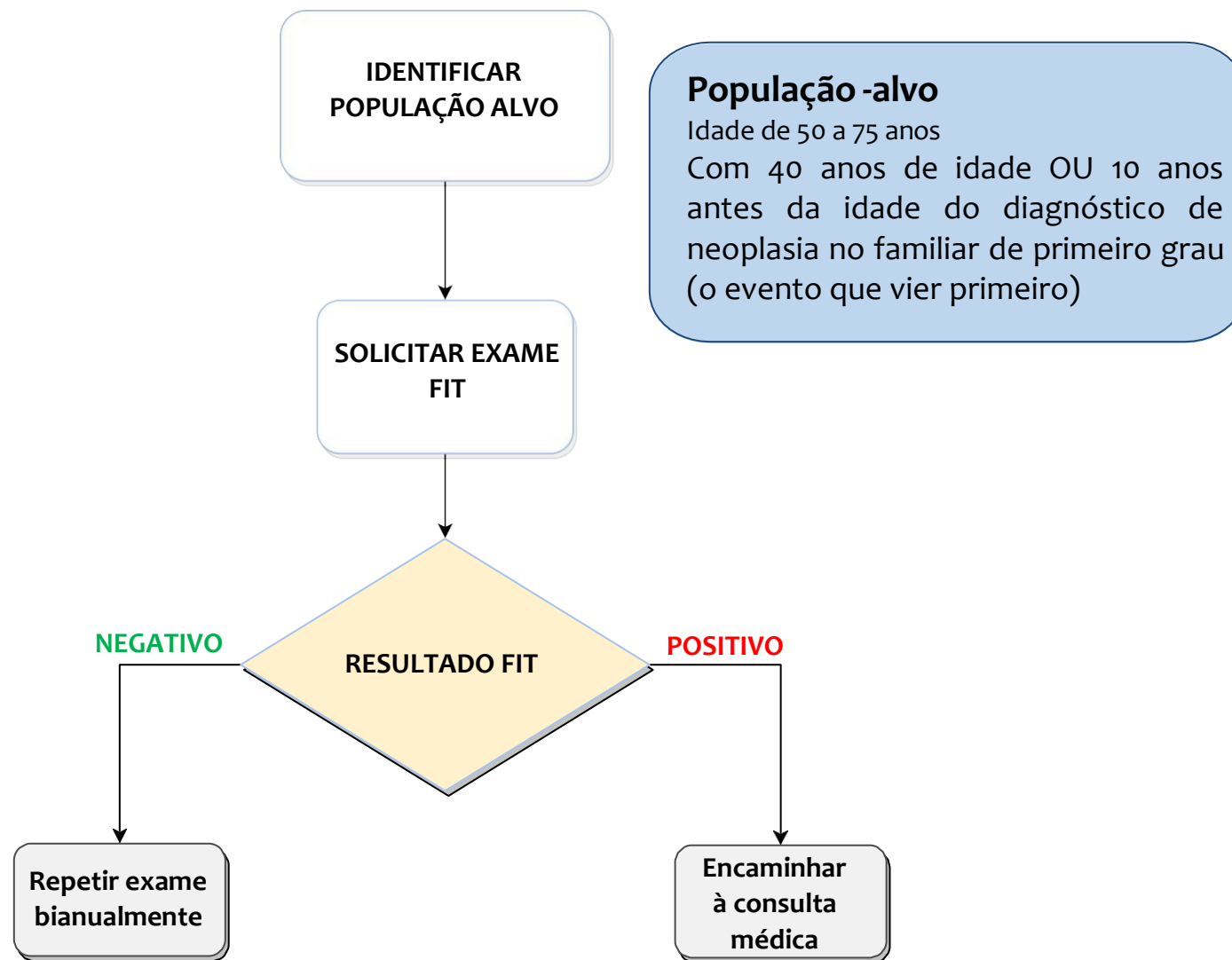
1. Coletar a amostra fecal em recipiente limpo e seco;
2. Desenroscar a tampa do tubo de coleta de amostra do teste rápido. Colocar o bastão de coleta aleatoriamente na amostra fecal em no mínimo 3 locais distintos;
3. Colocar o bastão novamente dentro do tubo e enroscar a tampa;
4. Agitar o tubo vigorosamente para misturar a amostra e o tampão de extração;
5. Remover o dispositivo de teste da embalagem (não encostar na membrana de tira);
6. Segurar o tubo de coleta de amostras verticalmente e com a tampa para cima. Desapertar e abrir a tampa superior;
7. Inverter o tubo e transferir 2 gotas cheias da amostra preparada para a janela (S) do dispositivo de teste;
8. Aguardar pela(s) linha(s) colorida(s). O resultado deve ser lido em 5 minutos. Não interprete o resultado após 10 minutos.

Imagem 1: Esquema ilustrativo da coleta de amostra de sangue oculto nas fezes



Fonte: Figura retirada da bula do Teste de Sangue Oculto nas fezes. ABONFOB.

Fluxograma 4 : Rastreamento de Neoplasia Colorretal



Se dúvida realizar interconsulta com médico(a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para 0800 644 6543 [TelessaúdeRS](#)

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 16: Interpretação de resultados do TR de sangue oculto e condutas

Apresentação	Resultado	Conduta
Duas linhas vermelhas distintas (de qualquer tonalidade)	Positivo	Encaminhar para consulta médica o mais rápido possível.
Uma Linha vermelha na região controle © e nenhuma linha vermelha (de qualquer tonalidade na região da linha teste (T))	Negativo	Seguir rotina de rastreamento.
Falha na linha de controle ao aparecer	Inválido	Revisar procedimento e realizar novo exame. Se problema persistir, comunicar sua coordenação imediata.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

Após interpretação do resultados do teste, preencher o laudo no link <http://formr.procempa.com.br/sangueoculto> e entregar o resultado para o paciente.

OBS: ANTES DE ENVIAR O PROTOCOLO SELECIONAR IMPRIMIR;

The background features several overlapping, wavy, organic shapes in various shades of blue and teal. The shapes are layered, with some appearing more prominent than others, creating a sense of depth and movement. The colors range from a light, airy blue to a darker, more saturated teal. The overall composition is clean and modern, with a focus on fluid, curved lines.

ANEXOS

ANEXO 1 - Nota Técnica de Padronização da coleta e remessa das lâminas de CP

Considerando que um programa eficaz para o rastreamento do câncer do colo do útero deve compreender também métodos para detecção de alta sensibilidade, especificidade e facilidade de implementação;

Considerando que o exame citopatológico tem sido alvo de muitas críticas devido à sua baixa sensibilidade;

Considerando que algumas mulheres desenvolvem essa neoplasia, mesmo realizando o exame repetidas vezes, pois as taxas de resultados falsos-negativos podem variar de 2% a 50% (BERGERON et al., 2000; FERRAZ et al., 2005; RENSRAW, 2001);

Considerando que as principais causas de resultado falso-negativo estão relacionadas aos erros de coleta, de escrutínio e de interpretação dos resultados citopatológicos (FERENCZY; FRANCO, 2001; MODY et al., 2000);

Considerando que o sistema de monitoramento da qualidade compreende um conjunto de ações, que se desenvolvem tanto internamente, no laboratório, quanto externamente, nas interfaces com seus pares ou outros componentes do programa;

Considerando que a qualidade está diretamente relacionada com a coleta e a fixação adequadas, entre outros fatores, uma vez que, uma amostra inadequada pode resultar em exames falso-negativos. (MIRAVAL TOLEDO; MORÓN CORTIJO, 2005).

Seguem as seguintes orientações para coleta dos exames de citopatológico do colo do útero nas Unidades de Saúde e identificação do material para envio ao laboratório de referência.

COLETA E IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL

Identificação da usuária: conferir nome, data de nascimento e endereço e contato atualizado da(o) usuária(o).

Informação: explicar o propósito do exame citopatológico e as etapas do procedimento.

História Clínica: perguntar a data da última menstruação; se faz uso de métodos anticoncepcionais, se utilizou lubrificante, espermicida, medicamentos vaginais, se realizou exames intravaginais ou teve relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores; quando foi realizado o último exame citopatológico; ocorrência de exames citopatológicos anormais, investigações e/ou tratamentos; sangramentos vaginais pós-coito ou anormais; história obstétrica.

Preenchimento da Requisição: A requisição do exame citopatológico do colo do útero deve ser inserida no SISCAN pela Unidade de Saúde. Escolher como prestador de serviço o laboratório de referência da unidade para exame CP colo uterino.

Preparação da Lâmina: A lâmina e o frasco ou caixa de porta-lâminas que serão utilizados para colocar o material a ser examinado devem ser preparados previamente. A lâmina deve ter bordas lapidadas e extremidade fosca.

Identificação da Lâmina: Verificar se a lâmina está limpa e, caso necessário, limpá-la com gaze; a lâmina deve ser identificada com as iniciais do nome da mulher, o número da lâmina na Unidade de Saúde e final do ano em curso.

Exemplo: Maria Antonia Tavares (MAT 2423)

O “24” significa que esta é a vigésima quarta coleta desta unidade no ano em curso.

E o número “23”, referente ao ano em curso.

A numeração das lâminas da Unidade de Saúde reinicia a cada início de ano.

Obs: Esta identificação da lâmina “MAT 2423” devem ser escrita, exclusivamente, com lápis preto nº 2 ou grafite na extremidade fosca da lâmina, com escrita forte, pois o uso de caneta hidrográfica ou esferográfica pode levar à perda da identificação do material;

Identificação do Frasco ou Porta-Lâminas: O frasco ou a caixa porta-lâmina também deve ser identificado com o Nome e CNES da Unidade de Saúde também com lápis preto nº 2 ou grafite para evitar a perda de informação. Este frasco deve retornar do laboratório para unidade de saúde por meio do transporte para ser higienizado e reutilizado para nova remessa de lâminas.

ORIENTAÇÕES QUANTO À COLETA DO MATERIAL:

Deve ser realizada coleta na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única.

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 e devem ser relatados na requisição do exame.

Coleta na ectocérvice: utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.

Coleta na endocérvice: utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.

Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as

Fixação do Material: O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material. É importante observar a validade do fixador.

Envio do material para o laboratório: As lâminas devem ser enviadas para o laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição impressos pelo SISCAN. As lâminas com as iniciais de cada usuária, o número da lâmina e ano, e no frasco ou caixa porta-lâmina a identificação da Unidade de Saúde.

A Unidade de Saúde deve preencher o formulário padrão de remessa das lâminas (em anexo), obrigatoriamente em duas vias (uma para a unidade e outra para o laboratório). Nele contém: identificação da US (Nome e CNES); relação de nomes das usuárias; respectivo número da lâmina; número de protocolo gerado pelo SISCAN relativo a requisição do exame. As lâminas com o material para a análise devem ser enviadas semanalmente ao laboratório, a fim de garantir a qualidade da amostra.

Observação: Orienta-se que não sejam enviadas lâminas para os laboratórios Instituto de Ginecologia e o CGC. Estes não fazem mais exames para a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER



FORMULÁRIO PADRÃO DE REMESSA DAS LÂMINAS DE CP COLO DO ÚTERO AO LABORATÓRIO

US: _____ CNES da US: _____

GD: _____ LABORATÓRIO: _____

Nº da Lâmina	Nome da Usuária	Data da Coleta	Nº do protocolo gerado pelo SISCAN*
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			
11)			
12)			
13)			
14)			
15)			
16)			
17)			
18)			
19)			
20)			

*Para US que inserem requisição no SISCAN

Enviado por: _____

Recebido por: _____

Nome/Matric: _____

Nome/Matric: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Data: _____

9. Referências

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN - RS). Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: saúde da mulher. Porto Alegre,RS: COREN; 2022. Disponível em: <<https://www.portacoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeMulher.pdf>>. Acesso em 06 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Rastreamento. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf Acesso em 06 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: Saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf acesso em 06 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA) – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil> acesso em 06 mar. 2023.
- Facina T. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 31º de março de 2016 [citado 6º de março de 2023];62(1):59-60. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/415> acesso em 06 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Estatísticas vitais - Tabwin Mortalidade. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt1ouf.def>> Acesso em 06 mar. 2023.
- Secretaria Municipal de Saúde. Informações em Saúde. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis.(Site). Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919> Acesso em: 06 mar. 2023.
- RS. Secretaria Estadual de Saúde. ATENÇÃO BÁSICA DO RS. Uso da CIAP2 no PEC e-SUS AB. 2019. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201909/09104712-ciap2-no-e-sus-ab.pdf>>. acesso em 06 mar. 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer conjunto de câmara técnica nº 004/2022 - CTLN/CTAS/COFEN. Dispõe sobre Prontuário Eletrônico do E-SUS, utilizando o método SOAP. Brasília, DF: COFEN; 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-conjunto-de-camara-tecnica-no-004-2022-ctlN-ctas-cofen_97506.html>. acesso em 06 mar. 2023
- FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem volume 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2020. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>> acesso em 06 ma. 2023.
- INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf>. acesso em 06 mar. 2023.
- INCA, NSTITUTO NACIONAL DE C NCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do câncer

de mama no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2015. Disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes_deteccaoprecoce_cm.pdf>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Protocolos de encaminhamento para Mastologia. Porto Alegre, RS: Telessaúde RS; 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_mastologia_20160324.pdf>. acesso em 06 mar. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). TeleCondutas: rastreamento do câncer do colo do útero. Porto Alegre, RS: UFRGS; 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio.pdf>. acesso em 06 mar. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - PANORAMA POPULACIONAL DO DISTRITO FEDERAL. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama> . Acesso em 06 mar. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Volume VII Proctologia. Ministério da Saúde / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_proctologia_v_VII.pdf Acesso em 06 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção do câncer do intestino. RBC, 2003. Disponível em <http://antigo.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/norma5.pdf> Acesso em 06 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino / Instituto Nacional de Câncer, Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.-Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/falando-sobre-cancer-de-intestino> > Acesso em 06 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/19/livro-pcdt...>> Acesso em 06. mar. 2023.

Carvalho CMG; Cubas MR; Nóbrega MML. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no cuidado às pessoas com estomia de eliminação intestinal. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 16: e2218. doi: 10.30886/estima.v16.518_PT. Disponível em https://www.revistaestima.com.br/estima/article/download/518/pdf_1/1493 Acesso em 10 mar. 2023.

AlmeidaT. de A. W.; OliveiraM. E. L. de; AlmeidaL. de A. W.; OliveiraC. R. V.; ReisB. C. C. Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) e Colonoscopia no rastreamento do câncer colorretal. Revista Eletrônica Acervo Médico, v. 23, n. 3, p. e12465, 24 mar. 2023. Disponível em <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/12465/7296> acesso em 01/05/2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Pessoas trans também precisam prevenir o câncer de mama. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/pessoas-trans-tambem-precisam-prevenir-cancer-de-mama/>. Acesso em: 04 set. 2023.

FACULDADE DE MEDICINA - UFMG. Pessoas trans também devem se prevenir contra o câncer de mama. Disponível em:

<https://www.medicina.ufmg.br/pessoas-trans-tambem-devem-se-prevenir-contra-o-cancer-de-mama/#:~:text=%E2%80%9CPara%20mulheres%20trans%2C%20se%20estiverem,ou%20dois%20anos%E2%80%9D%2C%20continua..> Acesso em: 04 set. 2023

MENDONÇA, Willian Júnio Rodrigues; MENDONÇA, Nara Jane; LIMA, Paula Marynela Alves Pereira. Rastreamento de câncer de mama em transgêneros: uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society And Development*, [S.L.], v. 11, n. 17, p. 1-9, 27 dez. 2022. *Research, Society and Development*. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38953>.