

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO, NO DIAGNÓSTICO E NO ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA AS SECRETARIAS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE



VERSÃO PRELIMINAR

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO, NO DIAGNÓSTICO E NO ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

ELABORAÇÃO

Angela Cristina Labanca de Araújo

Marco Antônio Bragança de Matos

Nilda da Silva Miranda Nogueira

Priscila Rodrigues Rabelo Lopes



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

Coordenação:

Ana Alice Freire de Sousa

Elaboração de texto:

Angela Cristina Labanca de Araújo
Marco Antônio Bragança de Matos
Nilda da Silva Miranda Nogueira
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Colaboração:

Ana Alice Freire de Sousa
Angela Cristina Labanca de Araújo
Francisco Timbó de Paiva Neto
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Larissa Karollyne de Oliveira Santos
Marcio Anderson Cardozo Paresque
Marco Antonio Bragança de Matos
Nilda da Silva Miranda Nogueira
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Viviane Rodrigues Zeppelini

Ilustrações:

Ernest de Araújo Simões

VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS n.º 2/2021 - CCGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO, NO DIAGNÓSTICO E NO ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2023.
42 p.: il.

1. Câncer do colo do útero 2. Rastreamento 3. Citopatológico 4. Rede de Atenção à Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta quatro pilares principais que orientam o trabalho: Assistência à Saúde, Ensino e Educação, Pesquisa e Inovação e Responsabilidade Social.

O Cuidado Público do Sistema Einstein de Saúde desenvolve há mais de 20 anos várias atividades relacionadas à gestão de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Entre eles, está o projeto "A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde", conhecido como PlanificaSUS e executado pela área de Projetos e Novos Serviços da Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais.

O PlanificaSUS tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas que finalizaram a Fase 1 do PlanificaSUS (triênio 2018-2020) e que aderiram à fase 2 (triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

O PlanificaSUS é executado pela SBIBAE, sendo um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e, como área de atuação, a Secretaria de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e a Coordenação Geral de Garantia de Atributos de Atenção Primária à Saúde do Departamento de Saúde da Família.

A PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Ela permite desenvolver a competência das equipes para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

O PlanificaSUS disponibiliza um conjunto de Notas Técnicas para a organização das redes de atenção às condições crônicas mais prevalentes: gestação e puerpério, ciclo de vida da criança, ciclo de vida da pessoa idosa, hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*, saúde mental e câncer de mama e colo de útero.

As Notas Técnicas foram estruturadas em consonância com o MACC, buscando facilitar sua operacionalização pelas equipes de saúde. Assim, oferecem elementos para o conhecimento da população, da estratificação de risco, do dimensionamento das necessidades em saúde, do mapeamento dos fluxos e dos processos de cuidado; algoritmos de manejos específicos; parâmetros para a gestão da condição de saúde na APS e na AAE; critérios para compartilhamento do cuidado; marcadores de estabilização clínica funcional e indicadores para monitoramento e avaliação. Para sua elaboração, foram consultadas as diretrizes mais atualizadas publicadas pelo Ministério da Saúde, algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e sociedades científicas.

Ao fim, as Notas Técnicas contribuem para o aperfeiçoamento da política de saúde voltada para o cuidado da população das várias Regiões de Saúde que executam o PlanificaSUS.

Marcio Anderson Cardozo Paresque
Gerente Projetos e Novos Serviços

PREFÁCIO

O principal problema dos sistemas de Atenção à Saúde, em escala universal, consiste na incoerência entre uma situação de saúde com forte hegemonia das condições crônicas e uma resposta social de um sistema fragmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. Esses sistemas fragmentados têm falhado no manejo das condições crônicas e, como consequência, os resultados medidos em desfechos clínicos são pífios. Isso não é diferente no Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura operacional envolve a Atenção Primária à Saúde; a Atenção Ambulatorial Especializada e a hospitalar; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. A Atenção Primária à Saúde opera como centro de comunicação das redes, que articula os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção.

Os modelos de Atenção à Saúde devem passar por mudanças profundas – especialmente o de atenção às condições crônicas, que se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. Para o SUS, propôs-se um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que engloba cinco níveis: o nível 1 é o de promoção da saúde; o nível 2, de prevenção das condições de saúde, e os níveis 3, 4 e 5 convocam tecnologias potentes de gestão da clínica, voltadas para o enfrentamento adequado das condições crônicas estabelecidas – os níveis 3 e 4 abrangem a gestão das condições de saúde e o nível 5, a gestão de caso.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde é um processo complexo, que pressupõe um pensamento sistêmico por parte de seus operadores. Pensar sistemicamente implica transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas. Significa também entender que não há solução para os problemas tentando-se mudanças em pontos de atenção isolados. É compreender que os problemas só serão solucionados se existirem colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos. Por fim, consiste em construir uma linguagem comum, que possibilite a comunicação em rede.

Um ponto fundamental para tornar reais as Redes de Atenção à Saúde é construir essa linguagem comum compartilhada em todos os nós dessas redes. Isso se faz por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidência, construídas e validadas pelos atores relevantes, que tecem essas redes continuamente na prática social. As Notas Técnicas propostas cumprem essa função seminal nas Redes de Atenção à Saúde.

Cabe ressaltar que se trata aqui de redes temáticas, conforme imposição da natureza singular de cada qual, imposta pela divisão técnica do trabalho, que exige especialização nos pontos de atenção secundários e terciários, ambulatoriais e hospitalares. Porém esse é o único elemento temático das Redes de Atenção à Saúde que as diferencia das propostas passadas de sistemas verticais de saúde. Por consequência, a Atenção Primária à Saúde, os sistemas logísticos e os sistemas de apoio são estruturas transversais comuns a todas as redes temáticas.

Além disso, essas Notas Técnicas cumprem outro papel, que é o de estruturar todo o processo de gestão da clínica, entendida como um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado, destinado a prover uma Atenção à Saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva e estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e nem aos profissionais de saúde; eficiente, provida com custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas, e ofertada de forma humanizada.

Nesse sentido, essas Notas Técnicas vão além do estabelecimento das melhores práticas clínicas, porque adentram o campo da microgestão da clínica, estabelecendo parâmetros assistenciais baseados não em séries históricas, mas definidos por necessidades reais da saúde da população.

Em conclusão, pode-se afirmar que a elaboração e o compartilhamento dessas Notas Técnicas, entre todos os atores envolvidos, correspondem ao ato inaugural e imprescindível da construção das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Boa leitura!

Eugênio Vilaça Mendes

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGS	célula glandular atípica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	adenocarcinoma <i>in situ</i>
AOI	célula atípica de origem indefinida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASC-H	célula escamosa atípica de significado indeterminado que não se pode afastar lesão de alto grau
ASC-US	célula atípica de significado indeterminado possivelmente não neoplásica
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
DIP	doença inflamatória pélvica
eSF	equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
Febrasco	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HIV	vírus da imunodeficiência humana
HPV	papilomavírus humano
HSIL	lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Inca	Instituto Nacional de Câncer
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LSIL	lesão intraepitelial escamosa de baixo grau
NIC	neoplasia intraepitelial cervical
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Siscan	Sistema de Informação do Câncer
Siscolo	Sistema de Informação do Câncer do Colo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unacon	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ PREFÁCIO	4
■ LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS	5
■ INTRODUÇÃO	8
■ OBJETIVOS	9
■ O MODELO DE ATENÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	10
■ CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	11
PASSO 1 – POPULAÇÃO GERAL	11
PASSO 2 – IDENTIFICAÇÃO DA SUBPOPULAÇÃO DE PESSOAS COM COLO DO ÚTERO	11
PASSO 3 – IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO	12
PASSO 4 – SINAIS E SINTOMAS	13
PASSO 5 – DIAGNÓSTICO	13
■ ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	15
EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO	19
RECOMENDAÇÃO PRÉVIA À COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO	20
TÉCNICA DE COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO	20
FIXAÇÃO DO MATERIAL COLETADO PARA ENVIO AO LABORATÓRIO DE CITOPATOLOGIA	23
TRANSPORTE DO MATERIAL COLETADO PARA ENVIO AO LABORATÓRIO DE CITOPATOLOGIA	23
TESTE DE SCHILLER OU ÁCIDO ACÉTICO	23
RASTREAMENTO DE ACORDO COM A SITUAÇÃO CLÍNICA NA POPULAÇÃO-ALVO	24
RECOMENDAÇÃO PARA CONDUTA COM BASE NO RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO	24
FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	26
FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	27
■ PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	30

■ RESUMO DAS INTERVENÇÕES DE VIGILÂNCIA E CUIDADO.....	32
■ REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	34
REGISTRO DE ATENDIMENTOS.....	34
PAINEL DE INDICADORES.....	34
■ REFERÊNCIAS.....	35
■ ANEXOS.....	37

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero ainda atinge altas taxas de mortalidade no Brasil. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), em 2020, ocorreram 6.627 óbitos por essa neoplasia, o que corresponde a uma taxa de 4,6/100 mil mulheres.¹ Na estimativa do Inca para 2023, esperam-se 17.010 casos novos de câncer do colo do útero, o que representa taxa ajustada de incidência de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres.²

A história natural do câncer do colo do útero é conhecida, sendo essa uma doença de crescimento lento. Ocorre uma replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o estroma e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. O tipo de câncer varia, dependendo da origem do epitélio comprometido. Em 90% dos casos, ocorre o carcinoma epidermoide – tipo mais incidente. Em 10% dos casos, o adenocarcinoma acomete o epitélio glandular. No entanto, ambos os tipos são causados pela infecção persistente por tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV). Na fase inicial, a doença é assintomática, podendo evoluir com sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual; secreção vaginal anormal e dor abdominal, associada com queixas urinárias ou intestinais, nos casos mais avançados.¹

O controle do câncer do colo do útero mantém-se como uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Promoção da Saúde, dada a magnitude e o impacto dessa doença na saúde pública no Brasil.³ Em 2020, em evento promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde participou do lançamento da estratégia global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para acelerar a eliminação do câncer do colo do útero, assumindo o compromisso de erradicar a doença no Brasil com medidas de vacinação, rastreamento e tratamento, contando com o apoio de instituições brasileiras, como o Inca.⁴ Houve também manifestação positiva da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) quanto às propostas da OMS, para contribuir nesse esforço conjunto para a erradicação do câncer do colo do útero.⁵

Este documento atualiza as recomendações das instituições de referência para o controle do câncer, sistematizando a organização dos processos de vigilância e cuidado na lógica do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O modelo sugere o conhecimento da população-alvo residente em um território de saúde, de acordo com a complexidade do estado de saúde da usuária, contemplando as intervenções necessárias para uma resposta adequada a cada estrato de complexidade.⁶

O foco dessa organização foi em processos integrados da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), os quais são vistos como ponto de ordenação do fluxo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) integral.^{6,7} A organização foi baseada nos protocolos definidos pelo Ministério da Saúde e pelo Inca. Com este documento atualizado, espera-se otimizar as ações dos serviços de saúde, tanto na abordagem clínica, quanto nas estratégias para rastreamento e diagnóstico precoce de cada instituição nas localidades de todo o Brasil.

O objetivo desta Nota Técnica é oferecer elementos para a qualificação da Atenção à Saúde da mulher no rastreamento, no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero e do câncer propriamente dito na Atenção Primária à Saúde integrada à Atenção Ambulatorial Especializada.

Teremos como parâmetros:

- Conhecer a subpopulação feminina do território de abrangência, alvo da vigilância em saúde no câncer do colo do útero.
- Aprimorar o atendimento na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, com vistas ao diagnóstico precoce de lesões precursoras do câncer do colo do útero.
- Fortalecer a capacidade de autocuidado na saúde da mulher.
- Reduzir a mortalidade precoce em decorrência do câncer do colo do útero.

O MODELO DE ATENÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O controle do câncer do colo do útero no Brasil se deu a partir de 1940, com a introdução da citologia e da colposcopia na rotina de cuidado das equipes de saúde.³ Desde então, o rastreamento populacional, por meio da realização desses exames, tem sido a principal estratégia para diminuir as taxas de mortalidade.

A APS é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. Nesse nível de atenção, as pessoas, as famílias e a comunidade são acolhidas por equipes multiprofissionais, para ações de cuidado, sem discriminação de gênero, raça, doença ou sistema acometido pela doença. A equipe da APS atua de maneira integrada, com foco na melhora do estado de saúde das pessoas residentes em sua área de abrangência, e deve ser protagonista nas ações de rastreamento do câncer do colo do útero.

O câncer do colo do útero se configura como uma condição crônica, como definido pela OMS, por ser uma circunstância na saúde da mulher decorrente da interação de vários fatores – infecciosos, genéticos, etários, endócrinos, reprodutivos, comportamentais e ambientais –, com repercussões múltiplas nos aspectos físico, psíquico, funcional, familiar, social e laboral. Nos seus vários estágios de desenvolvimento, essa circunstância requer, de um lado, vigilância, cuidado e apoio, por parte de uma equipe multiprofissional da RAS e, do outro lado, uma forte capacidade de autocuidado, por parte das usuárias.

Sendo uma condição crônica, sua abordagem é favorecida e qualificada pelo MACC, que propõe uma lógica para a organização do cuidado na rede de atenção:⁸ o conhecimento da população geral, a partir do cadastro e da vinculação à equipe da APS; a identificação da subpopulação de mulheres e pessoas que têm colo do útero, beneficiárias das intervenções da rede de atenção; a análise do contexto da determinação social da saúde em que vivem, para identificação, principalmente, dos fatores de vulnerabilidade; sua estratificação em grupos populacionais, caracterizados pela presença de fatores de risco, lesões precursoras ou doença instalada de diferentes níveis de complexidades; e, por fim, cinco níveis de intervenção que possibilitem uma resposta certa, no momento certo, no local certo e de forma efetiva e eficiente.⁶

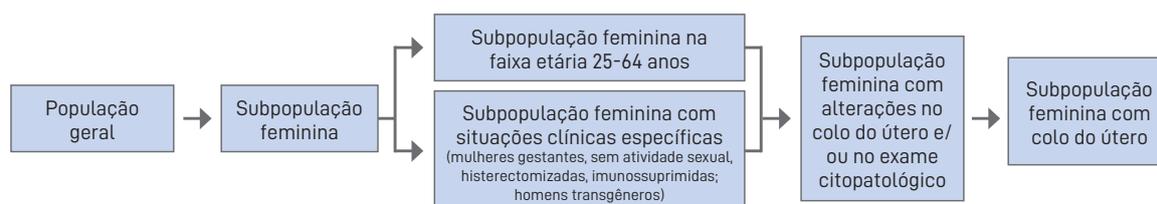
O MACC também refreia a importância da centralidade da pessoa e de uma abordagem integral, significando que ações de rastreamento e tratamento do câncer devem ser compreendidas como parte do cuidado integral da saúde da mulher, no seu conjunto mais abrangente de ações de cuidado.

Os níveis de intervenção vão proporcionar:^{7,9}

- Nível 1: promoção da saúde, por meio de ações voltadas para a melhoria da qualidade geral de vida das pessoas, das famílias e das comunidades.
- Nível 2: prevenção, por meio da abordagem de fatores de risco relacionados a: comportamentos e hábitos de vida; sexo seguro; fortalecimento do autocuidado; imunização; exames periódicos para rastreamento (exame citopatológico), dentre outros.
- Nível 3: ações de cuidado de saúde integral da mulher, abordagem multiprofissional das mulheres com exames alterados, diagnóstico de lesões precursoras de câncer ou da doença instalada e ordenação do cuidado na rede de atenção.
- Nível 4: investigação diagnóstica, tratamento oncológico e acompanhamento contínuo, até o desfecho das situações mais complexas.
- Nível 5: acompanhamento (gestão de caso) das situações muito complexas agravadas por polifarmácia, multimorbidade, comprometimento físico, funcional ou psíquico.

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Como descrito no MACC, a equipe Saúde da Família (eSF) precisa conhecer a população de mulheres a ser acompanhada na Linha de Cuidado do câncer do colo do útero (Figura 1).



Fonte: elaborada pelos autores.

Figura 1. Conhecimento da subpopulação feminina com colo do útero.

Passo 1 – População geral

As RAS têm uma **população geral** territorializada, que se organiza socialmente em famílias que serão seu alvo do cuidado. Essa população deve ser conhecida, cadastrada e registrada num sistema de informação potente. Além disso, deverá ser dividida em subpopulações por fatores de risco e estratificadas por riscos, em relação às suas condições de saúde. O conhecimento da população usuária adscrita é fundamental para as ações da RAS.^{6,9}

Passo 2 – Identificação da subpopulação de pessoas com colo do útero

A **subpopulação de pessoas com colo do útero** é o alvo para detecção precoce do câncer do colo do útero. A faixa etária para o rastreamento do câncer do colo do útero abrange mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual.^{3,10} Busca-se conhecer a história reprodutiva, o comportamento sexual, os hábitos de vida, a alimentação, o uso de anticoncepcionais, as morbidades crônicas, o trabalho e as condições socioeconômicas.^{6,9} O câncer do colo do útero é o quarto mais recorrente entre as mulheres brasileiras e raro antes dos 30 anos. O rastreamento não deve ser iniciado antes dos 25 anos, faixa etária em que prevalecem as infecções pelo HPV e lesões de baixo grau, porque podem regredir espontaneamente, na maioria dos casos. Mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos apresentam aumento na incidência desse câncer e atingem o pico entre 50 e 60 anos. Após os 65 anos, toda mulher deve ter seus exames avaliados pela eSF para ser liberada do acompanhamento, pois, para mulheres com exames citopatológicos anteriores negativos, o risco de desenvolver o câncer do colo do útero é reduzido, por ser uma doença de curso lento.^{3,11,12}

As mulheres **gestantes** apresentam o mesmo risco que as não gestantes, sendo as consultas de pré-natal uma oportunidade para rastreamento do câncer do colo do útero, quando a idade da gestante está dentro da faixa etária preconizada para o rastreamento.¹³

As mulheres na **pós-menopausa** sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões suspeitas apresentam baixo risco para a doença, mas constituem um grupo que não deve ser esquecido no rastreamento, quando dentro da faixa etária preconizada para o rastreamento.^{3,11}

As mulheres **histerectomizadas** por doença benigna, com retirada total do colo do útero, estão excluídas do rastreamento, mas aquelas cujo colo do útero não foi retirado devem permanecer no rastreamento do câncer do colo do útero, conforme a faixa etária e de acordo com as diretrizes brasileiras.^{3,11}

As mulheres **imunossuprimidas** apresentam maiores taxas de diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), por apresentarem alterações na resposta imunológica. Por isso, essas pessoas precisam de vigilância e conduta específica para cada situação. Compõem esse grupo as mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), imunossuprimidas por transplante de órgão sólido, em tratamentos de câncer e usuárias crônicas de corticoides.^{3,12}

vacina.²¹ O Ministério da Saúde ampliou a vacinação contra HPV para pessoas imunossuprimidas de 9 a 45 anos de idade, aquelas vivendo com HIV/AIDS, transplantadas e portadoras de cânceres, porque a imunossupressão causada por qualquer patologia que leve a um quadro comum de baixa imunidade é um dos principais fatores de risco para a infecção pelo HPV e o desenvolvimento de cânceres e verrugas genitais.²² Temos ainda outros fatores de risco, como ausência do preservativo nas relações sexuais (o uso do preservativo oferece proteção relativa para a infecção pelo HPV, mas protege contra outras Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST); início precoce da vida sexual; obesidade; tabagismo e multiplicidade de parceiros. Todos esses fatores de risco parecem influenciar na progressão das lesões precursoras do câncer do colo do útero.^{11,17}

A prevenção implica em evitar o início da relação sexual precoce (antes de 18 anos), postergar a primeira gestação, evitar múltiplos parceiros e/ou alguém que tenha múltiplos parceiros sexuais. O uso de preservativos em todas as relações sexuais pode ajudar nessa prevenção e contribui também diminuindo a chance de contrair infecções por clamídia e outras IST. As IST facilitam a entrada do HPV no colo do útero por ação local e também predispõem à doença inflamatória pélvica (DIP) e à infertilidade tubária.¹²

Os fatores que propiciam baixa imunidade fornecem campo para a entrada do HPV, por desestabilizarem a defesa natural celular no colo do útero. O HIV age dessa maneira, assim como também algumas doenças autoimunes, ou seja, doenças que, por não reconhecerem os tecidos do próprio corpo, os atacam.¹²

O tabagismo tem duplo fator predisponente. O primeiro ocorre pela carcinogênese direta onde a nicotina e outros metabólitos foram encontrados no muco cervical. O segundo fator, ocorre por diminuição da imunidade nas células do colo do útero, facilitando a entrada do HPV nestas células. Esta predisposição está diretamente associadas ao número de cigarros consumidos por dia.^{12,17}

A baixa condição socioeconômica e a baixa escolaridade concorrem para a dificuldade de acesso à consulta e aos exames, levando ao atraso na detecção precoce ou ao estágio menos avançado da doença.¹²

A subpopulação de pessoas com colo do útero cadastrada e acompanhada longitudinalmente pela eSF é favorecida pela identificação dos fatores de risco, o que permite o diagnóstico precoce de alterações citopatológicas e o acompanhamento adequado. No Brasil, esse rastreamento é feito por meio do exame citopatológico do colo do útero, que é realizado pela eSF, na APS.³

Passo 4 – Sinais e sintomas

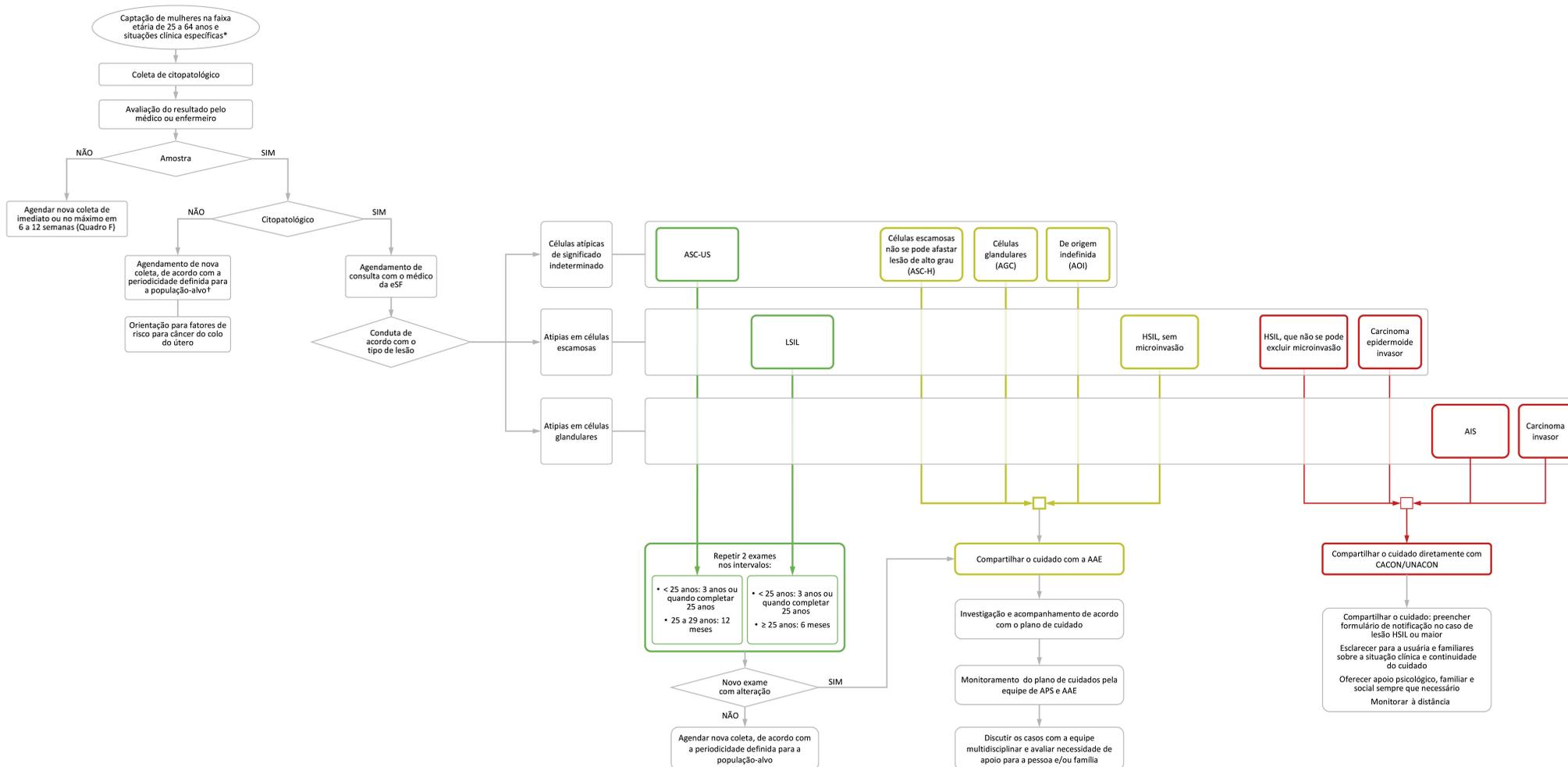
No câncer do colo do útero, as lesões iniciais são assintomáticas, podendo ser detectadas pelo exame citopatológico do colo do útero realizado periodicamente e confirmadas por ações de propeidética propostas para cada caso. Por isso, o exame citopatológico do colo do útero é de extrema importância na prevenção secundária na vida de pessoas com colo do útero e não deve ser esquecido e nem adiado.¹¹

Passo 5 – Diagnóstico

Para o controle do câncer do colo do útero, a OMS preconiza prevenção, detecção precoce e tratamento. Por ser uma doença com altas taxas de mortalidade, a APS deverá se organizar para definir ações que contemple essa tríade.¹¹

O fluxo de atenção a pessoas com colo do útero na Linha de Cuidado do câncer do colo do útero inicia-se com a captação das mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, para coleta do exame citopatológico, procedimento realizado durante a consulta.¹⁰ No Brasil, o Ministério da Saúde e o Inca indicam o exame citopatológico do colo do útero como método universal de rastreamento populacional e que deve ser realizado por médicos e/ou enfermeiros na APS.^{10,23-25}

A mulher com resultado de exame citopatológico alterado deverá ser avaliada pelo médico para continuar propeidética de acordo com o diagnóstico, conforme descrito na figura 3.



Fonte: adaptada pelos autores.^{3,36}

* Público-alvo: mulheres na faixa etária 25 a 64 anos, com história de atividade sexual e situações clínicas específicas (gestantes; mulheres hysterectomizadas; mulheres na pós-menopausa; mulheres imunossuprimidas; pessoas com colo do útero e homens transgêneros sem história de atividade sexual com penetração vaginal, mas com condilomatose na genitália externa; homens transgênero não hysterectomizados); † Para mulheres que fizeram a primeira coleta, agendar com intervalo de 1 ano. Para mulheres que já realizaram duas coletas, agendar com intervalo de 3 anos. eSF: equipe Saúde da Família; ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas; LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; ASC-H: células escamosas atípicas de significado indeterminado que não se pode afastar lesão de alto grau; AGC: células glandulares atípicas; AOI: células atípicas de origem indefinida; HSIL: lesão intraepitelial escamosa de alto grau; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; AIS: adenocarcinoma *in situ*; Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Unacon: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

Figura 3. Fluxo de atenção à mulher na Linha de Cuidado do câncer do colo do útero.

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização do cuidado nessa rede visa garantir o direito à atenção integral, contínua e proativa, de forma resolutiva, com qualidade, de acordo com as necessidades regionais.^{3,7}

O sistema organizacional elaborado na RAS são ações em saúde com o propósito de mudar a prática para mudar a vida das pessoas, implementando ações e serviços de saúde articulados entre os diferentes níveis de complexidade, tendo a APS como a principal porta de entrada das pessoas e para a coordenação do cuidado, inclusive no que se refere ao encaminhamento das situações clínicas das pessoas que necessitam ser atendidas em pontos de atenção em diferentes níveis na RAS.^{3,7}

A história natural do câncer do colo do útero (ausência de doença, fatores de risco, sinais e sintomas suspeitos, lesões precursoras, doença instalada, evolução e desfecho final – cura ou óbito) indica a necessidade de trabalho em equipe multiprofissional, que atue com atendimentos programados e monitorados das usuárias ao longo do tempo, porém estruturados em diretrizes clínicas construídas por evidências e ações preventivas, educacionais e de autocuidado organizadas, com base no MACC.⁶

Organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde

A APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é o primeiro nível de atenção da RAS, tendo a função de promoção e vigilância em saúde, prevenção, rastreamento, detecção precoce e segmento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de um resultado citopatológico do colo do útero alterado.^{3,26} Para que essas ações sejam possíveis, a eSF precisa atuar de maneira inter e multidisciplinar, conhecendo as diretrizes clínicas de referência, delimitando as competências e compartilhando o conhecimento, as experiências e o plano de cuidado.

A seguir, dispomos as atribuições de cada profissional da eSF na prevenção e no controle do câncer do colo do útero.^{13-15,23-29}

São atribuições da equipe multiprofissional na APS:

- Planejar e programar com equidade ações de controle do câncer do colo do útero, priorizando as ações, de acordo com o critério de risco, vulnerabilidade social e desigualdade.
- Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas, para esclarecimento dos fatores de proteção e de risco para o câncer do colo do útero e sobre o rastreamento desse câncer.
- Orientar as mulheres e os homens transgênero, individual e coletivamente, sobre os fatores de risco para o câncer do colo do útero (idade, tabagismo e infecção pelo HPV) e sobre sexo seguro.
- Orientar as mulheres e os homens transgênero, individual e coletivamente, sobre o objetivo e a importância do exame de prevenção contra o câncer do colo do útero; sobre a periodicidade e as recomendações do exame e sobre os cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, além da manutenção, se for o caso, de relação sexual com preservativo nas 48 horas anteriores à coleta do exame citopatológico.
- Estimular ações de prevenção primária: oferta de vacina contra o HPV conforme a faixa etária recomendada.
- Orientar sobre o uso de preservativo.
- Fortalecer orientações de combate ao tabagismo.
- Acolher de forma humanizada, com escuta qualificada.
- Identificar o motivo do contato.
- Direcionar para o atendimento desejado e/ou necessário.
- Realizar busca ativa das mulheres dentro da faixa etária da população-alvo com exame citopatológico em atraso.
- Acompanhar as mulheres com exame citopatológico alterado na APS e aquelas com contrarreferência da AAE, após diagnóstico e tratamento.
- Manter contato contínuo com as mulheres com resultado alterado, estimulando adesão ao tratamento e identificar as faltosas.

São atribuições do enfermeiro e do médico:

- Identificar a população-alvo para coleta do exame citopatológico (mulheres e homens transgênero).
- Treinar a equipe para a abordagem de homens transgênero que necessitam de coleta do exame citopatológico do colo do útero.
- Verificar a realização prévia de exame citopatológico (data do último exame e ocorrência de exame anterior alterado).
- Orientar sobre o procedimento de coleta do exame citopatológico, buscando esclarecer as dúvidas e reduzir a ansiedade e o medo do exame especular.
- Orientar sobre a periodicidade de realização do exame citopatológico.
- Agendar consulta para coleta do exame citopatológico.
- Orientar sobre a importância de buscar o resultado do exame citopatológico.
- Agendar retorno para o resultado do exame citopatológico.
- Comunicar a mulher quando houver alteração no exame citopatológico, orientando sobre o seguimento e/ou tratamento, esclarecendo as dúvidas e dando suporte emocional.
- Garantir a continuidade do cuidado em momento oportuno e encaminhar, se for o caso, para a AAE.

São atribuições do enfermeiro:

- Realizar exame especular, coletar o material para o exame citopatológico do colo do útero e realizar o teste de Schiller.
- Encaminhar para avaliação médica as mulheres com alterações identificadas no exame especular.
- Realizar busca ativa das mulheres e dos homens transgênero de seu território de atuação que não estejam realizando o exame citopatológico de rotina e aquelas que tiveram seu exame citopatológico alterado ou que tenham indicação de seguimento na AAE.
- Realizar visita domiciliar, quando necessário.
- Supervisionar e coordenar a equipe de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas ações relacionadas a esta Nota Técnica.
- Supervisionar a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas nesta Nota Técnica.
- Realizar atividades de educação permanente com os profissionais da equipe.
- Planejar e coordenar ações educativas relacionadas à prevenção primária e secundária do câncer do colo do útero.

São atribuições do médico:

- Realizar exame clínico-ginecológico, quando indicado.
- Rastrear o câncer do colo do útero na faixa etária, conforme esta Nota Técnica, tendo o médico autonomia de decidir sobre a coleta do exame citopatológico em situações específicas que justifiquem a coleta fora da faixa etária preconizada.
- Monitorar os resultados dos exames citopatológicos coletados pela eSF.
- Orientar a equipe para realizar a busca ativa das mulheres com exame citopatológico alterado.
- Organizar o processo de trabalho para realizar a busca ativa das mulheres e dos homens transgênero de seu território/área de abrangência que não estejam realizando os exames citopatológicos de rotina.
- Promover ações que resultem no aumento da cobertura para o rastreamento do câncer do colo do útero em seu território/área de abrangência.
- Encaminhar as mulheres e homens transgênero para a AAE, quando indicado, conforme orientações nesta Nota Técnica; monitorar seu atendimento e/ou tratamento, priorizando os casos de câncer do colo do útero.
- Tratar IST.
- Discutir os casos que gerem dúvidas, quando possível, com a AAE.
- Orientar o enfermeiro quanto à correta realização da coleta do exame citopatológico do colo do útero.

São atribuições do técnico de enfermagem:

- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação.
- Orientar a mulher sobre as consultas médicas e de enfermagem, exames e outros procedimentos.

- Participar das capacitações e educação permanente, sempre que houver essa proposta promovida pela enfermagem ou pelo médico da equipe.
- Participar das reuniões periódicas da equipe de enfermagem, favorecendo o entrosamento e enfrentamento dos problemas identificados.
- Registrar as ações de enfermagem no prontuário da paciente e/ou em outros documentos da instituição.
- Realizar atenção domiciliar, quando necessário.
- Manter disponibilidade de suprimentos necessários para a coleta do exame citopatológico do colo do útero.
- São atribuições do ACS:
 - Cadastrar e manter o cadastro atualizado de todas as famílias de sua área de abrangência.
 - Identificar homens transgênero e cadastrá-los na Unidade de Saúde (acolhimento extramuros), perguntando ao usuário se ele deseja ser chamado pelo nome social e proceder na unidade de saúde conforme o desejo do paciente.
- Conhecer a importância da coleta do exame citopatológico do colo do útero como principal estratégia para detecção precoce das lesões precursoras do câncer do colo do útero nas mulheres e em homens transgênero de sua área de abrangência.
- Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população da área de abrangência da eSF.
- Manter a eSF informada sobre as mulheres e os homens transgênero em situação de risco.
- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle do câncer do colo do útero, conforme o planejamento e as orientações da eSF.
- Realizar busca ativa das mulheres e dos homens transgênero de sua área de abrangência para detecção precoce do câncer do colo do útero.
- Realizar busca ativa das mulheres e dos homens transgênero com exames alterados ou que necessitem de tratamento e/ou seguimento na AAE.
- Realizar o seguimento das mulheres e dos homens transgênero que apresentam resultado do exame citopatológico alterado e monitorar as pessoas para o acompanhamento periódico no caso de exame citopatológico normal sob a orientação da eSF.

Ao mesmo tempo, dentro da proposta do MACC, neste contexto, para o rastreamento do câncer do colo do útero, a eSF precisa atuar com alguns direcionamentos, de acordo com a situação clínica de risco que a mulher possa apresentar.

Para as mulheres em geral, a eSF deve:^{79,26}

- Cadastrar e manter atualizado o cadastro de todas as famílias residentes na área de abrangência.
- Criar vínculo entre a eSF e os integrantes das famílias cadastradas.
- Avaliar determinantes sociais da saúde que possam existir no contexto em que vivem as famílias, como habitação, renda, educação, violência doméstica, acesso ao serviço de saúde e amparo social.
- Realizar ações intersetoriais e multidisciplinares de promoção à saúde, voltadas para a saúde da mulher, sua família e seu contexto de vida.
- Usar o prontuário clínico para elaboração e monitoramento do plano de cuidado, definindo o papel da equipe multidisciplinar nos atendimentos à mulher.
- Usar os ACS para ações fora da unidade de saúde, ampliando a adesão ao plano de cuidados.

Para as mulheres com fatores de risco gerais, a eSF deve:

- Identificar as mulheres cadastradas na área de abrangência com o objetivo de priorizar a faixa etária preconizada para o rastreamento do câncer do colo do útero.
- Para as mulheres com fatores de risco (Figura 2), recomenda-se vigilância e educação em saúde, visando o fortalecimento do autocuidado e esclarecimentos sobre o câncer do colo do útero.

Para mulheres com fatores de risco elevado, a eSF deve:

- Identificar mulheres com exame citopatológico do colo do útero alterado dentro da faixa etária preconizada para o rastreamento.
- Encaminhar, quando necessário, de acordo com os protocolos e os fluxos estabelecidos nesta Nota Técnica, as mulheres para a AAE, em caso de exame do colo do útero alterado.
- Assegurar, no acompanhamento longitudinal:
 - Manutenção do atendimento compartilhado com a AAE.
 - Definição da agenda para a coordenação do cuidado e para o seguimento longitudinal das mulheres com exame do colo do útero alterado durante todo o tratamento na RAS, mantendo o vínculo da mulher na eSF.
 - Realização de exames complementares necessários.
 - Avaliação clínica geral.
- Atribuir à equipe multiprofissional:
 - Direcionar a mulher para o atendimento necessário no sistema de saúde.
 - Identificar mulheres não rastreadas e proceder à coleta do exame citopatológico de maneira oportuna, dentro da faixa etária preconizada para o rastreamento (qualquer contato da mulher com o sistema de saúde é momento oportuno).²⁶
 - Captar, por meio da busca ativa, as mulheres faltosas com exame citopatológico alterado ou faltosas durante o tratamento/e ou seguimento na AAE.

- Identificar situações sociais que possam impedir o cumprimento da agenda, assim como promover ações de controle ou eliminação dessas barreiras ao acesso.⁹
- Avaliar a capacidade do autocuidado e propor o plano de autocuidado apoiado.⁹
- Avaliar o apoio sociofamiliar e sugerir ações para seu fortalecimento.⁹
- Monitorar a população feminina adscrita da área de abrangência da eSF para o cumprimento das ações programadas para a coleta do exame citopatológico do colo do útero da população-alvo, segundo a faixa etária, para o rastreamento com análise sistemática do registro coletivo em reuniões de equipe, identificando as falhas no rastreamento do seguimento das mulheres em tratamento na AAE e estabelecendo medidas de superar as dificuldades detectadas.

Exame citopatológico do colo do útero

Dentre as ações de prevenção contra o câncer do colo do útero, o exame citopatológico de rastreamento é uma estratégia que exige dos profissionais um método e um treinamento, para que a amostra coletada seja de boa qualidade, considerando que possa existir limitação clínica de cada mulher ou homem transgênero submetido ao exame.

É importante destacar que é possível ofertar o exame citopatológico do colo do útero para as mulheres ou homens transgênero fora da faixa etária prioritária (população-alvo), desde que o profissional avalie a necessidade com base em uma anamnese bem direcionada para o histórico, os fatores de risco e a situação clínica apresentada.

Para as mulheres em geral, a eSF deve explicar individual e/ou coletivamente sobre o procedimento de coleta do material para o exame citopatológico como método de rastreio contra o câncer do colo do útero.

Para o homem transgênero,^{14,30-32} a eSF deve perguntar, de forma clara e não invasiva, qual o pronome que prefere ser chamado; chamar pelo nome social. Representada pelo profissional que for coletar o exame, a eSF deve explicar o procedimento e apresentá-lo como um método de rastreio contra o câncer, sem gênero específico. Para maior conforto e adesão, ainda, o profissional da eSF deve referir à anatomia íntima como "genitália", ao invés de vagina.

É importante falar sobre a possibilidade de amostra inadequada (quantidade de células insuficiente ou presença de sangue no esfregaço, em decorrência da terapia hormonal com testosterona, quando em uso) e que, nesse caso, pode haver necessidade de repetir a coleta num tempo menor que o esperado.

O paciente transgênero deve estar ciente de que pode ocorrer um pequeno sangramento, que lembra a menstruação, após o término do exame, o qual pode causar algum desconforto, mas que cessa rápido.

Pode também haver necessidade de uso de medicação ansiolítica para alguns, porque eles muitos ficam em situação de estresse para a realização do exame citopatológico.

Deve-se permitir, caso seja desejo do paciente, a presença de alguém da confiança dele durante a consulta, assim como deve ser evitada a presença desnecessária pessoas no consultório, que não vão auxiliar no procedimento de coleta.

Recomendação prévia à coleta do exame citopatológico do colo do útero^{25,26}

- Evitar, no período de 48 horas antes da coleta do exame:
 - Relação sexual.
 - Duchas vaginais.
 - Medicamentos vaginais.
 - Exames intravaginais. Por exemplo: ultrassom transvaginal/ endovaginal, tratamento a *laser*.
- Aguardar o término da menstruação para coletar o exame, para evitar prejuízo no laudo citopatológico, pela presença de sangue no esfregaço.
- Prescrever estrogênio tópico (intravaginal) às mulheres no climatério (pós-menopausa) com atrofia genital, quando houver indicação. Recomenda-se prescrição médica do estriol vaginal, devido à baixa ocorrência de efeitos colaterais. A dose recomendada do creme vaginal de estriol é de 1 mg/g, que corresponde a um aplicador-dosador à noite, durante 7 a 21 dias. Suspender o uso entre 5 e 7 dias antes da data da consulta agendada para a coleta do exame citopatológico do colo do útero. Outra opção são os cremes vaginais de estrogênios conjugados naturais (0,625 mg), na mesma posologia.
 - Para o homem transgênero, existe essa alternativa do uso desse estrogênio tópico durante 5 dias; suspender 3 a 5 dias antes da data do exame, para melhorar o procedimento da coleta e diminuir a atrofia genital nos pacientes em uso de terapia hormonal com testosterona, mas pode ser recusado pelo desconforto da pessoa em usar um hormônio intitulado feminino.^{14,31}

Técnica de coleta do exame citopatológico do colo do útero

Antes de posicionar a pessoa na mesa de exame, o profissional deve identificar a lâmina que será enviada ao laboratório de citopatologia de referência para o território / área de abrangência.^{13,25,33}

- Utilizar lápis preto nº 2 ou lápis grafite.
- Identificar a lâmina na parte fosca com as iniciais do nome da pessoa e o número do frasco onde o material coletado será acondicionado.

Durante o procedimento, é importante:

- Optar pela forma de colocar o material coletado na lâmina (Quadro 1).
- Certificar que no frasco contém álcool em quantidade suficiente para que toda a lâmina seja coberta, evitando o dessecamento do esfregaço, o que pode prejudicar a leitura da lâmina pelo citopatologista.³³ Outra possibilidade é usar *spray* fixador para fixar o material na lâmina, ao invés de frasco com álcool. A opção depende do que estiver disponível no serviço.
- Etiquetar o frasco com a identificação da pessoa, sem cobrir o número do frasco.
- Preencher a ficha de requisição do exame do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) que deverá acompanhar o frasco para envio ao laboratório, conforme os protocolos institucionais vigentes.

Para as mulheres em geral:^{13,25}

- Observar a genitália, durante o exame físico da parte externa, procurando adequar o tamanho do espéculo com as características perineais e vaginais da mulher.
- Evitar o uso de lubrificante.
- Introduzir o espéculo na vagina delicadamente na posição vertical, ligeiramente inclinado, fazendo a rotação suavemente de forma que o espéculo fique na posição transversa/ horizontal (fenda de abertura do espéculo), expondo completamente o colo do útero. Se houver dificuldade de visualização do colo do útero, existe alguns procedimentos que podem ajudar. O profissional pode solicitar ajuda da mulher, pedindo para:
 - Tossir (aumenta a pressão intra-abdominal e o colo do útero aparece entre as válvulas do espéculo vaginal).
 - Apoiar um dos pés na perneira (onde se posiciona a articulação do joelho). Essa mudança de posição também pode favorecer a visualização do colo do útero entre as válvulas do espéculo vaginal.

Para o homem transgênero:^{14,31}

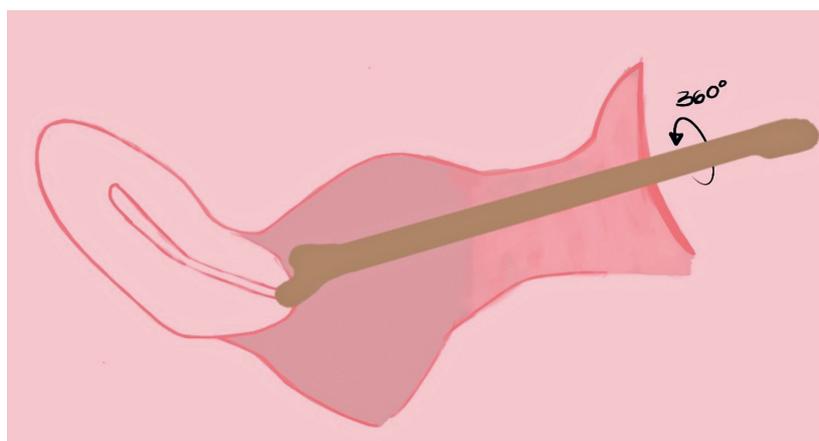
- Observar a genitália, procurando adequar o tamanho do espéculo à genitália do paciente.

- Colocar, se houver necessidade, a menor quantidade possível de um lubrificante à base de água ou lidocaína tópica, para facilitar a introdução do espéculo na genitália.
- Documentar no impresso do laboratório o uso de terapia hormonal com testosterona para guiar o profissional do laboratório, caso o paciente a utilize.

Coleta do material do colo do útero: ectocérvice e endocérvice^{13,25,33,34}

Ectocérvice:

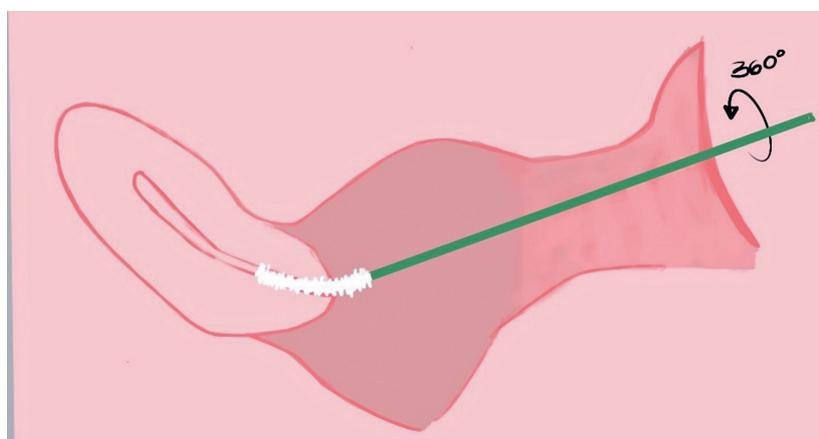
- Usar espátula de Ayre.
- Utilizar o lado da espátula que apresenta reentrância para encaixar no orifício externo do colo do útero.
- Apoiar firmemente e girar a espátula 360° em torno do orifício externo do colo do útero, porém, delicadamente, sem agredir o colo, para não sangrar, evitando prejudicar a qualidade da amostra (Figura 4).
- Colocar o material da ectocérvice na lâmina (Figuras 6 e 7 e Quadro 1).



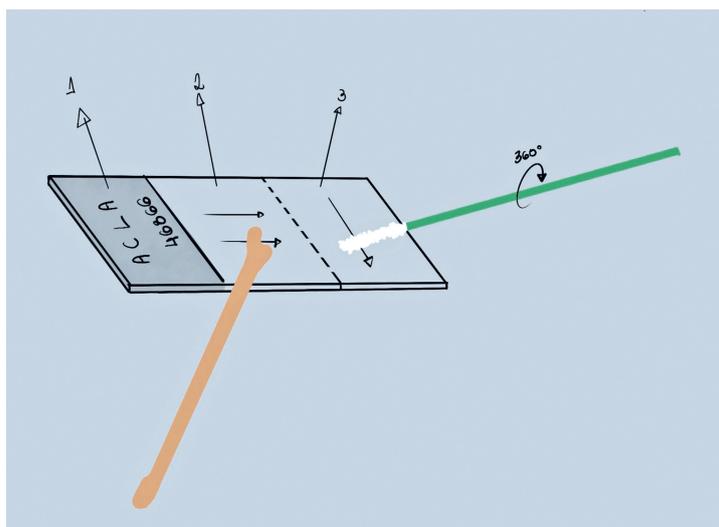
Fonte: elaborada pelos autores.
Figura 4. Coleta de material da ectocérvice.

Endocérvice:

- Usar escova endocervical.
- Introduzir a escova no orifício do colo do útero.
- Fazer movimento giratório suave de 360°, em torno de todo o orifício do colo do útero (Figura 5).
- Repetir esse movimento giratório para um lado e para o outro (sentido horário e anti-horário), com movimento suave para não sangrar.
- Colocar o material da endocérvice na lâmina e (Figuras 6 e 7 e Quadro 1).



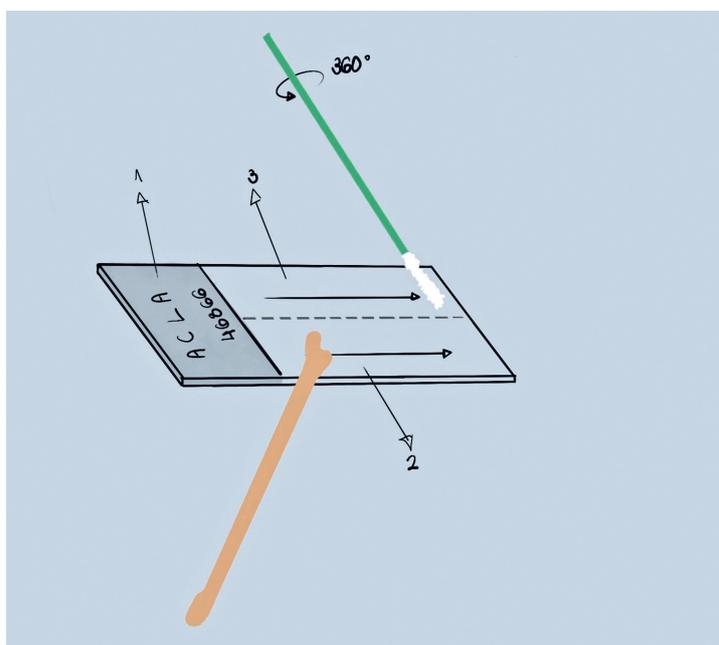
Fonte: elaborada pelos autores.
Figura 5. Coleta de material da endocérvice.



Fonte: elaborada pelos autores.

Figura 6. Opção 1 de colocação do material coletado da ectocérvice e da endocérvice na lâmina, conforme Quadro 1.

- (1) Parte fosca da lâmina identificada com as iniciais do nome e número do frasco. (2) Sentido de colocação do material coletado da ectocérvice com a espátula de Ayre. (3) Sentido de colocação do material coletado da endocérvice com a escovinha.



Fonte: elaborada pelos autores.

Figura 7. Opção 2 de colocação do material coletado da ectocérvice e da endocérvice na lâmina, conforme Quadro 1.

- (1) Parte fosca da lâmina identificada com as iniciais do nome e número do frasco. (2) Sentido de colocação do material coletado da ectocérvice com a espátula de Ayre. (3) Sentido de colocação do material coletado da endocérvice com a escovinha.

Quadro 1. Formas de colocar o material coletado da ectocérvice e da endocérvice na lâmina identificada para envio ao laboratório de Citopatologia.

Formas de colocar o material coletado na lâmina	Material coletado	
	Com espátula de Ayre (ectocérvice)	Com escova endocervical (endocérvice)
Opção 1 (Figura 4)	Colocar em uma única direção (único sentido) na metade superior da lâmina, adjacente à parte fosca identificada na lâmina	Colocar na metade inferior da lâmina, em uma única direção (único sentido) adjacente à parte já colocada com a espátula de Ayre
Opção 2 (Figura 5)	Colocar a partir da parte fosca, no sentido longitudinal, na metade inferior da lâmina, em uma única direção em toda a extensão da lâmina	Colocar a partir da parte fosca, no sentido longitudinal, na metade superior da lâmina, em uma única direção (único sentido), em toda a extensão, acima da metade inferior já colocada com a espátula de Ayre

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota: Imediatamente após a coleta, a lâmina deve ser emergida no frasco com álcool **ou** utilizar fixador *spray* na lâmina, conforme a disponibilidade do serviço.

Fixação do material coletado para envio ao laboratório de citopatologia

O citopatologista dá resposta no laudo do exame, de acordo com a qualidade do material que recebe. A coleta adequada para o exame citopatológico é tão importante quanto a fixação desse material para análise do citopatologista.

A substância fixadora reage com o material coletado, preservando a estrutura. O líquido fixador adequado é o álcool a 96%, mas o álcool a 70% também pode ser utilizado. Após a coleta do material e a disposição na lâmina de vidro devidamente identificada (Figuras 6 e 7 e Quadro 1), essa lâmina deve ser imediatamente colocada em frasco próprio, contendo álcool em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície da lâmina, exceto a parte fosca, onde foi escrita a identificação. A imersão em álcool precisa durar, no mínimo, 20 minutos, para que ocorra a fixação adequada do esfregaço (material coletado). Se forem observadas essas orientações, esse esfregaço pode permanecer dias ou até semanas, mantendo boas condições para análise. No entanto, recomenda-se que o material seja encaminhado ao laboratório o mais rapidamente possível. Também é importante observar que o frasco contém ranhuras, que prendem a lâmina para evitar a quebra. A tampa deve proporcionar vedação completa para não derramar o fixador. Antes da coleta, os frascos devem ser guardados em local protegido do sol, porque o álcool é uma substância volátil, que evapora facilmente.³³

Se o procedimento for realizado corretamente e houver a necessidade de transportar o frasco sem álcool, a lâmina, tendo ficado 20 minutos embebida no álcool, pode ser mantida acondicionada no frasco, presa nas ranhuras, e enviada dentro do frasco sem álcool para o laboratório. No entanto, o melhor é transportá-la dentro do frasco com álcool.

Outra possibilidade, dependendo da disponibilidade do serviço, é usar o *spray* fixador. Quando da utilização do *spray* para fixar o material coletado, deve-se ter uma distância de, aproximadamente, 20 cm da lâmina, para que o excesso do produto não danifique o material coletado. Dessa forma, o material seguirá de forma adequada para a análise pelo citopatologista.

Transporte do material coletado para envio ao laboratório de citopatologia

Os frascos de citologia devem ser enviados ao laboratório em caixas identificadas e exclusivas para transporte de material biológico, laváveis e impermeáveis. Eles devem ser mantidos em pé, para evitar o vazamento do álcool. Podem ser utilizados suportes para colocação dos frascos ou agrupá-los em, no máximo, dez unidades presos com elásticos. Esses procedimentos evitam o vazamento do álcool e a quebra das lâminas. As folhas de requisição dos exames devem ser enviadas separadamente fora da caixa onde estão os frascos, evitando danificá-las, mas, se forem enviadas dentro da caixa com as lâminas, deve-se colocá-las protegidas, em saco ou envelope de plástico.³³

Teste de Schiller ou ácido acético

Após a coleta do material para o exame citopatológico do colo do útero, pode-se limpar o colo do útero e vagina com algodão ou gaze embebida com soro fisiológico ou com ácido acético a 2%. Observa-se o aspecto da mucosa, e, se a pessoa não tiver alergia ao iodo, faz-se o teste de Schiller, utilizando-se a solução de Schiller que contém iodo.

Teste de Schiller: as células do colo do útero e da vagina são ricas em glicogênio. O iodo consegue penetrar em tecidos ricos em glicogênio. Com isso, a mucosa da vagina e do colo do útero coram-se de marrom escuro (cor do iodo). As células alteradas (pré-malignas ou malignas) são pobres em glicogênio e, por isso, não se coram com o iodo, mantendo-se claras, geralmente com coloração amarelada, sendo facilmente distinguíveis do restante do tecido saudável, que permanece corado de marrom escuro (Quadro 2).²⁵

Quadro 2. Conduta de acordo com o resultado do teste de Schiller no colo do útero.

Teste de Schiller negativo	Teste de Schiller positivo
Ocorre quando todo o colo do útero se cora de marrom escuro com a solução de Schiller (área de iodo positiva), evidenciando a presença de tecido rico em glicogênio e, portanto, saudável Conduta: manter seguimento de rotina, conforme resultado da citologia	Ocorre quando alguma área do colo do útero não se cora de marrom escuro com a solução de Schiller (área de iodo negativa), sugerindo a presença de células alteradas (atípicas/ displásicas) Conduta: se teste de Schiller positivo e/ou grandes ectopias com mucorreia, existe indicação de avaliação na AAE

Fonte: adaptado de Prefeitura de Belo Horizonte, p. 18.²⁵

Existe variação na coloração do colo do útero com a solução de Schiller nas mulheres com hipoestrogenismo da menopausa/pós-menopausa e nos homens transgênero em terapia hormonal com testosterona (ver conduta específica para essa situação no item "Recomendação prévia a coleta do exame citopatológico do colo do útero").

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

Teste do ácido acético: o ácido acético atua desidratando as células de forma heterogênea, sendo seu efeito fugaz e mais pronunciado nas células alteradas (atípicas/displásicas). No epitélio alterado, quanto mais se espera observando e aplica-se o ácido acético, a alteração no epitélio fica mais visível, porque o reativo atinge as camadas cada vez mais profundas do epitélio doente (alterado).³⁵

Rastreamento de acordo com a situação clínica na população-alvo

O rastreamento com o exame citopatológico para as mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero deve ser iniciado, preferencialmente, em pessoas com 25 anos que já tiveram atividade sexual e continuar até 64 anos de idade.^{3,10} Os dois primeiros exames citopatológicos devem ser coletados com intervalo de 1 ano entre eles e, se ambos negativos, o seguimento deve acontecer a cada 3 anos.³ O Quadro 3 mostra as recomendações para a coleta do exame citopatológico, de acordo com a situação clínica da pessoa.

Quadro 3. Recomendação para coleta do exame citopatológico, de acordo com a situação clínica.

Situação clínica	Recomendação para a coleta do exame citopatológico
Gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir as recomendações de periodicidade para coleta e faixa etária, como para as mulheres em geral • Considerar a oportunidade para coleta quando a gestante procurar o serviço de saúde para o pré-natal • Avaliar se há necessidade da coleta com escova endocervical quando a JEC estiver exteriorizada na ectocérvice (considerar apenas o uso da espátula de Ayre para coleta nessa situação) • Usar a escova endocervical não aumenta o risco para a gestação, se a coleta for realizada da forma correta
Mulheres na pós-menopausa	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir as recomendações de periodicidade para coleta e faixa etária como para as mulheres em geral • Avaliar indicação de estrogenizar previamente à realização da coleta (ver item "Recomendação prévia a coleta do exame citopatológico do colo do útero")
Mulheres hysterectomizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Não realizar a coleta quando hysterectomia total por lesão benigna, sem história prévia ou diagnóstico de tratamento de lesão de alto grau no colo do útero e exames citopatológicos anteriores normais • Realizar a coleta quando hysterectomia total por lesão precursora do câncer do colo do útero • Mulheres com história de NIC II/III com margens livres: realizar coleta de exame citopatológico em 6 e 12 meses. Se ambos os exames forem negativos, manter rastreamento citológico a cada 3 anos, independentemente da idade • Mulheres com história de NIC II/III com margens comprometidas ou sem informação: seguimento na AAE
Imunossuprimidas	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar coleta após início da atividade sexual com intervalo semestral no primeiro ano e, se resultado do exame normal, manter coleta anual, enquanto perdurar a imunossupressão • Pessoas HIV-positivo, com CD4+ < 200 células/mm³, manter coleta semestral até melhora dos níveis de CD4+ (a prevalência do HPV é alta, sendo mais frequente a ocorrência de lesões multicêntricas em vulva, vagina e região perianal)
Pessoas com colo do útero e homem transgênero sem história de atividade sexual com penetração vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Não deve ser realizada de rotina • Se condilomatose na genitália externa (vulva e região perianal) é indicativo da necessidade de realização do exame do colo do útero com o devido cuidado, respeitando a vontade da pessoa
Homem transgênero não hysterectomizado	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir as recomendações de periodicidade para coleta e faixa etária como para as mulheres em geral (população cisgênero), até que seja realizada a hysterectomia • Avaliar a possibilidade de estrogenizar quando em uso de terapia hormonal com testosterona (ver item "Recomendação prévia a coleta do exame citopatológico do colo do útero") • Evitar qualquer situação que possa exacerbar a disforia e conflito emocional entre a autopercepção e a anatomia

Fonte: Inca,³ Florido e Elian,¹⁶ Prefeitura de Belo Horizonte,²⁵ Araújo e Campos,³⁴ Hunter et al.³⁶ Araújo et al.³⁷
 JEC: Junção Escamocolunar; NIC: neoplasia intraepitelial cervical; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; HPV: Papilomavírus Humano.

Recomendação para conduta com base no resultado do exame citopatológico

O profissional da saúde necessita saber avaliar o laudo do exame citopatológico, para que a conduta no seguimento seja adequada, com base no resultado normal ou alterado (Quadro 4 e Figura 3).

Quadro 4. Recomendações para o manejo quanto à adequabilidade da amostra e aos resultados normais no exame citopatológico.

Resultado do exame citopatológico	O que fazer	Recomendações
Amostra insatisfatória	Repetir a coleta, se possível, na primeira oportunidade que a paciente comparecer ao serviço	Optar por repetir a coleta em 6 a 12 semanas, se houver necessidade de tempo para corrigir o motivo do resultado insatisfatório
Esfregaço normal somente com células escamosas	Repetir a coleta com intervalo de 1 ano	Usar espátula de Ayre e escova endocervical, quando possível, para garantir a presença de amostra da endocérvice Lembrar que, em mulheres com histerectomia total, o material da cúpula vaginal, quando necessário coletar, não apresentará, em condições normais, células do canal endocervical
Amostra satisfatória	Seguir rotina de rastreamento com exame citopatológico	Estrogenizar se o exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia com inflamação (ver item "Recomendação prévia a coleta do exame citopatológico do colo do útero") Mencionar no formulário do exame citopatológico, se houver tratamento radioterápico prévio
Dentro dos limites da normalidade no material examinado		
Metaplasia escamosa imatura		
Reparação		
Atrofia com inflamação		
Indicando radiação		
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)	Seguir rotina de rastreamento com exame citopatológico	Tratar corrimento vaginal, se houver queixa clínica
Achados microbiológicos: <i>Lactobacillus sp</i> , cocos, bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>), <i>Candida sp</i>		
Achados microbiológicos: <i>Chlamydia sp</i> , efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes, <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Actinomyces sp</i>	Seguir rotina de rastreamento com exame citopatológico	Tratar especificamente, se necessário, a mulher e o parceiro, de acordo com a avaliação médica, diante da impossibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microrganismos Rastrear por meio de teste rápido para outras IST
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	Seguir rotina de rastreamento com exame citopatológico	Descartar a possibilidade de a coleta ter sido feita próxima ao período menstrual Avaliar a cavidade endometrial por meio da histeroscopia diagnóstica em mulheres na pós-menopausa Avaliar a espessura endometrial por meio da ultrassonografia transvaginal, na dificuldade de acesso a histeroscopia

Fonte: adaptado de Prefeitura de Belo Horizonte, p. 24-26,²⁵ e Brasil, p.182-184,²⁶
IST: Infecção Sexualmente Transmissível.

Fluxo de atendimento na Atenção Primária à Saúde

Na organização da APS, para facilitar ao máximo o acesso das pessoas, deve-se, na rotina do serviço, organizar agenda de demanda espontânea, encaixe ou espaço de acolhimento, de forma que mulheres sintomáticas possam ser atendidas sem necessidade de agendamento prévio. Dentro dessa organização, deve-se facilitar o acesso ao exame citopatológico do colo do útero para aquelas mulheres que aparecem no serviço pontualmente por outras demandas, mas que não estão em dia com o exame citopatológico (rastreamento oportunista), até que a equipe consiga se organizar e a comunidade possa aderir ao rastreamento organizado pelo menos na área de abrangência da eSF. Com essa capilaridade no acesso, almeja-se facilitar que mulheres se sintam mais acolhidas, tornando-as mais receptivas e corresponsáveis com as propostas do serviço de saúde no rastreamento do câncer do colo do útero. A Figura 3 apresenta o fluxo de atenção pela equipe da APS considerando a Rede de Atenção: Saúde da Mulher.

Em geral, as mulheres comparecem na Unidade Básica de Saúde (UBS) devido à agenda programada, por procura espontânea por queixas relacionadas ao aparelho genitourinário, pelo encaminhamento de outra clínica e/ou estabelecimento de saúde ou por resultado da ação dos ACS.

O profissional precisa estar apto para fazer escuta ativa da usuária, avaliando suas necessidades no contexto do cuidado integral, e identificar a queixa principal. No que se refere ao rastreamento do câncer do colo do útero, deve-se priorizar atendimento das mulheres com exame citopatológico alterado.

O atendimento da mulher deve ser integral, com anamnese detalhada, obtendo-se informações acerca da idade, fatores de risco, história familiar, história patológica pregressa, uso de medicamentos, alergias e história social. O exame físico deve ser completo para além da genitália. As mamas devem ser examinadas, com solicitação de mamografia, quando necessário, além de ser feito o acompanhamento de outras eventuais condições clínicas, como IST, hipertensão arterial, diabetes e outras.

O público-alvo para a APS são as mulheres ou qualquer pessoa que tenha colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e que tenham tido atividade sexual com penetração vaginal. Essas pessoas devem ser seguidas na APS durante todo o período de exames de rastreamento, se o exame do colo do útero e o exame citopatológico do colo do útero forem normais. No caso de alteração no exame citopatológico do colo do útero, como células atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), o exame citopatológico deve ser repetido, conforme a faixa etária, e, se a alteração persistir, a paciente deve ser encaminhada para a AAE.

Para o primeiro resultado do exame citopatológico de ASC-US, se:

- < 25 anos, repetir o exame em 3 anos ou quando completar 25 anos.
- 25 a 29 anos, repetir o exame em 12 meses.
- ≥ 30 anos, repetir o exame em 6 meses.
- Para o primeiro resultado do exame citopatológico LSIL, se:
 - < 25 anos, repetir o exame em 3 anos ou quando completar 25 anos.
 - ≥ 25 anos, repetir o exame em 6 meses.

Resultados do primeiro exame citopatológico do colo do útero, como células escamosas atípicas de significado indeterminado que não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H), células glandulares atípicas (AGC), células atípicas de origem indefinida (AOI), lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) e carcinoma *in situ*, devem ser encaminhadas para o AAE. Os resultados citopatológicos de adenocarcinoma *in situ* (AIS), carcinoma epidermoide invasor e carcinoma invasor podem ser encaminhados diretamente para o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/ Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon/Unacon).

Mulheres com exame alterado deverão ter prioridade no atendimento e no acompanhamento.

Sempre que houver situação de prioridade referente a propedêutica do colo do útero ou em outra situação clínica, o profissional deve registrá-la de forma clara no formulário de compartilhamento do cuidado e fazer contato prévio com a equipe especializada.

A eventual necessidade de exames complementares não deve atrasar o compartilhamento do cuidado com a AAE nos casos indicados por diretrizes clínicas para o rastreamento do câncer do colo do útero. A solicitação de exames e o compartilhamento do cuidado podem ser feitos em concomitância, o que não impede o atendimento na AAE.

Para resultados alterados, conforme Figura 3, é recomendado o agendamento no Cacon/Unacon. Nesse caso, o compartilhamento do cuidado para outro ponto de atenção não exclui a necessidade do acompanhamento da mulher pela eSF e nem o monitoramento pela AAE seja qual for a condição clínica demandante.

Organização do cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada

Algumas mulheres podem ser identificadas em situações que necessitem de AAE devido a riscos relacionados à situação clínica ou a fatores de risco associados, como, por exemplo, alterações no exame citopatológico, que podem estar associadas com a infecção pelo HPV de alto risco.

O HPV é o vírus de transmissão sexual que mais infecta o trato genital inferior, e sua ligação com os cânceres que envolvem o trato anogenital é bem estabelecida.³⁸ A literatura mostra que existem aproximadamente 40 tipos de HPV que infectam o trato genital inferior (área anogenital).^{20,38-40} Os tipos do HPV são separados com base na associação com o risco de desenvolver o câncer do colo do útero. De acordo com o potencial oncogênico, considerando variações entre autores, são classificados em tipos de HPV de alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68) e tipos de HPV de baixo risco (6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81).^{20,38,40}

Os tipos de HPV de alto risco estão associados com o aparecimento de lesões no colo do útero e risco de câncer, sendo o HPV 16 e o HPV 18 os mais prevalentes. O HPV 16 é o mais prevalente nas lesões intraepiteliais escamosas, sendo mais comumente encontrado nas NIC grau III (HSIL) do que nas NIC I (LSIL). O HPV 18 é o mais prevalente nas lesões glandulares.⁴¹

Atualmente, existe protocolo estrangeiro, que tem a recomendação e/ou tendência de seguimento das pacientes com teste de biologia molecular para o HPV como parâmetro para o tempo de coleta do exame citopatológico ou ainda o coteste (teste de biologia molecular + exame citopatológico).⁴¹

No caso do homem transgênero com dificuldade de se submeter ao rastreamento com exame citopatológico, tem-se sugerido, como alternativa, a autocoleta com *swab* vaginal, para a realização do teste de biologia molecular para o HPV. Com essa proposta alternativa de autocoleta para o HPV, se o teste for positivo para os tipos 16 e 18, tem-se sugerido a colposcopia. Se o teste HPV for positivo para outros tipos, tem-se sugerido manter o rastreamento com exame citopatológico do colo do útero.¹⁴ No nosso meio, ainda não dispomos de protocolos com essa abordagem para nenhuma pessoa que tenha colo do útero.

No Brasil, ainda não existe a recomendação formal em protocolos do Ministério da Saúde de solicitação de teste de biologia molecular para o diagnóstico do HPV no rastreamento do câncer do colo do útero, mas a literatura mostra que o anatomopatológico LSIL (NIC I) é a manifestação histológica da infecção pelo HPV e que essas lesões podem estar associadas com a infecção pelo HPV oncogênico, com o HPV não oncogênico, com infecções persistente com um tipo de HPV ou com infecções com múltiplos tipos de HPV.^{37,41} Para essas LSIL, atualmente, existe a recomendação nos protocolos internacionais de seguimento, porque essas lesões tendem a clarear (desaparecer) espontaneamente, sem tratamento, porque o percentual de mulheres com potencial de a LSIL evoluir para HSIL e câncer, dependendo de onde foi realizado o estudo e dos critérios utilizados, pode variar de 0,5 a 13%.⁴² No entanto, quando há persistência dessa LSIL por mais de 2 anos, confirmada pela colposcopia e pela biópsia (anatomopatológico), dependendo da avaliação médica e do desejo da paciente, o profissional pode optar por tratar.

Isto reforça, em nosso meio, a necessidade da periodicidade do rastreamento do câncer do colo do útero na população-alvo com o exame citopatológico do colo do útero.

O público-alvo da AAE são as mulheres ou qualquer pessoa que tenha colo do útero com exame citopatológico do colo do útero alterado, como dois exames alterados com resultado ASC-US ou LSIL; um exame alterado ASC-H ou AGC ou AOI ou HSIL sem microinvasão (NIC II/III). Deverão ser encaminhadas diretamente para o Cacon/Unacon as mulheres que apresentarem um resultado citopatológico de HSIL (NIC III/carcinoma *in situ*) e para quem não se podem excluir microinvasão, carcinoma invasor, AIS e carcinoma invasor.

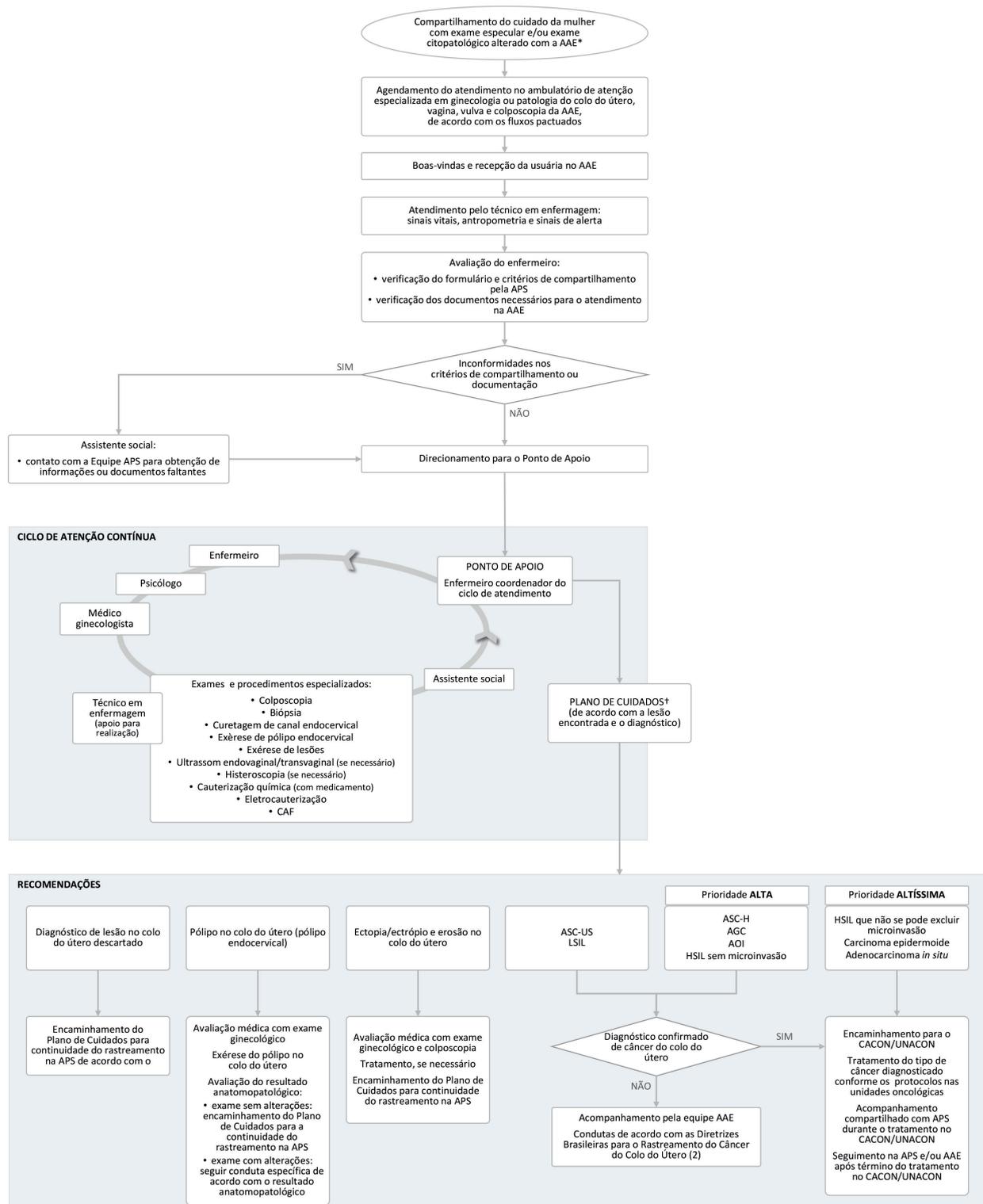
As mulheres em tratamento e/ou seguimento na AAE devem continuar concomitantemente o acompanhamento longitudinal na APS, para monitoramento do plano de cuidado, apoio familiar e vigilância, em caso de situação de alerta.

O atendimento no ambulatório de AAE deve ser realizado por médico ginecologista com treinamento em patologia do colo do útero/vulva/vagina/colposcopia, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo e assistente social.

A função assistencial é desenvolvida de forma contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais para avaliação clínica pelos profissionais, exames diagnósticos e procedimentos complementares, prescrição de condutas e recomendações que fazem parte do plano de cuidado.

Fluxo de atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada

A Figura 8 apresenta o fluxo de atenção à mulher pela equipe da AAE.



Fonte: elaborada pelos autores.

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; APS: Atenção Primária à Saúde; CAF: cirurgia de alta frequência;
 ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas;
 LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; ASC-H: células escamosas atípicas de significado indeterminado que não se pode afastar lesão de alto grau; AGC: células glandulares atípicas; AOI: células atípicas de origem indefinida;
 HSIL: lesão intraepitelial escamosa de alto grau; Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;
 Unacon: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

Figura 8. Fluxo de atenção ao câncer do colo do útero na Atenção Ambulatorial Especializada. * Informações que devem ser compartilhadas: informações gerais para cadastro da pessoa usuária, que deverão ser confirmadas em todos os agendamentos (Anexo 1); *checklist* para agendamento dos atendimentos na Atenção Ambulatorial Especializada (Anexo 2); formulário de compartilhamento do cuidado (Anexo 3). † Plano de cuidados da Atenção Ambulatorial Especializada para a Atenção Primária à Saúde (Anexo 4).

O atendimento na AAE deve ter como premissa o compartilhamento do cuidado com a eSF da APS.

No ambulatório, a recepção da usuária inicia-se com orientações sobre o ciclo de atendimento e funcionamento da AAE. Após, a usuária deve ser direcionada para a verificação dos formulários, os critérios de compartilhamento e os documentos necessários para o atendimento (resultados de exames, laudos, prescrições e outros).

Quando há suspeita de câncer do colo do útero, o primeiro ciclo de atendimento é de prioridade altíssima, com o objetivo de esclarecimento diagnóstico e tratamento precoce.

Todos os profissionais da equipe devem cumprir com seu papel dentro desse ciclo de atenção contínua, para que a usuária tenha um plano de cuidado adequado às suas necessidades, sem atrasos no diagnóstico e/ou tratamento.

A enfermagem deve fazer o gerenciamento do cuidado, com auxílio dos técnicos de enfermagem. O profissional da psicologia e o profissional assistente social devem avaliar a capacidade de autocuidado e apoio familiar, além de apoiar a usuária. O médico ginecologista, após anamnese, determina a propedêutica necessária para o esclarecimento do diagnóstico, tratamento e encaminhamentos, de acordo com a necessidade para a usuária.

Todos os profissionais participam da gestão do cuidado nesse ciclo de atenção contínua durante todo o tempo que a usuária necessitar. Isso é importante para garantir que as solicitações médicas, os encaminhamentos para outras especialidades, a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a realização de exames complementares ou o retorno para a APS após a alta médica da AAE seja com êxito e acompanhamento, apoiado no cuidado contínuo.

Por essas razões, o ambulatório deve manter o registro completo das usuárias, preferencialmente eletrônico, de fácil acesso, com informações atualizadas dos contatos e dos atendimentos realizados.

As usuárias, após tratamento concluído de lesões benignas no colo do útero, se for o caso, e com diagnóstico de lesão e/ou câncer no colo do útero descartado devem ser encaminhadas para a APS com o plano de cuidado, garantindo a continuidade no rastreamento do câncer do colo do útero na APS, conforme as diretrizes vigentes.

As usuárias com lesões ASC-US, ASC-H, AGC, AOI, LSIL, HSIL sem microinvasão e câncer devem ser seguidas e/ou tratadas conforme a necessidade, seguindo a condutas recomendadas e apresentadas nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.³

As usuárias que estiverem sob cuidados no Cacon/Unacon devem manter o atendimento na AAE de forma compartilhada. Após a alta do Cacon/Unacon, devem ser acompanhadas pelo ginecologista na AAE, com a equipe multiprofissional, com periodicidade definida conforme a situação clínica, pelo tempo que o profissional julgar necessário e de acordo com as diretrizes e/ou parâmetros técnicos do Ministério da Saúde.^{3,44}

PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

O MACC define claramente o ponto de partida para a organização dos serviços de uma rede de atenção – conhecer a população e sua necessidade de saúde – e lança o desafio para responder plenamente a essa necessidade, o que requer planejar não somente “o que” fazer, mas também o “quanto” fazer.

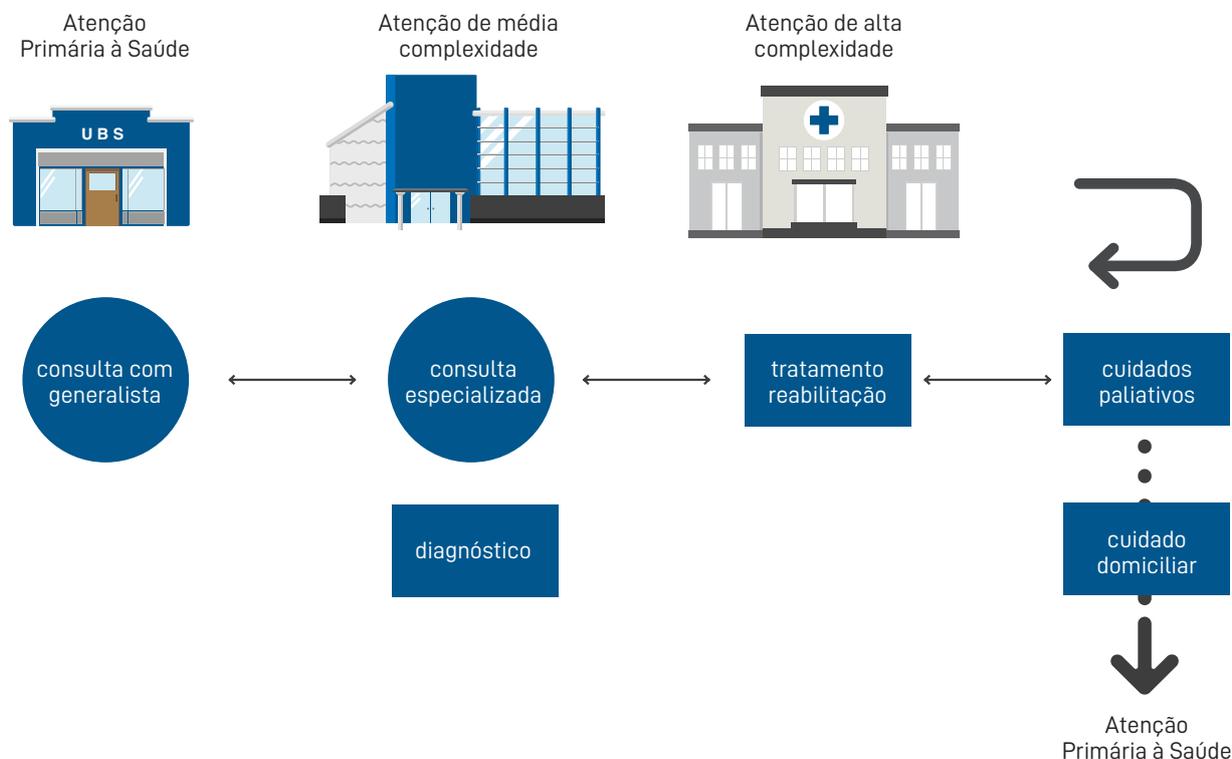


Figura 9. Pontos de atenção a serem considerados para programação do cuidado.

Fonte: Brasil.¹⁰

UBS: Unidade Básica de Saúde.

A programação da Atenção à Saúde é uma ferramenta de gestão que permite o dimensionamento da população com uma determinada condição crônica, de sua necessidade de saúde e da capacidade operacional de resposta dos serviços da rede de atenção, a partir de parâmetros demográficos, epidemiológicos e assistenciais, como os indicados por estudo do Inca baseado nos dados de procedimentos registrados no Sistema de Informação do Câncer do Colo (Siscolo) no período de 2011 a 2013.⁴⁴

Na atenção ao câncer do colo do útero, a população-alvo é dimensionada a partir de parâmetros demográficos: mulheres com idade entre 25 e 64 anos, residentes no território de abrangência (unidade de saúde, município ou região de saúde), cadastradas e vinculadas às equipes da APS. Sua necessidade de saúde é expressada inicialmente como necessidade de rastreamento de lesões no colo do útero, por meio de exames citopatológicos realizados a cada 3 anos, a partir do protocolo inicial (dois primeiros exames sem alteração, com intervalo de 1 ano). O resultado do exame indicará a situação de saúde e possíveis novas necessidades: exames sem alteração indicam continuidade do rastreamento a cada 3 anos e exames com alteração (lesões de baixo grau, inespecíficas ou alto grau), investigação e tratamento.

Os parâmetros indicados pelo Inca e resumidos no Quadro 5 permitem dimensionar os procedimentos que deverão ser disponibilizados para organizar o rastreamento e seguimento da população-alvo cadastrada.

Quadro 5. Parâmetros para programação das ações de rastreamento e seguimento do câncer do colo do útero em mulheres entre 25 e 64 anos.

Procedimento	Parâmetro* (%)
Exame citopatológico de rastreamento†	39,80
Exame citopatológico de repetição‡	4,30
Colposcopia	1,90
Biópsia do colo do útero	0,28
Excisão tipo 1 do colo do útero	0,24
Excisão tipo 2 do colo do útero	0,04
Excisão tipo 3 do colo do útero	0,24
Exame anatomopatológico do colo do útero – biópsia	0,28
Exame anatomopatológico do colo do útero – peça cirúrgica	0,51
Transferência para centro especializado	0,04

Fonte: Brasil.⁴⁴

* Parâmetros para programação anual; † inclui as mulheres que realizam o rastreamento inicial com intervalo anual, o rastreamento sequencial, a cada 3 anos, e a repetição de exames com resultado insatisfatório; ‡ exames de repetição, avaliação de canal endocervical e seguimento.

São parâmetros assistenciais (procedimentos realizados), mas que indicam situações clínicas identificadas na evolução natural do câncer do colo do útero, correspondendo a mulheres que necessitam de acompanhamento.

A programação da APS se completa dimensionando o número de atendimentos de profissionais e o quantitativo de insumos necessários para a realização dos exames citopatológicos estimados para o rastreamento. O parâmetro de necessidade do procedimento de colposcopia indica, de maneira aproximativa, o número de mulheres que terá o cuidado compartilhado pela equipe da APS com a equipe especializada, responsável pela investigação sequencial das mulheres com alteração no exame citopatológico de rastreamento. A partir dessa demanda inicial, a programação da AAE também se complementa com o dimensionamento de atendimentos e insumos necessários para realizar a investigação de lesões identificadas no exame citopatológico do rastreamento.

Para os municípios com processos qualificados de assistência, registro e monitoramento, é possível estudar e incorporar progressivamente parâmetros relacionados às condições gerais de vida, vulnerabilidades, comportamentos de risco ou utilização da saúde suplementar, bem como parâmetros relacionados à adesão, capacidade de autocuidado, aspectos psíquicos e emocionais ou repercussão da doença nas várias dimensões da vida da mulher, aprimorando ainda mais a capacidade de resposta da equipe de saúde.

RESUMO DAS INTERVENÇÕES DE VIGILÂNCIA E CUIDADO

O Quadro 6 resume o conjunto de intervenções propostas para dar resposta às várias situações clínicas relacionadas ao câncer do colo do útero, de acordo com os níveis de atenção propostos pelo MACC.

Quadro 6. Intervenções para vigilância, detecção precoce e tratamento do câncer do colo do útero.

Nível 1 – População geral, potencialmente saudável Ações desenvolvidas pelas equipes da APS	
Situação	Intervenção
Ausência de fatores de risco ou condições estabelecidas	Ações de promoção da saúde
Nível 2 – População com fatores de risco Ações desenvolvidas pelas equipes da APS	
Situação	Intervenção
Mulheres com idade entre 25 e 64 anos que já tenham vida sexual ativa	Realizar exame citopatológico: 2 primeiros exames com intervalo anual; se negativos, continuar com intervalo a cada 3 anos até 64 anos de idade. Após essa idade, suspender a coleta se pelo menos 2 exames foram negativos nos últimos 5 anos
Mulheres em situação de vulnerabilidade: <ul style="list-style-type: none"> Baixa escolaridade Condições desfavoráveis de habitação e renda Desemprego ou condições de trabalho desfavoráveis Insuficiência sociofamiliar Violência doméstica Situação conjugal insegura População de rua, quilombola, indígena Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais 	Ações intersetoriais voltadas para o alcance de melhores condições de vida Atenção especial e orientações de autocuidado e uso de preservativos
Mulheres com critérios para imunização contra o HPV:	
Meninas de 9-14 anos	Vacina quadrivalente contra HPV: 2 doses, 0 e 6 meses ²¹
Mulheres até 45 anos, com imunossupressão, vivendo com HIV/AIDS, transplantadas e portadoras de cânceres	Vacina contra HPV: 3 doses, com intervalo 0, 2 e 6 meses ²²
Mulheres com atividade sexual precoce, relações sexuais sem uso de preservativo, múltiplos parceiros sexuais, parceria sexual com múltiplas parcerias, tabagismo e imunodeficiências	Ações educacionais que estimulem o uso de preservativos, promovam comportamentos e hábitos saudáveis de vida e higiene e fortaleçam a capacidade de autocuidado
Mulheres com situações clínicas específicas:	
Mulheres gestantes	Não há contraindicações para o exame citopatológico; seguir a rotina normal do rastreamento
Mulheres com idade < 25 anos com sintomas	Realizar exame citopatológico: Exame alterado: seguir conduta específica Exame normal: rastrear a partir de 25 anos
Mulheres com idade > 64 anos sem relato de exame preventivo anterior	Realizar 2 exames citopatológicos com intervalo de 1 a 3 anos: Se ambos forem normais, suspender exames adicionais Se houver alteração em um dos exames, seguir conduta específica
Mulheres com idade entre 25 e 64 anos em uso de imunossupressores pós-transplante, uso de corticosteroide ou quimioterapia	Realizar exame citopatológico com intervalos semestrais no primeiro ano Se ambos forem normais, manter seguimento anual enquanto mantiver o fator de imunossupressão Se houver alteração em um dos exames, seguir conduta específica
Mulheres com idade entre 25 e 64 anos HIV-positivo, com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm ³	Realizar exame citopatológico com intervalos semestrais até correção do CD4+. Após, manter exames anuais
Homem transgênero	Coletar exame citopatológico conforme faixa etária para as mulheres em geral naqueles que não se submeteram a histerectomia

Nível 3 – Condição crônica de saúde instalada Ações desenvolvidas pelas equipes da APS	
Situação	Intervenção
Mulheres com alterações no exame citopatológico:	
ASC-US	Repetir o exame citopatológico de acordo com a faixa etária: <ul style="list-style-type: none"> • < 25 anos: 3 anos ou quando completar 25 anos • 25 a 29 anos: 12 meses • ≥ 30 anos: 6 meses Após dois exames consecutivos normais, continuar o rastreamento de 3/3 anos. Se segundo exame com alteração, compartilhar o cuidado com a equipe especializada
LSIL	Repetir o exame citopatológico de acordo com a faixa etária: <ul style="list-style-type: none"> • < 25 anos: 3 anos ou quando completar 25 anos • ≥ 25 anos: 6 meses Após 2 exames consecutivos normais, continuar o rastreamento a cada 3 anos. Se segundo exame com alteração, compartilhar o cuidado com a equipe especializada
Mulheres pós-menopausa com ASC-US ou LSIL	Repetir a coleta do exame citopatológico após uso de estriol ou estrogênio conjugado natural, creme vaginal por 21 dias, suspender 5 a 7 dias antes da coleta
ASC-H AGC AOI HSIL sem microinvasão	Compartilhamento do cuidado com a equipe especializada
Mulheres com lesão macroscópica	Compartilhamento do cuidado com a equipe especializada
HSIL que não se pode excluir microinvasão Carcinoma epidermoide invasor AIS Carcinoma invasor	Compartilhamento do cuidado diretamente com o Cacon/Unacon
Nível 4 – Condição crônica de saúde instalada Ações desenvolvidas de maneira compartilhada pelas equipes da APS e especializada	
Situação	Intervenção
Mulheres com lesão macroscópica	Propedêutica e tratamento conforme a lesão diagnosticada
Mulheres com exame citopatológico alterado: ASC-H AGC AOI HSIL sem microinvasão	Conduta de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer no Colo do Útero (2016) Se diagnóstico de câncer confirmado após propedêutica, encaminhamento para o Cacon/ Unacon
Mulheres com exame citopatológico alterado: HSIL que não se pode excluir microinvasão Carcinoma epidermoide invasor AIS Carcinoma invasor	Encaminhamento para o Cacon/ Unacon. Tratamento do tipo de câncer diagnosticado conforme os protocolos nas unidades oncológicas
Pós-tratamento: mulheres com tratamento oncológico concluído	Seguimento compartilhado na APS e AAE de acordo com o plano de cuidados
Nível 5 – Condição crônica muito complexa Ações desenvolvidas de maneira compartilhada pelas equipes dos vários serviços da rede	
Situação	Intervenção
Mulheres em investigação ou tratamento de câncer no colo do útero, com uma ou mais das seguintes situações que caracterizam alta dependência de cuidado: múltiplas comorbidades; extensa polifarmácia; readmissões hospitalares frequentes e/ou graves e/ou prolongadas; incapacidade ou limitação funcional psíquica, física ou social graves; cuidado paliativo	Gestão de caso compartilhada pelas equipes da APS, AAE e Cacon/Unacon Investigação diagnóstica e tratamento como descrito nos níveis 3 e 4

Fonte: elaborado pelos autores.

APS: Atenção Primária à Saúde; HPV: papilomavírus humano; ASC-US: célula atípica de significado indeterminado possivelmente não neoplásica; LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; ASC-H: célula escamosa atípica de significado indeterminado que não se pode afastar lesão de alto grau; AGC: células glandulares atípicas; AOI: células atípicas origem indefinida; HSIL: lesão intraepitelial escamosa de alto grau; AIS: Adenocarcinoma *in situ*; Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Unacon: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Registro de atendimentos

Todos os atendimentos, exames e procedimentos devem ser devidamente registrados no prontuário clínico da usuária, por todos os profissionais responsáveis. Preferencialmente, as unidades devem dispor de um sistema de registro eletrônico, configurado em suas funcionalidades, de acordo com a lógica do MACC e que ofereça relatórios úteis para a gestão da saúde da população. Além disso, é importante dispor na equipe de profissionais habilitados a operar o sistema.

O registro coletivo é uma ferramenta de gestão utilizada para coletar dados sobre a saúde de um grupo populacional, com condição de saúde específica, atendido por uma equipe ao longo de um período. É elaborado a partir de dois eixos: uma lista de pessoas com determinada condição crônica e um conjunto de informações relacionadas a cadastro, estratificação de risco, processos de cuidado, marcadores clínicos e resultados de impacto.

As informações coletadas permitem o monitoramento das ações de cuidado e alimentam o painel de indicadores necessário para a gestão da condição de saúde.

Painel de indicadores

A gestão da saúde das mulheres pela equipe da APS ou pelo grupo de governança da RAS requer um painel de indicadores que possibilitem o monitoramento dos processos de cuidado e a avaliação dos resultados de impacto no estado de saúde.

O Quadro 7 reúne os principais indicadores do cuidado do câncer no colo do útero.

Quadro 7. Painel de indicadores da Rede de Atenção à Saúde no câncer do colo do útero.

Indicadores de processo
Cobertura e adesão às diretrizes técnicas nacionais
Cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária
Proporção de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária alvo
Proporção de exames citopatológicos do colo do útero sem citologia anterior
Proporção de exames citopatológicos do colo do útero com periodicidade trienal
Qualidade
Proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero
Proporção de municípios que apresentam amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero $\geq 5\%$
Proporção de exames com representatividade da zona de transformação em exames citopatológicos do colo do útero
Índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero
Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em ASC entre exames citopatológicos do colo do útero
Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em ASC entre exames citopatológicos do colo do útero alterados
Razão entre atipias de significado indeterminado em ASC e SIL do colo do útero
Proporção de resultados de HSIL entre exames citopatológicos do colo do útero
Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias
Diagnóstico e tratamento
Proporção de seguimento informado para mulheres com lesão intraepitelial de alto grau do colo do útero
Indicadores de resultado e de impacto
Taxa de incidência estimada de câncer do colo do útero
Razão entre a lesão de alto grau e carcinoma epidermoide invasivo em exames citopatológicos do colo do útero
Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero

Fonte: Brasil.⁴⁵

ASC: células escamosas; SIL: lesão intraepitelial escamosa; HSIL: lesão intraepitelial escamosa de alto grau.

1. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Conceito e magnitude. Brasília, DF: Inca; 2022 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>
2. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Estimativa 2020 – síntese de resultados e comentários. Brasília, DF: Inca; 2020 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>
3. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Brasília, DF: Inca; 2016 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>
4. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Brasil assume compromisso para erradicação do câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2076-brasil-assume-compromisso-para-erradicacao-do-cancer-de-colo-de-utero>
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Febrasgo integra campanha da OMS para erradicação do Câncer de Colo de Útero. São Paulo: Febrasgo; 2020 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1177-febrasgo-integra-campanha-da-oms-para-erradicacao-do-cancer-de-colo-de-utero>
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
7. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010 [citado 2023 Jun 26];15(5). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBygksFwc/abstract/?lang=pt>
8. Gusso G, Lopes JM, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher no rastreamento, diagnóstico e acompanhamento do câncer de mama. São Paulo; Ministério da Saúde; 2020 [citado 2023 Jun 26];15(5). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223376>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: Inca; 2021 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>
11. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Prevenção e Controle de Câncer. Sobre a BVS Prevenção e Controle de Câncer. BVS; 2021 [citado 2023 Jun 30]. Available from: <http://controlecancer.bvs.br/>
12. American Cancer Society. Cervical cancer risk factors. 2020 [cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2023 Jun 26]. Cadernos de Atenção Básica n. 13; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlado_canceres_colo_utero_2013.pdf
14. Florido LM, Elian EM. Desafios do rastreio de câncer de colo em homens transgêneros. Cadernos da Medicina – Unifeso. 2019 [citado 2023 Jun 26];2(3). Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1998>
15. São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2020 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transsexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf
16. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2007 [cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
17. Camargos AF, Melo VH. Ginecologia ambulatorial. 3a ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2016 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Ginecologia_Ambulatorial/56
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Uma política do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
19. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Fatores de risco. Brasília, DF: Inca; 2022 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/fatores-de-risco>
20. Fuessel Haws AL, He Q, Rady PL, Zhang L, Grady J, Hughes TK, et al. Nested PCR with the PGM09/11 and GP5(+)/6(+) primer sets improves detection of HPV DNA in cervical samples. J Virol Methods. 2004;122(1):87-93
21. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Quem pode ser vacinado contra o HPV? Brasília, DF: Inca; 2021 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/quem-pode-ser-vacinado-contra-o-hpv>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde amplia vacinação contra HPV para mulheres imunossuprimidas com até 45 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-amplia-vacinacao-contra-hpv-para-mulheres-imunossuprimidas-com-ate-45-anos>
23. Conselho Federal de Medicina (Cofen). Resolução COFEN Nº 381/2011. Brasília, DF: Cofen; 2011 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3812011_7447.html
24. Conselho Federal de Medicina (Cofen). Resolução COFEN Nº 385/2011. Brasília, DF: Cofen; 2011 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3852011_7934.html

25. Prefeitura de Belo Horizonte. Protocolo. Prevenção e controle do câncer do colo do útero. Edição Revisada e Atualizada 2021. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; 2021 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-prevencao-e-controle-do-cancer-do-colo-do-uterio_27-09-2021.pdf
26. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sívio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
28. Conselho Federal de Medicina (Cofen). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 – alterada pelas leis nºs 14.434/2022 e 14.602/2023. Brasília, DF: Cofen; 1986 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
29. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Prevenção e controle do câncer de colo do útero: protocolos de atenção à saúde da mulher. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2009 [citado 2023 Jul 5]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/cancercolo.pdf>
30. Beswick A, Corkum M, D'Souza D. Locally advanced cervical cancer in a transgender man. *CMAJ*. 2019;191(3):E76-8.
31. Potter J, Peitzmeier SM, Bernstein I, Reisner SL, Alizaga NM, Agénor M, et al. Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: a narrative review and guide for clinicians. *J Gen Intern Med*. 2015;30(12):1857-64.
32. Shires DA, Prieto L, Woodford MR, Jaffee KD, Stroumsa D. Gynecologic health care providers' willingness to provide routine care and papanicolaou tests for transmasculine individuals. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28(11):1487-1492.
33. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Guia. Coleta de exames citopatológicos. Rastreamento do câncer do colo uterino. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2022 [citado 2023 Jun 30]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/guia-coleta-de-exames-citopatologicos-2022.pdf>
34. Araújo AC, Campos RR. Rede de atenção: saúde da mulher. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2020 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Rede-atencao_saude-mulher_2020.pdf
35. Cartier R. Colposcopia Prática. 3a.ed.. São Paulo: Rocca; 1994.
36. Hunter MI, Monk BJ, Tewari KS. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: screening and management of preinvasive disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(1):3-9.
37. Araújo AC, Carvalho NO, Teixeira NC, Souza TT, Murta ÉD, Faria IM, et al. Incidence of cervical intraepithelial neoplasia in a cohort of HIV-infected women. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;117(3):211-6.
38. Palefsky JM. Virology of human papillomavirus infections and the link to cancer. UpToDate®. 2021 [cited 2022 Jun 26];1-11. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/virology-of-human-papillomavirus-infections-and-the-link-to-cancer?search=tipos de hpv§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H10&source=machineLearning&selectedTitle=2-150&display_rank=2#H458612261](https://www.uptodate.com/contents/virology-of-human-papillomavirus-infections-and-the-link-to-cancer?search=tipos%20de%20hpv§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H10&source=machineLearning&selectedTitle=2-150&display_rank=2#H458612261)
39. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999;189(1):12-9.
40. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al.; International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003;348(6):518-27.
41. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al.; 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis*. 2020;24(2):102-131. Erratum in: *J Low Genit Tract Dis*. 2020;24(4):427.
42. Wright JD. Cervical intraepithelial neoplasia: Management. UpToDate®. 2021 [cited 2022 Jun 26];1-23. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-management/print?search=CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA &source=search_result&selectedTitle=1-124&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-management/print?search=CERVICAL%20INTRAEPITHELIAL%20NEOPLASIA&source=search_result&selectedTitle=1-124&usage_type=default&display_rank=1)
43. Matos MA, Rubia PB. Anexo. Carteira de serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa1_aae_anexo4.pdf
44. Brasil. Ministério da Saúde. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/parametros-tecnicos-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>
45. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Inca; 2014 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/fichatecnicaindicadorescolo14.pdf>
46. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). PLANIFICASUS: guia para oficina tutorial. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2023 Jun 26]. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa2_aps_guia.pdf

Anexo 1. Informações gerais para o cadastro

Informações gerais para cadastro da pessoa usuária que deverão ser confirmadas em todos os agendamentos			
Nome			
Nome social			
Data de nascimento	Idade	Naturalidade	
Apresenta alguma necessidade especial			
Número do telefone			
Unidade de saúde/ eSF de origem			
Nome do ACS da microárea			
Linha de Cuidado			
Estratificação de risco/ critério de estratificação			
Primeiro atendimento ou subsequente na AAE ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____			

Fonte: SBIBAE.⁴⁷

eSF: equipe Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

**Anexo 2. Sugestão de checklist para agendamento dos atendimentos na Atenção Ambulatorial Especializada –
Linha do Cuidado: Saúde da Mulher – Câncer do Colo do Útero**

Checklist para agendamento dos atendimentos na AAE Saúde da mulher – Câncer do colo do útero		
Sim	Não	Item
		Formulário de compartilhamento do cuidado na APS para a AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de vacinação atualizado
		Prescrição das medicações em uso
		Se no período estiver sido internada, deverá apresentar sumário de alta hospitalar
		É obrigatória a presença de acompanhante maior de idade, caso a pessoa usuária apresente alguma deficiência física, intelectual, cognitiva, visual, auditiva e/ ou seja menor de idade
Sim	Não	Exame
		Citopatológico do colo do útero realizado nos últimos 6 meses

Fonte: adaptado de SBIBAE.⁴⁷

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; APS: Atenção Primária à Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde.

Anexo 3. Formulário para compartilhamento do cuidado.

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO
1º ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
LINHA DE CUIDADOS CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO

1 – INFORMAÇÕES SOBRE O AGENDAMENTO NO AMBULATÓRIO

Atendimento agendado para o dia: _____ A partir do horário: _____

Local e endereço em que será realizado o atendimento: _____

Profissional da APS responsável pelo agendamento: _____

2 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome completo: _____ Nome Social: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Grau de escolaridade: _____

Nome do Acompanhante: _____ Grau de Parentesco: _____

Telefone para contato: * (Campo Indispensável) _____

Endereço: _____ Município de residência: _____

3- SÍNTESE DO PLANO DE CUIDADOS ELABORADO PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

Histórico familiar (condições crônicas: neoplasias, mama, colo uterino; HAS; DM; doenças autoimunes): _____

Histórico Pessoal (gineco/obstétrico; cirúrgicos; condições crônicas: neoplasias, mama, colo uterino; HAS; DM; doenças autoimunes; violências): _____

Fatores modificáveis (Tabagismo, etilismo, sedentarismo): _____

Manifestação de sinais e sintomas atuais: _____

Exame físico/impressões diagnóstica: _____

Ocorreu algum episódio de agudização que resultou em internações ou atendimento de urgência e emergência, quando e qual o motivo: _____

Situação socioeconômica: _____

Estratificação de risco familiar: _____

Nível de letramento funcional em saúde: () inadequado () limitado () adequado

Capacidade de autocuidado: () suficiente () insuficiente

Suporte familiar: () suficiente () insuficiente Suporte social: _____

Outras informações relevantes: _____

3.1- LISTA DE PROBLEMAS

Problemas identificados pela usuária: _____

Problemas identificados pela equipe: _____

3.2- ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (É necessário que a usuária leve todos os exames realizados, exigidos no check-list de agendamento)

() Alto Risco

Critérios que caracterizem o estrato de risco da pessoa usuária: _____

Observações:

3.3-TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA

Modalidade	Sim/não	Freq/semanal	Carga horária	Público, gratuito, privado
Acompanhamento nutricional				
Prática de Exercícios físicos				
Grupo de tabagismo, alcoolismo, narcóticos, obesidade, fibromialgia				
Psicoterapia				
Práticas integrativas (meditação, acupuntura, yoga, reiki, dentre outras)				
Espiritualidade				
Atividade de Lazer				

3.4- TERAPIA MEDICAMENTOSA (incluir o uso de anticoncepcionais, suplementos polivitamínicos)

Alergia medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição pública, doação e ou privada

Se usuária de insulina relatar a ocorrência de hipoglicemias no último mês: _____

3.5- VINCULAÇÃO COM A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome da Unidade de Saúde e equipe SF: _____

Telefones da unidade de saúde: _____

Nome do ACS da microárea: _____ Microárea: _____

Nos últimos 12 meses recebeu quantas visitas ou atendimentos: ACS: _____ Data da última visita: ____/____/____

Data do último atendimento:

Enfermeiro: ____/____/____ Médico: ____/____/____ Dentista: ____/____/____ Técnico em Enf.: ____/____/____

Outros profissionais: _____ Especialidade: _____

Coleta da citologia colo uterino: ____/____/____ Realização da última mamografia: ____/____/____

Participação em atividades coletivas: _____ Data da última participação: ____/____/____

4.0- PÓS-ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (aAE)

Nome do profissional da eSF de referência para discutir o Plano de Cuidados com a equipe do ambulatório: _____

Informe a data e horário mais adequado para que seja feito o contato da aAE com o profissional: _____

Informe a data e horário que a pessoa usuária deverá comparecer a UBS para apresentar o plano de cuidados: _____

5.0- ATENÇÃO, NO QUE DEVERÁ SER ACORDADO COM O USUÁRIO PARA OS ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO

- 1- Levar todos os resultados dos exames realizados: conforme preconizado na Nota Técnica/Diretrizes clínicas.
- 2- Levar a última prescrição médica, se for mais de um médico deverá levar todas as prescrições.
- 3- Caso tenha sido internado no ano vigente é necessário levar o sumário de alta hospitalar.
- 4- Levar o cartão de vacina atualizado (está exigência se aplica para todas as faixas etárias).
- 5- Levar um acompanhante maior de 18 anos que possa auxiliá-lo durante e após os atendimentos.
- 6- Por se tratar de vários atendimentos em um mesmo dia, a pessoa usuária deverá ser orientada quanto ao tempo de permanência no ambulatório, para que possa se programar, organizando sua rotina em casa ou no trabalho, minimizando assim a ansiedade. Esta orientação possibilita que ele possa levar medicações de uso contínuo, alimentos, agasalho, dentre outros que julgar necessário.

Data do Preenchimento: ____/____/____

Assinatura e carimbo do profissional responsável pelo compartilhamento

Anexo 4. Formulário para Plano de Cuidados.

PLANO DE CUIDADOS			
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome:			
Nome Social:			
Data de nascimento:	Idade:	Cartão SUS:	
Endereço:		Município:	
Telefones:		E-mail:	
UBS/eSF de origem:		Nome do ACS:	
Apoio Familiar (nome):		Telefone:	
2. AUTOUIDADO			
Letramento Funcional em Saúde (LFS) () Inadequado () Limitado () Adequado			
Capacidade de Autocuidado () Suficiente () Insuficiente Estágio motivacional para mudança			
Adesão Terapêutica () Pouco aderente – intencional () Pouco aderente - não intencional () Aderente			
Suporte Familiar () Suficiente () Insuficiente		() Suporte Social () Suficiente () Insuficiente	
Considerações e recomendações para pactuação e monitoramento do plano de autocuidado apoiado:			
Considerações e recomendações sobre educação em saúde:			
3. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO			
Peso	kg	Estatura	cm
IMC		Kg/m ²	
Circunferências Abdominal			cm
TAX:	°C	FC	bpm
FR		irpm	
SpO ²		%	
Dor (0-10)	PA (sentado)	mmHg	PA (de pé)
Localização:			mmHg
Glicemia (se diagnóstico de DM)		mg/dl () Jejum () Pós prandial	
Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):			
4. LISTA DE PROBLEMAS			
Problemas identificados pela pessoa usuária:			
Problemas identificados pela equipe (condição crônica de saúde e estratificação de risco, outras hipóteses diagnósticas, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outras situações problemas):			
5. EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS (colposcopia, cauterizações, biopsia, punções, exérese, CAF, ultrassonografias, mamografia)			

6. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMAS (por ordem de priorização)	METAS/OBJETIVOS	AÇÕES/RECOMENDAÇÕES

6. INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

ALERGIA MEDICAMENTOSA: _____

PRESCRIÇÃO E/OU DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS					
PRESCRIÇÃO OU DESPRESCRIÇÃO	MEDICAMENTO	DOSE/VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P *	ORIENTAÇÕES/ JUSTIFICATIVAS

* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

7. SOLICITAÇÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES E PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

EXAMES E PROCEDIMENTOS	TEMPO EM QUE DEVERÁ SER REALIZADO	RECOMENDAÇÕES

8. SOLICITAÇÕES: OUTRAS INTERVENÇÕES: VACINAÇÃO, CURATIVOS, REABILITAÇÃO (ações direcionadas a problemas específicos)

9. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA/ MUNICÍPIO

10. PROXIMOS ATENDIMENTOS E/OU TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Data do atendimento subsequente no ambulatório: ____/____/____.

Recomendações:

Transição do cuidado para APS ou outro ponto de atenção da RAS

Considerações/Recomendações:

11. ASSINATURAS E CARIMBOS

Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados com a pessoa usuária

Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

