

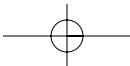
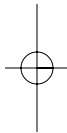
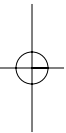
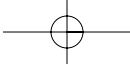
## PROTOCOLO CLÍNICO DE SAÚDE DA MULHER

# Detecção e Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama

SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE



LONDRINA - 2006  
1ª EDIÇÃO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA**

**Prefeito**

Nedson Luiz Micheleti

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**Secretário**

Sílvio Fernandes da Silva	2001–Junho/2006
Josemari S. de Arruda Campos	Julho/2006

**DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE**

**Diretor**

Brígida Gimenez de Carvalho	2001–2005
Marcelo Viana de Castro	Jan/2005–Junho/2006
Sonia Regina Nery	Julho/2006

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Coordenador**

Marilda Kohatsu

**Londrina, 2006.**

Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA  
Superintendência Municipal: Josemari S. de Arruda  
Diretoria de Ações em Saúde: Sonia Regina Nery

Endereço:

Rua Jorge Casoni, 2350.  
CEP: 86010-250  
Telefone (43)3376-1800  
FAX (43)3376-1804  
E-mail: [das@asms.londrina.pr.gov.br](mailto:das@asms.londrina.pr.gov.br)  
Site: [www.londrina.pr.gov.br/saude](http://www.londrina.pr.gov.br/saude)  
1ª Edição. 2006

CAPA/CONTRACAPA: Marcelo Ribeiro Máximo - Artes Gráficas/Informática/AMS/PML

PROJETO GRÁFICO: Visualitá Programação Visual

CATALOGAÇÃO: Sueli Alves da Silva CRB 9/1040

L838s LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde.  
**Prevenção do câncer de colo de útero e mama:** protocolo/. Prefeitura do  
Município. Autarquia Municipal de  
Saúde- 1. ed.- Londrina, PR: [s.n], 2006.  
59 p. : il. color.-

Vários colaboradores.  
Bibliografia.

1. Câncer de colo do útero e mama – Prevenção – Protocolo. 2. Saúde Coletiva –  
Londrina. I. Título.

CDU: 618.14-006:618.19-006



# EQUIPE RESPONSÁVEL

## AUTORES

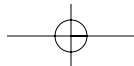
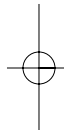
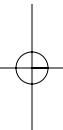
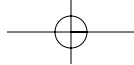
Maria Carla Vieira Pinho	Enfermeira	Saúde Coletiva	US Vila Ricardo
Roxane B. da Costa Funfas Bandeira	Enfermeira	Saúde Coletiva	US São Luiz
Claudete Ribeiro Pereira	Enfermeira	Saúde Coletiva	US Cafezal
Eliane Botelho Dias	Enfermeira	Saúde coletiva	US Parigot

## COLABORADORES

Flávia Cimitan Mendes	Enfermeira	Saúde Coletiva	DAS
Silvia M. Teixeira Crippa	Enfermeira	Saúde da família	US Tóquio
Karin Elisabeth da Silva Puschel	Enfermeira		US San Izidro
Ângela Maria Gruener Lima	Enfermeira	Saúde Coletiva	US Marabá
Eni do Carmo	Enfermeira	Saúde Coletiva	DAS
Marilda Kohatsu	Médica	Saúde da família	DAS
Anibal E. Messas	Médico	Ginecologia e Obstetrícia	US Vivi Xavier
Luis Carlos Baldo	Médico		US Fraternidade
Ahmed Ali Geha	Médico	Ginecologia e Obstetrícia	US Santiago
Maurílio Jorge Maina	Médico	Ginecologia e Obstetrícia	US Vila Brasil
Antonio Camata	Médico	Patologista	

## CONSULTORA

Maria Emi Shimazaki



# APRESENTAÇÃO

O estabelecimento da missão da Autarquia Municipal de Saúde pressupõe a promoção da saúde e qualidade de vida da população, por meio de ações integradas e intersetoriais, confere centralidade à política de qualidade como um dos maiores desafios a serem alcançados. Acredita-se que o alcance desse objetivo envolva a ampliação da satisfação dos usuários com os serviços. Entretanto, na área pública, o conceito de qualidade deve ser ampliado à aplicação dos recursos públicos de forma eficiente, eficaz e efetiva. É neste contexto que se insere a utilização adequada da tecnologia disponível, visando ao aprimoramento da qualidade técnico-científica, sendo a proposição de protocolos uma das ferramentas fundamentais neste processo. Os protocolos, sob a forma de uma documentação sistematizada, normatizam o padrão de atendimento à saúde. Na rede municipal de saúde de Londrina, sentiu-se a necessidade de um instrumento que orientasse a atuação, estabelecendo fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte, definindo competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais que compõem as Equipes de saúde da família. Para a elaboração desses protocolos, foram identificadas as principais demandas para atenção primária à saúde e instituídos grupos-tarefa para a elaboração dos mesmos. As áreas priorizadas foram:

**Livro 1 – Saúde da Criança**

**Livro 2 – Saúde da Mulher** - Protocolo de atenção integral à gestante de baixo risco e puérpera;  
- Protocolo de detecção e controle do câncer de colo de útero e de mama;  
- Protocolo de Planejamento familiar.

**Livro 3 – Saúde do Adulto** - Protocolo de Hipertensão Arterial;  
- Protocolo de Diabetes Mellitus;  
- Protocolo de Dislipidemias

**Livro 4 – Fitoterapia**

**Livro 5 – Cuidados de Enfermagem**

**Livro 6 – Asma**

**Livro 7 - Imunização**

Sendo assim, espera-se que na continuidade do empenho do grupo tarefa na produção deste material, ocorra a incorporação pelos atores no cotidiano da gestão clínica do cuidado, a se traduzir na melhoria das condições de saúde e de vida das populações sob nossa responsabilidade.



## VALIDAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Para a implantação dos protocolos foram seguidas as seguintes etapas: - validação externa realizada por experts de cada área, Sociedades e Associações de classe e Instituições de Ensino e validação interna – por meio de seleção de algumas unidades – com reorganização dos processos de trabalho, capacitação dos profissionais e monitoramento das ações para avaliar necessidades de adequações. Para a validação externa, foram encaminhadas cópias dos protocolos para apreciação e formulação de sugestões, às seguintes entidades e seus representantes:

- Ângela Morandi –Enfermeira - Secretaria de Saúde de Cambé
- Antonio Paulo da Silva – Conselho Regional de Enfermagem
- Olinda Satiko Nakayama – Conselho Regional de Enfermagem
- Mara Regina Magnani Mares – Enfermeira – Cismepar
- Juliana Aparecida Segre – Enfermeira - UNOPAR
- Kátia Mara Kreling Vezozzo – Enfermeira – UNIFIL
- Luiz Carlos Baldo – médico – Cismepar
- Profissionais da Unidade de Saúde da Família – Vila Ricardo
- Profissionais da Unidade de Saúde da Família - Panissa
- Profissionais da Unidade de Saúde da Família - Cafezal
- Conselho Regional de Medicina
- Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná

# AGRADECIMENTOS

Este protocolo é resultado de um trabalho desenvolvido ao longo dos últimos dois anos no município de Londrina. Vários profissionais participaram em diferentes momentos deste processo, colaborando com sua experiência e conhecimento. Agradecemos a todos os profissionais que colaboraram, em especial à Enfermeira Brígida Gimenez Carvalho pelo seu empenho e determinação enquanto Diretora da DAS, na realização deste material técnico-científico

# SUMÁRIO

TERMINOLOGIA	12
INTRODUÇÃO	13

## I. O CÂNCER DO COLO UTERINO

1.1	A Anatomia e Fisiologia do Útero	16
1.2	O câncer de colo do útero	17
1.2.1	Neoplasia Intra-epitelial Cervical – NIC	17
1.2.2	Fatores de Risco para o Câncer de Colo Uterino	19
1.2.3	Fatores Protetores (De Prevenção) do Câncer do Colo Uterino	19
1.3	Organização da Atenção	20
1.3.1	O Acolhimento	20
1.3.2	A Competência da Unidade de Saúde	20
1.3.3	As Responsabilidades dos Profissionais de Saúde	20
1.4	O Exame Ginecológico	22
1.4.1	O Agendamento do Exame Ginecológico	22
1.4.2	Orientações Prévias à Mulher	23
1.4.3	O preparo do Material	24
1.4.4	O preparo da Cliente	24
1.4.5	A realização do Exame Ginecológico	25
1.4.6	Procedimentos após o Exame	28
1.4.7	Orientações para Coleta em Gestante	28
1.4.8	Indicações e Frequência de Coleta de Citologia Oncótica	29
1.5	Avaliação dos Resultados de Exames de Citologia Oncótica	30
1.5.1	Resultados de Exames de Citologia Oncótica quando Dispensados pelo médico	30
1.5.2	Resultados de Exames de Citologia Oncótica quando Dispensados pelo enfermeiro	33
1.5.3	Protocolo Para Tratamento de D.S.T. nas UBS	34
1.6	Orientações em Casos de D.S.T	34

## II.O CÂNCER DE MAMA

2.1	A Anatomia e Fisiologia da Mama	35
2.1.1	A Mama Normal	35
2.1.2	A Ação Hormonal sobre a Mama	36
2.2	As Alterações da Mama	37
2.2.1	A Dor Mamária	37
2.2.2	A Descarga Papilar	37
2.2.3	Os Nódulos	37
2.2.4	As Formas Especiais	38
2.3.	O Câncer de Mama	39
2.3.1	O Mecanismo de Formação	39
2.3.2	A História Natural	40
2.3.3	Os Fatores de Risco	40
2.3.4	Os Fatores de Prevenção	40
-	Auto-exame das mamas	42
-	Exame Clínico das Mamas	44
-	Mamografia	48
2.4.	O Modelo de Gail	50

## ANEXOS

A 01	Modelo de Requisição do Exame Citopatológico	53
A 02	Sugestão para o Livro de Registros	54
A 03	Orientações para o Registro de Dispensação de Kits de C.O	55
A 08	Sistema de Informações de Agravos de Notificação	56
A 09	Modelo de Gail para Avaliação do Risco de Câncer de Mama	57
A 10	Cartão da Mulher	58

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
----------------------------	----

# TERMINOLOGIAS

- **Adenocarcinoma:** câncer do epitélio glandular (endocervical e ou endometrial);
- **Carcinoma:** câncer de tecido epitelial;
- **Displasia:** desenvolvimento ou crescimento anormal das células;
- **HPV (Papiloma Vírus Humano):** podendo ser precursor de neoplasias intraepiteliais e do câncer invaso do colo uterino;
- **NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical):** alterações consideradas precursoras e evolutivas na gênese do câncer de colo uterino, graduadas em NIC I, NIC II e NIC III;
- **Carcinoma “in situ”:** carcinoma localizado, sem invasões estromal;
- **Carcinoma invasivo:** carcinoma que invade o estroma no colo ou até outras estruturas;
- **Colposcopia:** consiste na visualização do colo através do colposcópio, após a aplicação de soluções de ácido acético, entre 3% e 5% e lugol. É exame usado para avaliar epitélios do trato genital inferior e, quando necessário, orientar biopsias.
- **C.A.F. (Cirurgia de Alta Frequência):** cirurgia ambulatorial realizada por meio de um aparelho que gera onda de calor e produz, simultaneamente, corte e hemostasia do tecido, possibilitando exame anatomo-patológico dos fragmentos obtidos;
- **Metaplasia Escamosa:** transformação de células glandulares em células escamosas, no sentido de oferecer ao órgão maior proteção;
- **J.E.C. (Junção Escamo-Colunar):** área de encontro do epitélio escamoso (localizado na ectocérvice) com o epitélio glandular colunar (localizado na endocérvice);
- **Células Endocervicais:** células do canal endocervical, indicando boa coleta do material, quando presentes no esfregaço;
- **Células endometriais:** células originárias da cavidade uterina, quando presente na coleta de citologia oncológica merece investigação;
- **Ectopia:** Presença de epitélio endocervical para fora da JEC;
- **Lactobacilos:** flora microbiana capaz de produzir ácido láctico (normal da vagina);



# INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero e o de mama são os dois tipos de neoplasias que mais atingem as mulheres, tendo maior chance de cura se forem reconhecidos no início e receberem tratamento adequado.

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre as neoplasias, o câncer de mama ocupa o segundo lugar em incidência e o terceiro em mortalidade, e o câncer de colo de útero o terceiro em incidência e o quarto em mortalidade.

O câncer de colo uterino tem cura em 100% dos casos iniciais e é o único que dispõe de tecnologia para prevenção, detecção precoce e tratamento. É considerada uma doença de evolução lenta, sendo que a fase precursora e o seu desenvolvimento propriamente dito transcorre, na maioria dos casos, num período de aproximadamente 10 anos e via de regra não apresenta sintomas em suas fases iniciais.

Mais de 70% das pacientes diagnosticadas apresentam a doença em estágio avançado na primeira consulta o que dificulta a possibilidade de cura. Portanto, quanto mais precoce a intervenção maior a chance de sobrevivência da mulher.

No Brasil, o câncer de mama é o principal responsável pelas mortes em mulheres e nos últimos anos tem aumentado a sua incidência, sendo atualmente o câncer que mais atinge a população feminina. Apresenta curva ascendente a partir dos 25 anos de idade, concentrando a maioria dos casos entre os 45 e 50 anos de idade.

Entre as mulheres, o câncer de colo de útero vem apresentando aumento considerável na taxa de mortalidade: em 1979, era 3,44 por 100 mil e em 2002 atingiu 4,61 por 100 mil mulheres, elevação de 34% em relação à taxa de 1979. Já a taxa de mortalidade por câncer de mama, entre 1979 e 2002 passou de 5,77 para 10,15 por 100 mil, o que representa uma elevação de 76% nas últimas décadas. (INCA, 2005).

No Paraná, em 2003, morreram 278 mulheres por câncer de colo do útero e 539 por câncer de mama, mortes que poderiam ter sido evitadas, já que o câncer do colo do útero é facilmente detectado por simples exame citopatológico e curável em 100% dos casos diagnosticados em fases iniciais. No período de 1999 a 2003 aumentou o número de mortes por câncer de mama, e houve sensível redução no câncer de colo de útero, passando o coeficiente de mortalidade por

câncer de mama no Paraná de 10,06 em 1999 para 10,73 em 2003. O câncer de colo uterino de 6,35 em 1999 para 5,56 em 2003 (PARANÁ, 2005).

Em Londrina, no ano de 2004, foram 11 os óbitos por câncer de colo de útero, indicando uma taxa de óbito de 4,49 para 100 mil mulheres maiores de 15 anos e foram 37 os óbitos por câncer de mama, indicando uma taxa de óbito de 14,69 para 100 mil mulheres na mesma faixa etária (LONDRINA, 2005).

A descoberta do câncer de mama em sua fase inicial proporciona elevadíssimas chances de cura para a paciente e permite oferecer tratamento não mutilador. O auto-exame das mamas tem impacto significativo na detecção precoce do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor nas mulheres que realizaram este exame.

A partir destas informações, percebe-se a importância de um programa estruturado para a prevenção e detecção precoce destas duas patologias, considerando-se principalmente o papel específico das Unidades de Saúde, que através de orientações, cobertura adequada de exames de citologia oncológica, realização do exame clínico e orientação para o auto-exame de mamas, acompanhamento e controle dos casos poderão reduzir drasticamente o quadro epidemiológico atual.

Este manual de instruções pretende orientar os profissionais de saúde e organizar o serviço, de forma a aumentar a efetividade destas ações e, conseqüentemente, poder intervir sobre essa realidade.

## **POPULAÇÃO ALVO**

### **CÂNCER DE COLO UTERINO:**

- Mulheres residentes nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde de Londrina - assistidas pelos profissionais de saúde e que tenham iniciado a atividade sexual.

### **CÂNCER DE MAMA:**

- Todas as mulheres residentes nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde de Londrina - assistidas pelos profissionais de saúde, com maior atenção para aquelas com idade de quarenta anos ou mais.

## **POPULAÇÃO DE RISCO**

- A população mais exposta ao risco, tanto para câncer de colo uterino quanto para o câncer de mama, concentra-se entre as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, associados aos fatores de risco, descritos posteriormente neste protocolo.

# 1. O CÂNCER DO COLO UTERINO

## 1.1 A ANATOMIA E A FISILOGIA DO ÚTERO

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

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples). A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso pluriestratificado). O limite entre estes dois epitélios é chamado de junção escamo-colunar (JEC). Esta junção poderá estar localizada dentro do canal cervical (entrópio), e dependendo de sua localização podemos categorizá-la de +1, +2, +3 e +4. Poderá ainda estar localizada externamente em relação ao orifício externo (ectrópio ou ectopia) e dependendo da sua localização podemos categorizá-la em -1, -2, -3 e -4.

Na infância e no período pós-menopausa geralmente a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da menacme, quando ocorre produção estrogênica, geralmente a JEC situa-se ao nível do orifício externo ou para fora deste (ectopia ou ectrópio). Vale ressaltar que **a ectopia pode ser uma situação fisiológica e por isso a denominação de “ferida no colo do útero” nem sempre é apropriada.**

Nesta situação o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil às suas células. Assim, células subcilíndricas (de reserva) bipotenciais, através de uma metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios original, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nesta região pode ocorrer obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. É nessa zona onde se localizam mais de 90% dos cânceres do colo do útero (Figura 01).

## Anatomia do Útero:

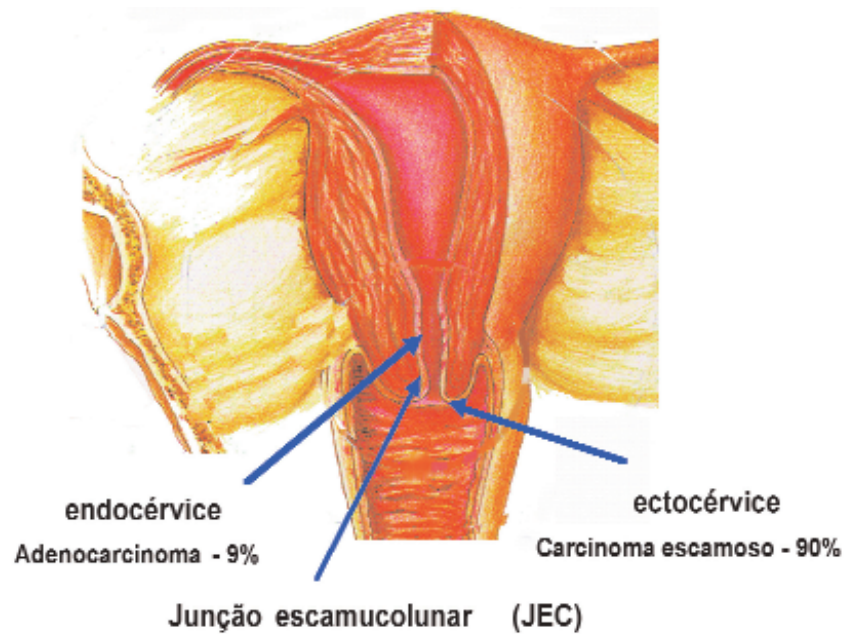


Figura 1

## 1.2 O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Classicamente a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas, que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora num prazo de 03 a 20 anos.

Estudos epidemiológicos sobre o perfil do câncer do colo uterino têm relacionado o seu desenvolvimento ao comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o principal fator de risco para a doença é a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV). Todas as mulheres que já iniciaram a atividade sexual são potencialmente suscetíveis ao desenvolvimento da doença.

### 1.2.1 NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL CERVICAL - NIC

O colo uterino é revestido pelo epitélio pavimentoso pluriestratificado, arranjado de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais esta estratificação fica desordenada.

Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão imunológica, 30 % podem apresentar persistência e as demais, em torno de 10% irão evoluir para NIC III. A progressão para o câncer invasor é estimada em cerca de 1%.

Se a desordenação avança em torno de metade da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em mais de 50% da espessura (figura 2).

Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. A coilocitose (“forma de colher”), alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não.

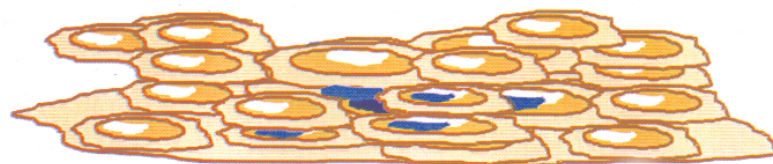
Quando as alterações celulares se tornam mais intensa e o grau de desarranjo são tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo de epitélio, temos o carcinoma invasor.

As lesões de alto grau são consideradas como os verdadeiros precursores do câncer e se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero.

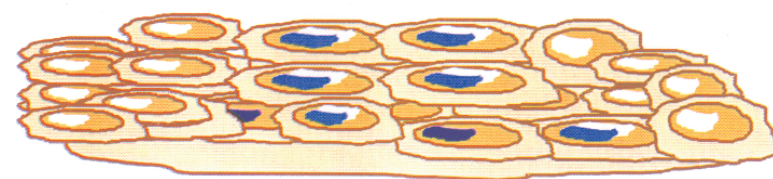
**Neoplasia Intra-Epitelial Cervical: NIC**



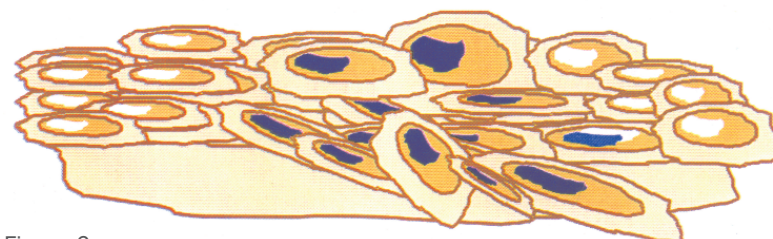
Displasia leve
NIC I



Displasia moderada
NIC II



Displasia severa	Ca. in situ
NIC III	



Carcinoma escamoso invasivo
-----------------------------

Figura 2

### 1.2.2 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE COLO UTERINO

- Início precoce das relações sexuais;
- Multiplicidade de parceiros;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;
- Higiene genital precária;
- Tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados);
- Baixas condições sócio-econômicas;
- Infecções pelo HPV (Papiloma Vírus Humano);
- Outras infecções tidas como co-fatores:
  - HSV (Herpes vírus tipo I),
  - Chlamydia,
  - Tricomoníase,
  - Gardnerella vaginalis,
  - Candidíase, etc.

#### **IMPORTANTE:**

Atualmente, considera-se que a persistência da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) representa o principal fator de risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Estudos que utilizam métodos de hibridização têm demonstrado que mais de 90% dos casos podem ser atribuídos a alguns tipos de HPV.

- Sugere-se que o modelo de associação entre HPV e câncer do colo do útero assemelha-se ao existente entre o tabagismo e o câncer de pulmão.
- Há circunstâncias que favorecem a proliferação viral ou causam uma diminuição da imunidade local, tais como uso crônico de corticosteróides, Diabetes Mellitus, Aids e Lupus Eritematoso Sistêmico. Mulheres portadoras dessas patologias, que já tiveram alterações citopatológicas ou clínicas compatíveis com HPV ou com alterações citopatológicas de baixo grau de malignidade devem ser consideradas como de risco.

### 1.2.3 FATORES PROTETORES (DE PREVENÇÃO) DO CÂNCER DO COLO UTERINO

- Sexo seguro (uso de preservativos);
- Atividade física regular;
- Hábitos alimentares saudáveis;
- Detecção precoce do câncer ou de suas lesões precursoras através da realização do exame preventivo (C.O.).

## 1.3 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

### 1.3.1 O ACOLHIMENTO

- O exame citopatológico deve ser oferecido a todas as mulheres que procuram a Unidade de Saúde;
- As equipes de Saúde devem informar e esclarecer sobre a oferta e importância do exame citopatológico a todas as mulheres que iniciaram atividade sexual e em especial as das faixas etárias de risco, ou seja, de 25 a 59 anos.

### 1.3.2 A COMPETÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE

A Unidade de Saúde é responsável pela assistência à mulher residente na sua área de abrangência e deve:

- Divulgar o programa;
- Determinar o profissional da equipe responsável pelo acompanhamento da mulher;
- Inscrever a mulher no programa e criar estratégias de controle e acompanhamento;
- Colher o material para citologia de acordo com o protocolo existente.
- Planejar e solicitar o material necessário para realização dos exames (requisição, kit para coleta endocervical e material informativo);
- Repetir a coleta quando revelar amostra inadequada ou quando necessário;
- Entregar laudos dos exames, registrar no prontuário e dar as orientações necessárias (encaminhamento, agendamento);
- Anotar no livro de registro, nome das clientes submetidas ao exame de citologia oncológica, data, nº requisição, hygia, idade, endereço, resultado;
- Tratar processos inflamatórios detectados clinicamente ou pela citologia, de acordo com o protocolo de tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde, repetindo a citologia quando indicada;
- Encaminhar para serviços de referência ou casos que necessitam de atendimento especializado, conforme fluxograma;
- Realizar a busca ativa, através de visita domiciliar às mulheres que tiverem resultado de exame alterado;
- Acompanhar a evolução das pacientes com laudos alterados;
- Realizar e encaminhar relatório mensal, conforme rotina da instituição.

### 1.3.3 AS RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

#### COMPETE AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):

- Informar às mulheres de sua área de atuação sobre o Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico.
- Identificar e captar as mulheres que se encaixam nos critérios para coleta de exame citopatológico e aquelas que estão com exame em atraso encaminhá-las à Unidade de Saúde para agendamento do exame.



- Verificar o comparecimento das pacientes que tenham coleta agendada na UBS.
- Realizar a busca ativa das pacientes que faltaram à coleta do exame.
- Realizar a busca ativa das pacientes que tiverem resultado de exame alterado, quando solicitado pela responsável pelo programa na Unidade de Saúde.

#### **COMPETE AO AUXILIAR DE ENFERMAGEM:**

- No acolhimento à mulher, realizar a avaliação inicial, com o objetivo de reconhecer as situações de risco e agendar a consulta conforme fluxo, realizar as orientações prévias para a coleta de exame e fazer anotações no prontuário da paciente.
- Verificar a pressão arterial e peso da paciente.
- Preparar a sala para coleta de exame, providenciar os materiais a serem utilizados na coleta: o espelho, a pinça de cheron esterilizados, as luvas, a gaze, o kit de CO, a requisição própria, o papel toalha e balde com solução para descontaminação.
- No final do período de atendimento, organizar a sala e proceder à limpeza e esterilização do material não descartável.
- Realizar a esterilização do material, controlando a data de validade de 07 dias.
- Após a realização do exame, registrar em livro próprio da unidade, nome, nº da requisição, registro da paciente e idade, para controle dos resultados e relatório mensal.
- Encaminhar as lâminas para laboratório, semanalmente, devidamente acondicionadas, anexar às requisições preenchidas.
- Realizar atividades educativas.
- Realizar a busca ativa de pacientes faltosas e o monitoramento das que tiveram os resultados alterados.
- Realizar atendimento de enfermagem.
- Ao detectar riscos ou alterações visíveis durante a coleta ou consulta de enfermagem, encaminhar ao profissional médico de referência, clínico geral ou ginecologista.
- Realizar o exame clínico das mamas e orientar para o auto-exame. Ao detectar existência de nódulo palpável encaminhar para consulta médica.
- Aplicar o modelo de Gail em mulheres com idade acima de 35 anos.
- Em unidades onde houver necessidade, como por exemplo, onde o profissional enfermeiro é do sexo masculino, realizar a coleta de citologia oncológica, após ter sido capacitado pelo enfermeiro.
- Repetir a coleta quando revelar amostra inadequada.
- Realizar o agendamento da consulta de retorno conforme a necessidade.

#### **COMPETE AO ENFERMEIRO:**

- Realizar consulta de enfermagem.
- Ao detectar riscos ou alterações visíveis durante a coleta ou consulta de enfermagem, encaminhar ao profissional médico de referência, clínico geral ou ginecologista.
- Realizar o exame clínico das mamas e orientar para o auto-exame. Ao detectar existência de nódulo palpável encaminhar para consulta médica.
- Aplicar o modelo de Gail em mulheres com idade acima de 35 anos.
- Realizar a coleta de citologia oncológica.
- Repetir a coleta quando revelar amostra inadequada.

**Protocolo de Detecção e Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama - 1. O CÂNCER DO COLO UTERINO**

- Realizar o agendamento da consulta de retorno conforme a necessidade.
- Entregar laudos de exames, registrar no prontuário e fazer orientações necessárias.
- Tratar processos inflamatórios detectados clinicamente ou pela citologia, de acordo com o protocolo da instituição.
- Acompanhar a evolução das pacientes com laudo positivo, garantir o encaminhamento para outros níveis de referência e providenciar busca ativa dos faltosos.
- Determinar o profissional da equipe pelo registro da dispensação de Kits de C.O. para mulheres que colheram citologia oncológica na UBS, e que o mesmo seja feito até o 15º dia de cada mês.
- Semanalmente, a enfermeira deverá analisar os resultados de C.O. recebidos do laboratório, juntamente com os prontuários das pacientes. Para as pacientes com C.O. normal e sem queixas ou com queixas já tratadas, a enfermagem poderá entregar os resultados e para as demais será agendada consulta médica, conforme rotina estabelecida na Unidade de Saúde.
- Anotar em vermelho os resultados alterados no livro de registro, sugere-se abertura de ficha de aprazamento.
- Realizar treinamento de profissionais, auxiliares e técnicos de enfermagem, para a coleta de exames.
- Orientar e coordenar, junto à equipe, estratégias de monitoramento do programa na unidade.
- Coordenar e realizar ações educativas individuais e em grupos com todas as pessoas da comunidade.
- Capacitar os auxiliares de enfermagem e os ACS e supervisionar, de forma permanente, suas atividades.

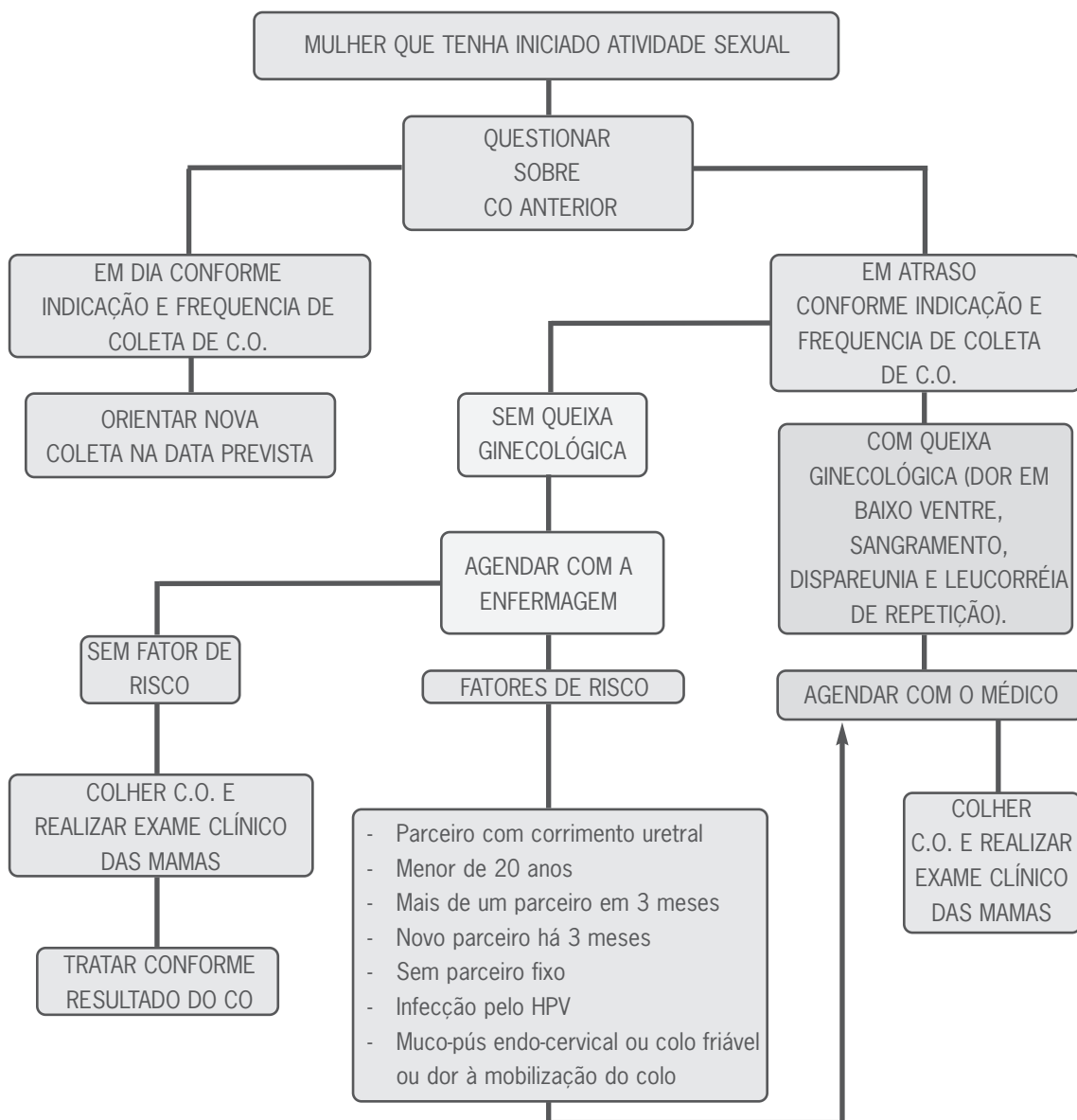
**COMPETE AO MÉDICO:**

- Realizar a coleta de citologia oncológica, o exame das mamas e orientar quanto ao auto-exame.
- Aplicar o modelo de Gail em mulheres com idade acima de 35 anos.
- Solicitar o retorno conforme a necessidade de cada caso.
- Realizar consulta médica avaliação de fatores de risco, identificando possíveis lesões.
- Solicitar exames complementares quando necessário.
- Tratar com medicamentos conforme protocolo de DST do Ministério da Saúde.
- Programar, junto à equipe, estratégias para educação do paciente.
- Encaminhar às Unidades de referência casos suspeitos e que necessitem de atendimento especializado.
- Acompanhar a evolução das pacientes com laudos positivos.
- Treinamento de enfermeiros e/ou auxiliares de enfermagem para coletas de CO e exames das mamas, quando solicitado.

**1.4 O EXAME GINECOLÓGICO****1.4.1 O AGENDAMENTO DO EXAME GINECOLÓGICO**

- O agendamento representa uma das fases mais importantes para que a meta do aumento de cobertura do preventivo seja atingida;
- O atendimento humanizado e diferenciado, para que as mulheres percebam a importância da realização do exame e superem seus medos e tabus, constitui estratégia de suma importância;
- Quando houver cliente que não comparece ao exame agendar nova data;
- Cada Unidade de Saúde deverá operacionalizar sua rotina, porém foi proposto um fluxo de agendamento do exame ginecológico. Segue:

### Fluxo de Agendamento Exame Ginecológico



#### 1.4.2 ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À MULHER

Por ocasião do agendamento, falar sobre a importância do exame e fazer as seguintes orientações:

- Não fazer uso de medicação ou duchas intravaginais durante 72 horas precedentes ao dia da coleta;
- Não ter relações sexuais nas 24 horas antecedentes ao exame;
- Fazer a coleta em torno do 10º ao 20º dia após o início do ciclo menstrual, preferencialmente;
- Não estar menstruando no dia do exame.

### 1.4.3 O PREPARO DO MATERIAL

Antes de iniciar o procedimento, providenciar os seguintes materiais:

- Luvas descartáveis;
- Espéculos vaginais: pequeno, médio e grande;
- Pinça de Cheron;
- Gazes esterilizadas ou bolinhas de algodão;
- Papel toalha;
- Lençol e camisola;
- Requisição do exame citopatológico (Anexo 01);
- Lápis, para identificação da lâmina e do porta-lâminas;
- Fixador spray ou tubos com álcool;
- Espátula de Ayre, escova endocervical, lâmina e porta lâmina.

**OBS: O álcool utilizado deverá ser oferecido pelo laboratório (acima de 96%).**

**Não utilizar álcool de limpeza, que via de regra é de 70 a 80%.**

### 1.4.4 PREPARO DA CLIENTE

- Fazer atendimento humanizado à mulher, orientando sobre a importância do exame, as etapas de sua realização e deixando-a bem à vontade para tirar dúvidas;
- Questionar sobre o cumprimento das orientações prévias, certificando-se de que a paciente está apta para o exame;
- Preencher a requisição de modo legível, com letra de forma, fornecendo todos os dados solicitados;
- Certificar-se de que a requisição contém carimbo da Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Colocar o número do prontuário da cliente requisição;
- Encaminhar a paciente ao banheiro para esvaziar totalmente a bexiga;
- Solicitar que retire toda a roupa e vista a camisola (com a abertura para frente);
- Identificar a lâmina com as iniciais do nome da cliente e número da requisição, com lápis, na parte fosca e áspera da lâmina;
- Preencher os portas-lâmina ou o frasco com álcool com o nome da cliente (se caixinha nome completo, se frasco iniciais do nome), nº da requisição, data da coleta, nome da unidade de saúde (Obs. No caso do uso do frasco com álcool os dados deverão ser preenchidos a lápis);
- Lavar as mãos;
- Solicitar que a paciente deite em decúbito dorsal na mesa, cobrindo-a com um lençol;
- Realizar o exame das mamas e orientar quanto ao auto-exame;
- Colocá-la em posição ginecológica, deixando-a confortável sobre as pernas;
- Solicitar que ela aproxime as nádegas o máximo possível da borda da mesa;
- Abaixar a parte dobrável da mesa;
- Colocar as luvas;
- Realizar o exame ginecológico.

### 1.4.5 A REALIZAÇÃO DO EXAME GINECOLÓGICO

#### INSPEÇÃO EXTERNA:

Após a colocação de luvas e o posicionamento da paciente na mesa, observar a genitália externamente (vulva, grandes e pequenos lábios, região anal e períneo), verificando se há:

- **Secreções (quanto ao aspecto, quantidade, colocação e odor);**
- **Lesões (em vulva ou região perianal);**
- **Manchas (quanto à localização, tamanho e coloração).**

Afastar grandes e pequenos lábios para continuar a observação.

#### EXAME ESPECULAR:

##### Colocação do Espéculo:

- Escolher o tamanho do espéculo de acordo com as características físicas, idade da paciente e número de partos;
- Explicar à paciente sobre a colocação do espéculo;
- Recomendar que relaxe a musculatura perineal e das pernas;
- Afastar grandes e pequenos lábios, expondo o orifício vaginal (Figura 03);
- Introduzir o espéculo fechado, em posição oblíqua, levemente pressionando-o para baixo, evitando traumatismo uretral (Figura 04). Não utilizar nenhum tipo de lubrificante (Ex: vaselina líquida).
- Deixar o espéculo em posição horizontal, preparando-o para ser aberto;
- Abrir o espéculo, girando a borboleta, de modo a permitir a completa visualização do colo uterino (Figura 05);
- Se não conseguir expor o colo, não colher a citologia oncótica, encaminhando-a para o médico.

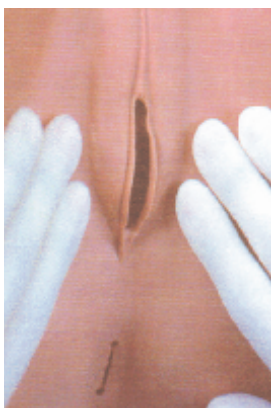


Figura 3

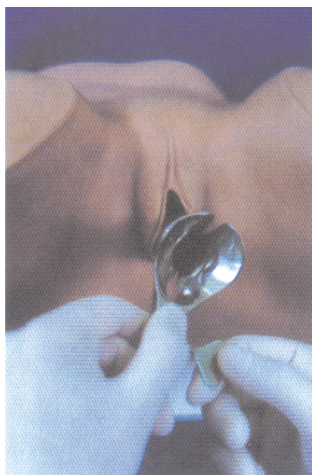


Figura 4



Figura 5

**COLETA DE MATERIAL PARA O EXAME:**

- Em caso de secreção abundante, retirar o excesso com gaze, delicadamente, procurando não descamar células da mucosa do colo.
- Pacientes hysterectomizadas deverão ser submetidas ao exame de citologia oncológica, para investigar a ocorrência de câncer de cúpula vaginal.

**OBSERVAR:**

- **Vagina: coloração, integridade, elasticidade, rugosidade, lesões e secreção;**
- **Colo do útero: coloração, integridade, sangramento, presença de lesões e seu aspecto.**

**PROCEDIMENTOS:**

- Limpar a lâmina com gaze embebida com álcool. Nas unidades que utilizam os frascos com álcool para fixação, as lâminas deverão ser previamente imersas nos frascos. Imediatamente antes da coleta, secar estas lâminas com uma gaze.
- Posicionar a parte fenestrada da espátula de Ayre junto à junção escama colunar e colher material da ectocérvice com um giro de 360°(figuras 6a e 6b);
- Fazer o esfregaço na lâmina, próximo à sua parte fosca, em sentido vertical, de cima para baixo (figura 7);
- Introduzir a escova endocervical e, com movimento leve e giratório em 360°, colher o material da endocérvice (figuras 8a e 8b);
- Fazer o esfregaço na porção restante da lâmina, em sentido horizontal, sem que este se sobreponha ao anterior, girando as cerdas para que as células de todas as partes da escova fiquem na lâmina (figura 9).

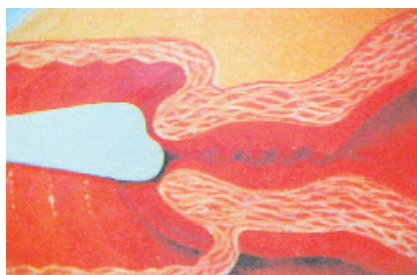


Figura 6a



Figura 6b

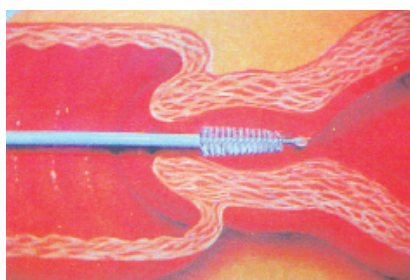


Figura 8a



Figura 8b

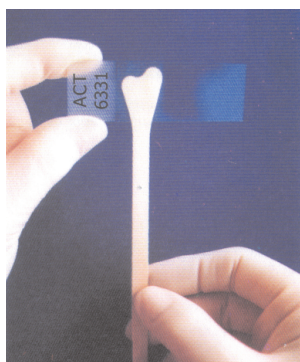


Figura 7

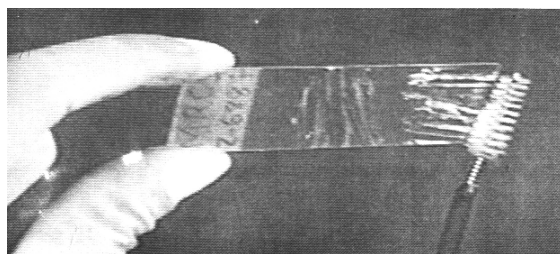


Figura 9



**FIXAÇÃO – “SPRAY” OU ÁLCOOL:****• Fixação – “Spray”**

- Fixar imediatamente com o fixador spray aproximadamente a 20 cm de distância da lâmina (figura 10).
- Deixar secar a lâmina com o esfregado para cima.
- Acomodar a lâmina no recipiente apropriado: para caixinha a lâmina deverá ser colocada com o esfregado para baixo, a extremidade fosca encaixada na ranhura e a outra extremidade por baixo da lingüeta.



Figura 10

**• Fixação – álcool:**

- Imergir a lâmina no frasco contendo álcool etílico 96% , com a parte fosca voltada para cima (figura 11).
- Fechar o frasco (figura 12).



Figura 11



Figura 12

**Retirada do espéculo:**

- Retirar o espéculo cuidadosamente, em posição oblíqua, fechando-o aos poucos, não permitindo que o mesmo “pince” o colo uterino;
- Depositar o espéculo de inox em solução descontaminante para posterior acondicionamento e esterilização.

**Finalização do exame:**

- Auxiliar a paciente para descer da mesa e orientá-la a se vestir novamente;
- Caso tenha ocorrido sangramento, orientar a paciente quanto ao fato, tranquilizando-a;
- Agendar retorno para pegar o resultado do exame ou proceder conforme fluxo de agendamento da Unidade de Saúde;
- Orientar a cliente sobre a importância do retorno para buscar o resultado do exame.

### 1.4.6 APÓS O EXAME

#### REGISTRO:

- Anotar em prontuário a realização dos exames e as alterações observadas;
- Quando o registro for realizado pela enfermagem, as anotações serão restritas aos aspectos observados. Não registrar observações com conotação diagnóstica;
- Anotar na requisição as alterações e anormalidades observadas;
- Anotar no Livro de Registro todos os exames de C.O. realizados (**Anexo 02**);
- Registrar no Sistema HYGIA a dispensação de Kits de C.O. para mulheres que colheram citologia oncológica (**Anexo 03**).

#### REMESSA DO MATERIAL PARA O LABORATÓRIO – RECOMENDAÇÕES:

- Não abrir mais o porta-lâmina ou frasco com álcool.
- Acomodar o porta-lâmina ou frasco com álcool em uma caixa de papelão ou madeira, sem sobrepor uns aos outros. Se sobrar espaço preencher com papel amassado para não deixá-los soltos.
- Colocar as requisições juntas.
- Fechar a caixa e identificá-la com o nome da Unidade de Saúde.
- Enviar para o laboratório de referência, conforme rotina do serviço.

#### LIMPEZA, DESINFECÇÃO, ESTERILIZAÇÃO E GUARDA DO MATERIAL:

- Considerar a espátula de Ayre, a escova endocervical e as luvas materiais contaminados e descartáveis, portanto devem ser desprezados em lixo apropriado.
- O espéculo vaginal e a pinça Cheron, não descartáveis, após o uso devem ser colocados submersos em balde com solução para descontaminação.
- No final do período de atendimento, proceder a limpeza do material com sabão e água corrente.
- Secar e acondicioná-lo de acordo com o tipo de equipamento de esterilização.
- Sempre utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI): luva, avental, máscara e óculos.
- Guarda do material: o instrumental deve ser re-esterilizado a cada 07 dias. Guardá-lo após a identificação, em local limpo e seco, conforme rotina da Unidade.

### 1.4.7 ORIENTAÇÕES PARA COLETA EM GESTANTE

**No caso de pacientes grávidas, a coleta endocervical não é contra-indicada, mas deve ser realizada de maneira cuidadosa e com uma correta explicação do procedimento e do pequeno sangramento que pode ocorrer após o procedimento. Como existe uma eversão fisiológica da JEC do colo do útero durante a gravidez, a realização exclusiva da coleta ectocervical na grande maioria destes casos fornece um esfregaço satisfatório.**

- Gestantes que se encontram com citologia oncológica em atraso deverão ser submetidas ao exame, na primeira consulta de pré-natal;



- A coleta de células endocervicais não deve ser realizada depois do 1º trimestre de gestação. Após esse período a coleta de material da JEC deverá ser feita somente com espátula;
- Se houver sangramento, explicar a paciente que este é limitado ao colo. Secar com gaze e retirar o espécuro.
- Caso o resultado não seja satisfatório por falta de células endocervicais, não repetir durante a gestação. Aprazar um novo exame para 120 (cento e vinte) dias após o parto.

#### 1.4.8 INDICAÇÕES E FREQUÊNCIA DO EXAME DE COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA

- O primeiro exame de citologia oncótica deve-se realizar logo no início das relações sexuais.

##### **Com relação à frequência: seguir as seguintes orientações:**

##### **MULHERES SEM FATORES DE RISCO**

- Após dois exames de C.O. consecutivos, realizados com intervalo de 01 ano, com resultados normais, orienta-se realizar um exame de C.O. a cada três anos.

##### **MULHERES COM FATORES DE RISCO**

Consideram-se fatores de risco:

- Início precoce de relações sexuais,
- História de múltiplos parceiros,
- Baixo nível socioeconômico,
- Tabagismo severo,
- Antecedentes: de doenças de transmissão sexual, de lesões escamosas intra-epiteliais, carcinoma ou adenocarcinoma – nestas mulheres recomenda-se realizar um exame de CO anual.

##### **MULHERES HIV POSITIVAS**

- Se o primeiro C.O. é normal, o seguinte deve ser repetido em seis meses;
- Se ambos são normais deve-se indicar C.O. anual;
- Se o CD4 for menor que 200, recomenda-se realizar um CO a cada seis meses.

##### **MULHERES COM MAIS DE 70 ANOS**

- Com dois últimos exames de C.O. normais, pode-se realizar os exames a cada 03 anos.

##### **MULHERES VIRGENS**

- O risco de câncer de colo uterino é baixo, porém o adenocarcinoma não está associado a atividade sexual e pode apresentar-se entre os 60 e 70 anos.
- Recomenda-se realizar o exame nestas pacientes, se apresentarem um sangramento ou fluxo abundante.

##### **MULHERES HISTERECTOMIZADAS**

- Está indicada a realização de rastreamento, obtendo esfregaço de cúpula vaginal sendo que a periodi-

- cidade fica a critério médico, ou seguir a periodicidade recomendada para as demais pacientes.
- Não esquecer nestas pacientes a importância do exame de mamas.

## 1.5 AVALIAÇÃO DO RESULTADO DO EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA

Com relação à entrega do resultado do exame considerar os seguintes critérios:

### PACIENTES SEM QUEIXAS, EXAME GINECOLÓGICO NORMAL E COM RESULTADO NEGATIVO:

- O resultado poderá ser entregue pela (o) enfermeira (o).
- O agendamento de nova coleta deverá respeitar as orientações contidas no item “indicações e frequência do exame de coleta de citologia oncótica”.

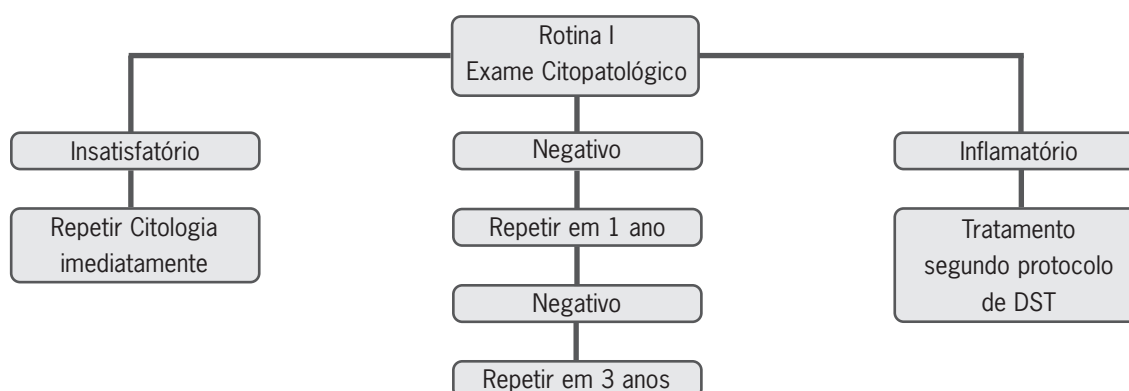
### PACIENTES COM QUEIXAS E/OU EXAME GINECOLÓGICO ALTERADO OU COM DÚVIDAS DURANTE A SUA REALIZAÇÃO:

- Agendar o resultado com o médico.

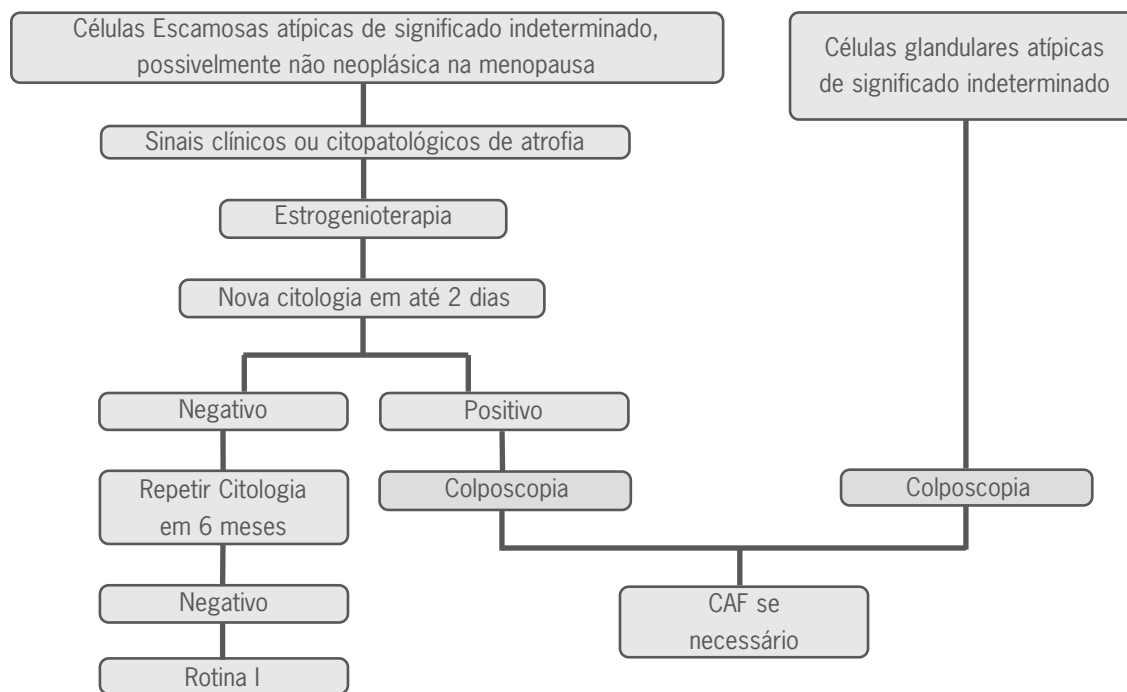
### 1.5.1 Resultados de Exames de Citologia Oncótica quando Dispensados pelo Médico

Os resultados de exames dispensados pelos médicos deverão seguir as orientações conforme o fluxograma de orientação prática de conduta, conforme resultado do exame citopatológico do Governo do Paraná, apresentados em seguida.

#### Fluxo de Orientação Prática de Conduta, Conforme Resultado do Exame Citopatológico

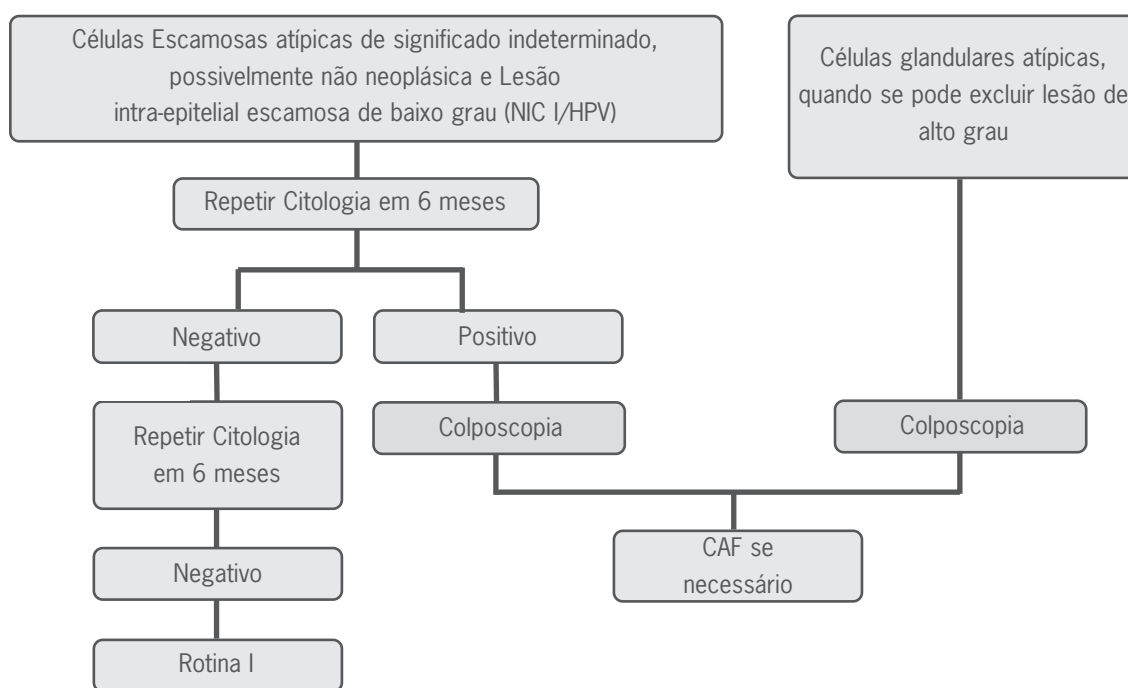


### Fluxo de Orientação Prática de Conduta, Conforme Resultado do Exame Citopatológico



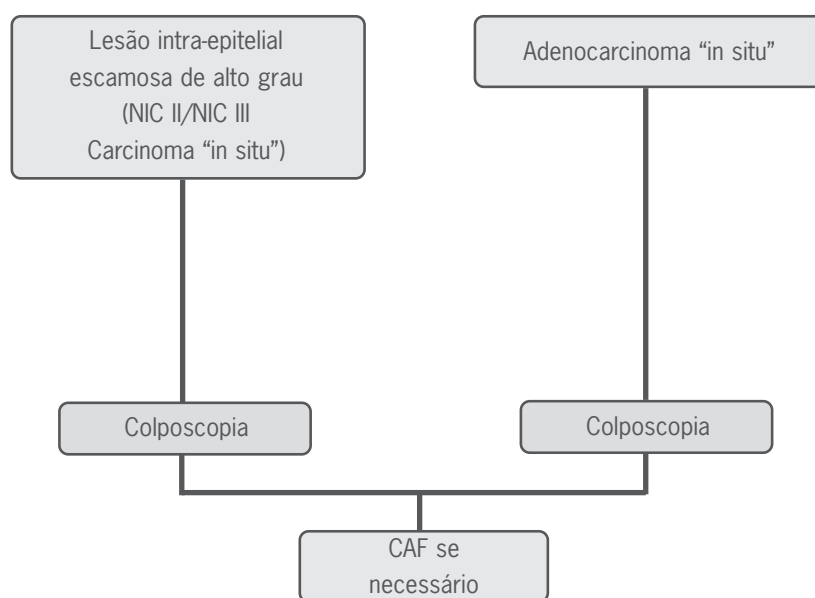
Nota: Para o Município de Londrina, o serviço referência para de colposcopia situa-se no CISMENPAR – Travessa Goiânia, 152, conforme definição do Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico do Estado do Paraná.

**Fluxogramas de Orientação Prática de Conduta (Continuação)**



Orientações às pacientes encaminhadas para referencia secundaria (colposcopia): Fazer tratamento prévio de infecções, não estar no período menstrual, levar absorvente, e seguir orientações prévias para coleta de (C.O.).

**Fluxogramas de Orientação Prática de Conduta (Continuação)**



### 1.5.2 Resultados de Exames de Citologia Oncótica quando Dispensados pelo Enfermeiro

RESULTADOS ESPERADOS	ORIENTAÇÃO QUANTO A CONDUTA
Amostras insatisfatórias para avaliação oncológica	Repetir a coleta
Alterações celulares benignas (inflamação, reparação, metaplasia escamosa imatura, atrofia com inflamação, radiação, outras*)	Repetir o exame citopatológico em 01 ano. Após dois resultados negativos repetir de 03 em 03 anos.
<b>ATIPIAS CELULARES</b>	
Células atípicas de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásica	Repetir citologia em 06 meses, se o resultado ainda for negativo, repetir novamente em 06 meses. Se continuar negativo segue condutas preconizadas na rotina.
Lesão intra-epitelial de baixo grau, em células escamosas (compreendendo efeito citopatológico pelo HPV e NIC I)	
Células atípicas de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásica, na menopausa	Encaminhar para consulta médica
Presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual)	Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de significado indeterminado, em células escamosas, não podendo afastar lesão intra-epitelial de alto grau	
Células atípicas de significado indeterminado, em células glandulares, possivelmente não neoplásicas	
Células atípicas de significado indeterminado, em células glandulares, não podendo afastar lesão intra-epitelial de alto grau	
Células atípicas de significado indeterminado, de origem indefinida, possivelmente não neoplásica	
Células atípicas de significado indeterminado, de origem indefinida, não podendo afastar lesão intra-epitelial de alto grau	
Lesão intra-epitelial de alto grau, em células escamosas (compreendendo NIC II e NIC III)	
Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão	
Carcinoma epimóide invasor, em células escamosas	
Adenocarcinoma "in situ"	
Adenocarcinoma invasor - cervical, endometrial, sem outras especificações	
Outras* neoplasias malignas, em células glandulares	
<b>MICROBIOLOGIA</b>	
<i>Lactobacillus</i> sp, cocos e outros* bacilos que não supracitoplasmáticos (sugestivo de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i> )	São informados no exame citopatológico por considerar-se a oportunidade. No Brasil há uma grande dificuldade de estabelecer uma terapêutica microbiana baseada exclusivamente no preventivo.
<i>Gardnerella</i> , <i>Cândida</i> sp, <i>Trichomonas vaginalis</i> , sugestivos de <i>Chlamydia</i> sp, efeito citopatológico com vírus do grupo <i>Herpes</i> , outros*	Consultar o protocolo de tratamento de D.S.T na UBS, apresentado no item 1.5.3 pág 22

\* No laudo deverá vir especificado

**OBS:** Se o exame clínico apontou algum processo infeccioso, mas que não tenha sido demonstrado no laudo, deve-se agendar consulta médica.

## 1.5.3 Protocolo Para Tratamento de D.S.T. Nas U.B. Ss. \*

ETIOLOGIA	TRATAMENTO PARCEIRO	TRATAMENTO	GESTANTES ou NUTRIZES	PARCEIROS
Vaginose Bacteriana (G. vaginalis)	Não trata - exceto nos casos recidivantes	Metronidazol 2,0g VO dose única	Nutrizes = metronidazol gel 1 aplicação vaginal de 12/12hs por 5 dias Após o 1º trim. 250 mg/VO 8/8 hs por 7 dias ou 2,0g dose única	Metronidazol 2,0g VO dose única
Candidíase	Não trata na UBS. Se sintomático encaminhar para CIDI	Nistatina creme vag. 1 aplicação vag/dia por 14 dias, se não melhorar Cetoconazol 400mg/dia p/ 5 dias VO	Nistatina creme vag 1x dia por 14 dias	—
Tricomoniase	Sim	Metronidazol 2,0 g VO dose única	Idem Vaginose Bacteriana	Metronidazol 2,0g VO dose única

\* Este protocolo foi adaptado a partir do Manual de Controle de Doenças Sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde, de acordo com os medicamentos disponibilizado para a atenção primária. **Casos de DST síndrômica e que não conste o tratamento neste protocolo, encaminhar o usuário para o CIDI com receita médica em 02 vias.**

## 1.6 ORIENTAÇÕES EM CASOS DE D.S.T.

Nos casos em que forem diagnosticados como DST, considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV, não esquecendo dos seguintes procedimentos:

- Aconselhamento;
- Oferecer anti-HIV e VDRL;
- Enfatizar a adesão ao tratamento;
- Notificar no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Anexo 04);
- Convocar parceiros;
- Agendar retorno com ginecologista urologista - DST.

## 2. O CÂNCER DE MAMA

### 2.1 A ANATOMIA E FISILOGIA DA MAMA

#### 2.1.1 A MAMA NORMAL

- As mamas são órgãos pares, situados na parede anterior do tórax.
- Têm como função principal a produção do leite para a amamentação, apresentando também grande importância psicológica para a mulher, o que representa papel fundamental na constituição de sua auto-estima e auto-imagem.
- Embelezam a silhueta do corpo feminino e desempenham também função erógena e de atração sexual.
- Externamente, cada mama na sua região central apresenta uma aréola e uma papila. Na papila mamária exteriorizam-se 15 a 20 orifícios ductais, que correspondem às vias de drenagem das unidades funcionantes, que são os lobos mamários.
- A mama é dividida em 15 a 20 lobos mamários independentes, separados por tecido fibroso, de forma que cada um tem a sua via de drenagem, que converge para a papila, através do sistema ductal.
- **ÁCINO** – porção terminal da “árvore” mamária, onde estão as células secretoras que produzem o leite.
- **LÓBULO MAMÁRIO** – conjunto de ácinos.
- **LOBO MAMÁRIO** – unidade de funcionamento formada por um conjunto de lóbulos (15-20) que se liga à papila por meio de um ducto lactífero.
- **DUCTO LACTÍFERO** – sistema de canais (15-20) que conduz o leite até a papila.
- **PAPILA** – protuberância composta de fibras musculares elásticas onde desembocam os ductos lactíferos.
- **ARÉOLA** – estrutura central da mama onde se projeta a papila.
- **TECIDO ADIPOSEO** – todo o restante da mama é preenchido por tecido adiposo ou gorduroso, cuja quantidade varia com a característica física, o estado nutricional e a idade da mulher.
- As mulheres mais jovens apresentam mamas com maior quantidade de tecido glandular o que torna esses órgãos mais densos e firmes. Ao se aproximar da menopausa, o tecido mamário vai se atrofiando e sendo substituído progressivamente por tecido gorduroso, até se constituir, quase que exclusivamente, de gordura e resquícios de tecido glandular na fase pós-menopausa.

### Anatomia da Mama

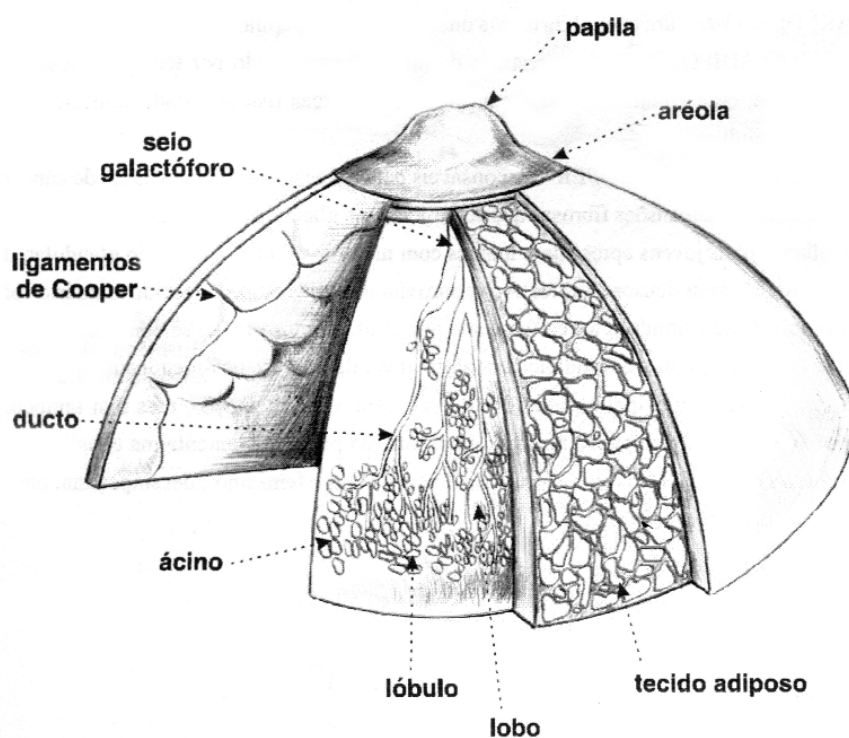


Figura 13

#### 2.1.2 A AÇÃO HORMONAL SOBRE A MAMA

Na infância, as meninas apresentam discreta elevação na região mamária, decorrente da presença de tecido mamário rudimentar. Com o início da produção hormonal de estrogênios pelos ovários, durante a puberdade, as mamas começam a se desenvolver e ocorre a multiplicação dos ácinos e lóbulos. A progesterona, que passa a ser produzida quando os ciclos menstruais tornam-se ovulatórios, tem ação sinérgica e diferenciadora da árvore ducto-lobular mamária.

Na vida adulta, o estímulo cíclico de estrogênio e de progesterona faz com que as mamas fiquem mais túrgidas, por retenção de líquido, no período pré-menstrual. A ação da progesterona, na segunda fase do ciclo, leva a uma retenção de líquidos no organismo, mais acentuadamente nas mamas, provocando nelas aumento de volume, endurecimento e dor. Depois da menopausa, devido à carência hormonal, ocorre atrofia glandular e tendência à substituição do tecido parenquimatoso por gordura.

No período da gestação o estímulo de hormônios esteróides placentários é máximo, porém outros hormônios também se elevam na gestação, sem os quais não seria possível a lactação, dentre eles a prolactina, hormônios da tireóide, corticosteróides e lactogênio placentário.

A plenitude funcional das mamas ocorre durante a amamentação, com a produção e saída do leite. A ejeção do leite, no momento das mamadas, é reflexo basicamente da contração das células mioepiteliais, que circundam os ácinos, estimuladas pela liberação de um outro hormônio, a ocitocina, que é produzido na hipófise posterior ou neuro-hipófise.



## 2.2 A ALTERAÇÕES DA MAMA

### 2.2.1 A DOR MAMÁRIA

O sintoma da dor mamária é o mais freqüentemente referido pelas mulheres (mais de 60%), que a associam com uma irreal propensão ao aparecimento de tumor.

A causa mais freqüente de dor mamária é a Alteração Funcional Benigna da Mama (AFBM), antes conhecida como displasia mamária. A dor é cíclica e depende da ação dos hormônios ovarianos sobre a mama tornado-a túrgida e dolorida, principalmente, no período pré-menstrual.

A mulher que tem muitas gestações e amamentações, em geral não refere dor mamária. Os traumas, infecções, neurites, inflamações nos arcos costais e estresse são outras causas de dor que podem ser agravadas pela ingestão exagerada de cafeína (coca-cola, chocolate, café).

A AFBM não é considerada doença e não se constitui um fator de risco isolado para o desenvolvimento do câncer de mama.

### 2.2.2 A DESCARGA PAPILAR

A descarga papilar constitui um sinal de alerta quando abundante, de aspecto cristalino ou sanguinolento, unilateral, exteriorizando-se por um único ducto (sinal de gatilho). O líquido deve ser submetido ao exame citológico e aquele setor da mama merece investigação histológica através da exeresse cirúrgica dos ductos principais.

### 2.2.3 OS NÓDULOS

O nódulo mamário (tumor) é uma área definida, de consistência variada, de limites precisos ou não, cuja consistência pode ser cística ou sólida.

A avaliação semiológica de qualquer nódulo deve ser iniciada pelo exame clínico, seguido de ultrasonografia e/ou mamografia e quando se fizer necessário, a punção aspirativa por agulha fina (exame citológico) e a punção por agulha grossa ou "core-biopsia" (exame histopatológico).

O câncer de mama apresenta-se como um tumor de consistência dura, de limites mal-definidos, de tamanho que pode variar de 01 até vários centímetros de diâmetro, de acordo com o tempo de evolução. Pode estar com a mobilidade preservada ou aderida à pele, ao gradil costal ou a ambos. O tumor menor que 01 cm dificilmente será detectado clinicamente, daí a importância do exame mamográfico de rastreamento a fim de detectar lesões não palpáveis.

A pele que recobre a mama pode estar íntegra, ulcerada pelo tumor ou apresentar-se como uma casca de laranja (carcinoma inflamatório).

Os nódulos benignos da mama são representados principalmente pelos fibroadenomas e cistos.

O **fibroadenoma** surge quase sempre após a adolescência. Apresenta-se como um nódulo duro, sólido, não doloroso, móvel à palpação e mede de 01 a 03 cm, de limites precisos e contornos bocelados. Trata-se de lesão benigna, sem potencial de malignização. Certos tipos de câncer, chamados tumores circunscritos, podem simular um fibroadenoma sendo, portanto prudente a confirmação histopatológica dos mesmos.

Os cistos são facilmente palpados, de consistência amolecida decorrente de seu conteúdo líquido e podem atingir grandes volumes.

Existem **cistos** pequenos, chamados de microcistos que não são palpáveis e que são detectados pela ultra-sonografia. Quase sempre múltiplos que geralmente não representam problema clínico.

Alguns tipos de cistos volumosos ou não, podem desenvolver crescimento tumoral no seu interior, lembrando uma vegetação em desenvolvimento. Estas vegetações intracísticas merecem investigação, pois podem representar lesões pré-malignas ou malignas.

O cisto geralmente é bem visualizado à mamografia e ao exame ultra-sonográfico, como nódulo de contornos bem definidos e sem calcificações e de baixa densidade. A ultra-sonografia é o método diagnóstico ideal para a doença cística.

O tratamento do cisto é a punção aspirativa esvaziadora com agulha. Deve ser extraído cirurgicamente: no caso de conteúdo sanguinolento à punção, tumor residual pós-punção, vegetação intracística ao ultra-som ou em casos de recidivas.

## 2.2.4 AS FORMAS ESPECIAIS

### CARCINOMA DUCTAL IN SITU

O carcinoma in situ é aquele que não invadiu a membrana basal e, portanto não tem capacidade de enviar êmbolos para o sistema vascular. É um tumor quase sempre descoberto em fase sub-clínica, por meio de mamografia, que visualiza a presença de microcalcificações. O seu tratamento atinge taxa de cura próximo a 100% e é baseado em quadrantectomia ou mastectomia, dependendo da extensão do próprio tumor.

### SARCOMAS

Os sarcomas originam-se do tecido conjuntivo que existe nos septos do tecido glandular. São raros, correspondendo a 1% de todos os cânceres de mama. Usualmente não se disseminam por via linfática, mas pela via sanguínea; podem crescer rapidamente e atingir grandes volumes locais sem ulcerações. Seu tratamento é cirúrgico, com retirada total da mama.

### CARCINOMA DE PAGET

Essa é uma lesão especial em que as células neoplásicas apresentam um epidermotrofismo e, freqüentemente, se exteriorizam pela papila mamária, simulando dermatite eczematóide unilateral. Esta deve sempre merecer um certo grau de suspeição e requer biópsia.

## CARCINOMA INFLAMATÓRIO

O carcinoma inflamatório é uma forma especial de tumor caracterizada pelo comprometimento difuso da mama, que adquire características de inflamação. Apresenta ao microscópio, êmbolos subdérmicos maciços. Clinicamente, a pele apresenta calor, rubor e edema, lembrando casca de laranja. Trata-se de um tumor agressivo, fundamentalmente tratado pela quimioterapia.

## 2.3 O CÂNCER DE MAMA

### 2.3.1 O MECANISMO DE FORMAÇÃO

O processo de formação do tumor de mama passa por 03 fases: iniciação, promoção e progressão.

A **fase de iniciação** é um fenômeno genético, porque decorre de alterações nos genes (parte do DNA que constitui os cromossomos e que codifica a síntese de uma proteína), determinando a produção de substâncias que favorecem a multiplicação das células ou a falta de síntese de outras substâncias inibidoras da divisão celular.

Não se deve confundir alteração genética adquirida com alteração genética hereditária, pois esta pode ser transmitida de mãe para filha e constitui, no máximo, 10% dos cânceres de mama.

A **fase de promoção** representa a atuação de fatores de crescimento e multiplicação celular (como é o caso de certos hormônios) sobre células geneticamente alteradas, ou seja, "iniciadas".

A **fase de progressão** é o período em que as células alteradas multiplicam-se descontroladamente, atravessando a barreira limítrofe do ducto mamário (membrana basal) procura atingir vênulas e linfáticos para se disseminar.

### 2.3.2 A HISTÓRIA NATURAL

A evolução natural do tumor deve ser entendida como se não fosse adotada nenhuma medida de tratamento.

Desde o início da formação do câncer até a fase em que ele pode ser descoberto pelo exame físico (fase subclínica), isto é, a partir de 01 cm de diâmetro passam-se, em média, 10 anos.

Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses, ou seja, no início na fase subclínica impalpável tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível.

Se não for tratado, o tumor desenvolve metástases (focos de tumor em outros órgãos), mais comumente para os ossos, pulmões e fígado.

### 2.3.3 OS FATORES DE RISCO

#### RISCO AUMENTADO:

- Sexo feminino;
- Menarca precoce (antes dos 11 anos);
- Menopausa tardia (após os 55 anos);
- Nuliparidade;
- Primeira gestação a termo após os 30 anos;
- Mãe ou irmã com história de câncer de mama;
- Dieta rica em gordura animal;
- Dieta pobre em fibras;
- Obesidade (principalmente após a menopausa) IMC > 30;
- Radiação ionizante;
- Ciclos menstruais menores que 21 dias;
- Padrão sócio-econômico elevado;
- Ausência de atividade sexual;
- Residência em área urbana;
- Cor branca;
- Vide modelo de Gail.

#### RISCO DIMINUÍDO:

- Sexo masculino;
- Menarca após os 14 anos;
- Menopausa antes dos 45 anos;
- Primeira gestação a termo e amamentação precoces (idade inferior a 30 anos);
- Atividade física regular;
- Hábitos alimentares saudáveis (baixo teor de gordura, sal e açúcar; aumento de grãos integrais, tubérculos, vegetais e frutas).

### 2.3.4 OS FATORES DE PREVENÇÃO

Em termos de sua prevenção, apesar de não existirem evidências conclusivas de que um alto teor de gordura na alimentação cause câncer de mama, uma dieta saudável que inclua quantidades adequadas de proteínas, carboidratos e gorduras; muitas frutas, verduras, legumes e grãos integrais; assim como pouco sal e açúcar têm demonstrado reduzir o risco não só desse tipo de câncer, como também de outros tipos, além de doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas (World Câncer Research Fund/American Institute for Câncer Reserarch, 1997).

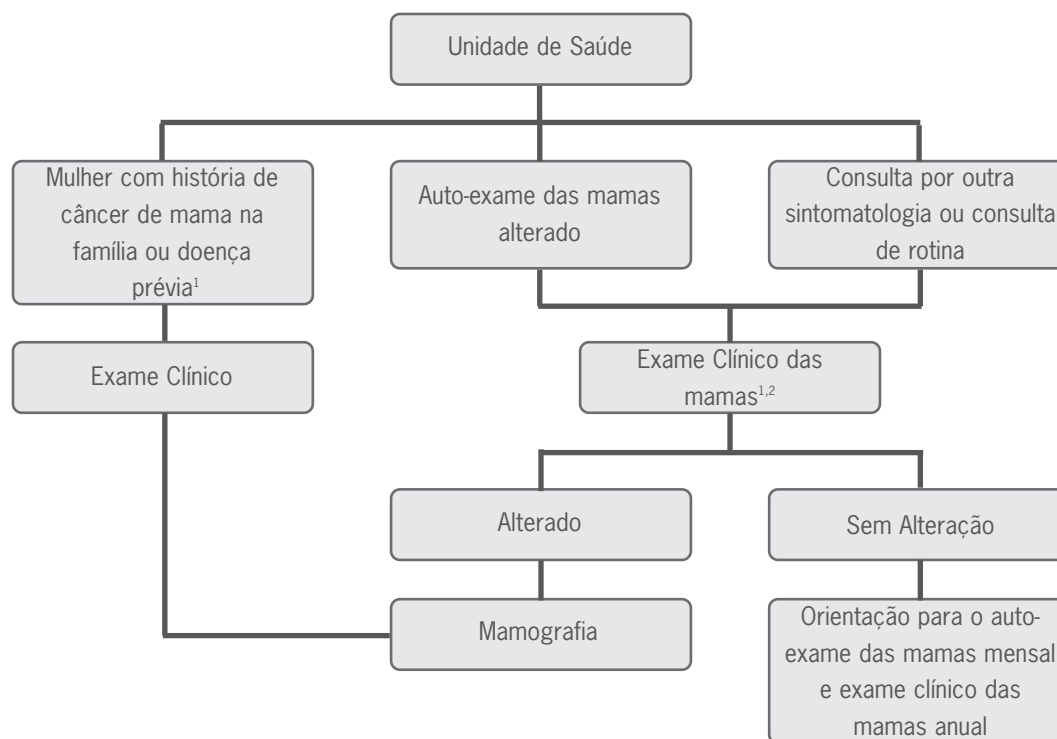
De modo semelhante, a atividade física regular e a manutenção do Índice de Massa Corporal – IMC abaixo de 30, preferencialmente entre 18,5 e 25, constituem importantes fatores de proteção.

$$IMC = \frac{PESO (KG)}{ALTURA^2 (M)}$$

CLASSIFICAÇÃO	IMC (KG/M <sup>2</sup> )	RISCO DE CO-MORBIDADE
Normal	18,5 - 24,9	Normal
Sobrepeso	25,0 - 29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0 - 34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0 - 39,9	Grave
Obeso Classe III	> 40,0	Muito Grave

Organização Mundial da Saúde, 1998

### Fluxograma de Atenção para o Controle do Câncer de Mama na UBS



<sup>1</sup>Caso a mulher tenha sido atendida pelo enfermeiro, agendar consulta médica.

<sup>2</sup>Para toda mulher que procura a unidade de saúde para o exame clínico das mamas, o profissional deve realizar o Modelo de Gail, em caso de alto risco o médico deve solicitar mamografia – o enfermeiro deve agendar consulta médica. Para baixo risco deve ser orientada a realizar o exame clínico anual.

No Brasil, identifica-se a necessidade de estimular estilos de vida mais saudáveis, pois estes estão sendo cada vez menos adotados pela população. Estes aspectos também precisam estar articulados e incorporados nas consultas de rotina e nas campanhas públicas para controle da doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o estímulo de hábitos alimentares saudáveis (baixo teor de gordura, sal e açúcar; aumento de grãos integrais, tubérculos, vegetais e frutas) como uma medida importante de prevenção primária (Ministério da Saúde, 1997).

Como ação de prevenção secundária, ou seja, de detecção precoce do câncer de mama. A OMS menciona três estratégias, complementares entre si, quais sejam:

- **Auto-exame das mamas (AEM)**
- **Exame clínico das mamas (ECM)**
- **Mamografia**

## O EXAME DAS MAMAS

É dever de todos os profissionais que atuam em Unidades de Saúde, proceder ao exame clínico das mamas e durante o mesmo ensinar, estimular e esclarecer a importância de adotar o auto-exame das mamas com rotina.

O auto-exame das mamas e o exame clínico das mamas aumentam a detecção do câncer em estágios iniciais, possibilitando a descoberta de pequenos tumores (de 1 a 3 cm), de forma que o tratamento da doença possa ser feito em fase inicial (Ministério da Saúde, 1996). A utilização desses dois exames educa a mulher para o cuidado com o seu corpo e estimulam os profissionais de saúde para o diagnóstico da doença.

## O AUTO-EXAME

- Orientar à paciente que o Auto-exame das Mamas (AEM) deve ser feito uma vez por mês, geralmente do 7º ao 10º dia após a menstruação;
- Para as mulheres que não menstruam mais, o auto-exame deve ser feito no mesmo dia de cada mês, podendo ser associado ao dia do aniversário;
- Orientar que o auto-exame deve ser feito em duas etapas: **observação e palpação**.

### Observação

- Nua, em frente a um espelho, ficar em pé, com os braços relaxados ao longo do corpo (figura 14);
- Observar as mamas, comparando o tamanho, posição, coloração da pele, e se há presença de abaulamentos ou retrações;
- Lentamente elevar os braços acima da cabeça, observando se há surgimento ou intensificação dos abaulamentos ou retrações;
- Com as mãos na cintura, contrair os músculos do peito, continuando as observações.



Figura 14

**Palpação**

- Deitada, com uma toalha dobrada sob a região torácica, elevar o braço do lado da mama que será examinada, colocando a mão sob o pescoço (figura 15);
- Com a mão espalmada, deslizar as polpas digitais sobre a mama, iniciando pela região axilar, seguindo pela sub-clavicular e depois em espiral até a região do mamilo, verificando se há presença de nódulos (figuras 16, 17, 18 e 19);
- Proceder à expressão mamilar, detectando a presença de secreções ou sangramentos (figura 20);
- Realizar a palpação da outra mama do mesmo modo;
- A palpação pode ser feita ainda durante o banho, com as mamas ensaboadas, facilitando o deslizamento das mãos sobre as mesmas.



Figura 15



Figura 16



Figura 17



Figura 18



Figura 19



Figura 20

### Sinais de alerta observáveis ao auto-exame das mamas

No auto-exame de mamas a mulher deverá estar atenta à presença de:

- Nódulos mamilares ou auxiliares;
- Abaulamentos ou retrações;
- Desvio mamilar;
- Presença de secreção ou sangue à expressão dos mamilos;
- Alterações de coloração ou formato mamário;
- Dor unilateral.

#### NOTA:

- **A repetição sistemática do auto-exame levará ao conhecimento das próprias mamas facilitando, assim, a percepção de alterações:**
- **Orientar a mulher que se ela achar alguma alteração não deve se assustar. Deve procurar um serviço de saúde para fazer um exame mais detalhado e receber orientações adequadas, pois, a maioria das alterações detectadas no auto-exame não é câncer.**
- **Ao aparecimento de algum desses sinais de alerta, agendar consulta médica especializada.**

### O EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

O Exame Clínico das Mamas (ECM), como qualquer parte do exame físico, pode ser usado para triagem (detecção de câncer de mama em mulheres assintomáticas) ou para diagnóstico, para avaliar queixas relativas às mamas, basicamente para descartar o câncer. Queixas de nódulo mamário ou derrame papilar devem orientar um exame clínico criterioso.

O ECM é realizado pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro) rotineiramente durante sua consulta. Ele evidencia alterações macroscópicas identificáveis na inspeção, palpação das mamas e regiões axilares e supraclaviculares.

#### Inspeção

A paciente deve sentar-se na mesa de exame, dispondo de uma boa iluminação. Deve-se observar a simetria de ambas as mamas, o contorno mamário, sem retificações e o aspecto das auréolas e mamilos (Figura 21).

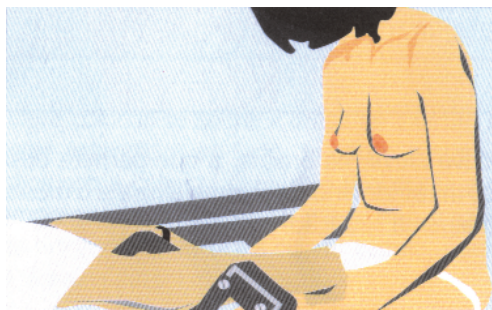


Figura 21



O segundo passo consiste em forçar a tensão dos músculos peitorais para se observar se com essa tensão se produz alguma depressão ou deformação do contorno mamário, ou tendência a retração do mamilo (Figura 22).



Figura 22

A paciente deve elevar os braços, o que permite observar se as mamas mostram ou não sulco inframamário na mesma altura e o mesmo para os mamilos; ou se produz ou não alguma retração (Figura 23).

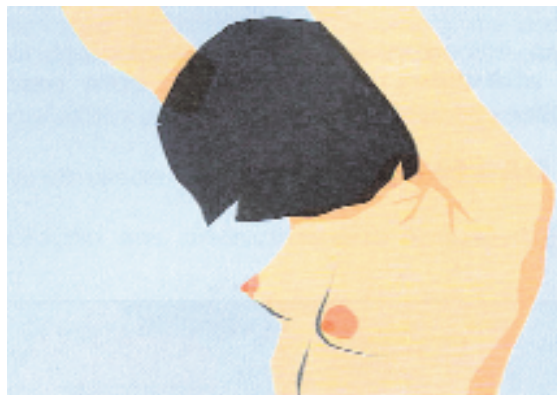


Figura 23

Para observar a posição pendular das mamas, a paciente pode ficar em pé ou sentada, apoiando suas mãos sobre as mãos do médico. Nesta posição é fácil observar áreas de possível retração da pele ou mamilo (Figura 24).

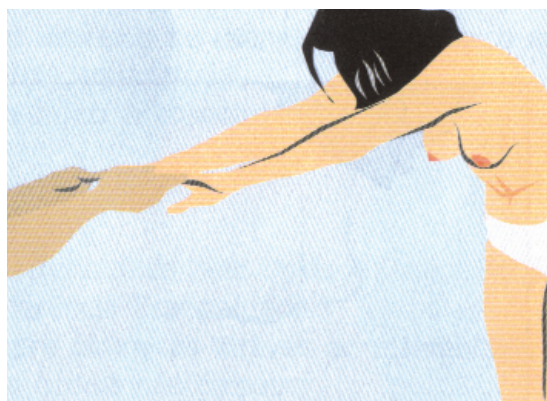


Figura 24

### Palpação

A paciente deve colocar-se sobre a mesa de exame, em decúbito dorsal; os braços podem estar estendidos ao lado do corpo e num segundo momento, elevados, com as mãos sob a cabeça. O médico procederá a exploração de toda a área mamária, empregando a palma da mão; não importa que o faça por quadrante, em linhas horizontais, verticais ou em círculo, porém não deve deixar de palpar nenhuma área (Figura 25).



Figura 25

Realizam-se as mesmas manobras da figura anterior, mas fazendo com que a paciente tensione os músculos peitorais para o que a melhor posição é com as mãos nos quadris. Desta forma, a mama deve deslizar sobre uma superfície dura, como é a parede costal e os músculos peitorais contraídos (Figura 26).



Figura 26

E por último, a palpação mamária deve investigar se existe ou não secreção mamária. Começa-se com uma compressão suave pelo mamilo descendo até a base mamária e vai se progredindo para a auréola e por último se realiza uma compressão não traumática (Figura 27).

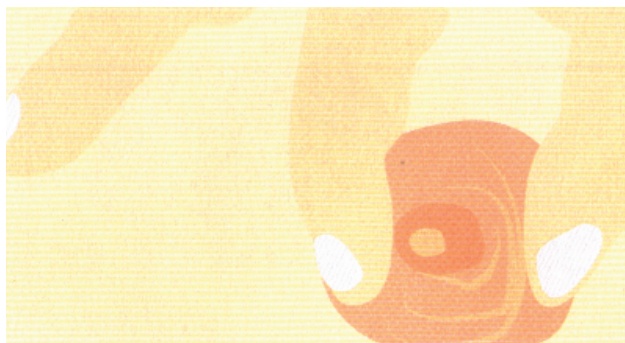


Figura 27

O exame clínico prossegue com a palpação das áreas ganglionares: estando a paciente em decúbito dorsal, o médico deve apalpar o oco axilar com os braços em posição de extensão, conforme indica a figura (Figura 28).



Figura 28

Essa figura mostra outra posição, sentada, para se avaliar o oco axilar. A paciente apóia sua mão no antebraço do médico para este palpar a axila esquerda, facilitando a identificação de possíveis adenopatias axilares (Figura 29).



Figura 29

Esta figura mostra a palpação das fossas supraclaviculares que é facilitada com a paciente em posição sentada e o médico atrás. Com a mão esquerda apoiada sobre a cabeça da paciente e flexiona o lado que vai explorar com a mão direita (Figura 30).



Figura 30

Esta figura representa o resultado do achado clínico de um nódulo, pondo em evidência a sua localização, forma e tamanhos e pode ser explorado também pela citopunção (Figura 31).



Figura 31

## MAMOGRAFIA

A mamografia é um exame radiológico realizado em aparelho de alta resolução, o mamógrafo, onde, por meio dos raios X, podem-se visualizar imagens tumorais, calcificações, etc. A mamografia tem suas indicações listadas a seguir.

a) Para complementação do diagnóstico da doença, detectada pelo médico, por meio do exame clínico das mamas e, muitas vezes, pela mulher, por meio do auto-exame das mamas.

b) para acompanhamento rotineiro de mulheres consideradas com situação de alto risco, ou seja, que já tiveram lesões pré-neoplásicas ou neoplásicas ou com história familiar da doença em ascendentes e parentes diretos. As respectivas indicações do período para realização da mamografia são:

- *Mulheres com lesões previamente diagnosticadas como hiperplasia atípica ou neoplasia lobular in situ, ou câncer de mama prévio em qualquer idade: deverão fazer o exame anual;*
- *Uma mamografia basal deverá ser realizada aos 35 anos de idade e se não houver risco para Cá de mama, deverá ser realizada anualmente após 40 anos de idade;*
- *Mulheres com 40 anos ou mais de idade, com história familiar de câncer de mama na mãe ou irmã ocorrida na pré-menopausa: deverão fazer o exame anual*

### Classificação mamográfica de lesões mamárias segundo o BI-RADS

Após a reunião de consenso do Colégio Americano de Radiologia, quando criou a classificação chamada Breast Imaging Reporting and Data System ou (BI-RADS), foi também adotada no Brasil em reunião de consenso de três Sociedades: Colégio Brasileiro de Radiologia, Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, a mesma classificação que tem a seguinte divisão:

## **A – AVALIAÇÃO MAMOGRÁFICA INCOMPLETA**

### **CATEGORIA 0:**

- Necessita Avaliação Adicional de Imagem ou Mamografias prévias para comparação.
- Achados nos quais avaliação adicional de imagem é necessitada.
- Isto quase sempre é feito em uma situação de rastreio.
- Em certas circunstâncias esta categoria pode ser usada após uma elaboração mamográfica completa.
- Uma recomendação para avaliação adicional de imagem pode incluir, mas não é limitada ao uso de spot compressão, magnificação, incidências mamográficas especiais e ultra-sonografia.
- Sempre que for possível, caso o estudo não seja negativo e não contenha um achado tipicamente benigno, tal exame deve ser comparado com estudos anteriores.
- O radiologista deve julgar a importância em obter tais estudos anteriores.
- A categoria 0 deve ser somente usada com um filme antigo de comparação quando tal comparação é requisitada para fazer uma avaliação final.

## **B – AVALIAÇÃO MAMOGRÁFICA COMPLETA – CATEGORIAS FINAIS**

### **CATEGORIA 1:**

#### **NEGATIVA**

- Não há comentário algum a ser feito nesta categoria.
- As mamas são simétricas e não há massas, distorção arquitetural ou micro calcificações suspeitas presentes.

### **CATEGORIA 2:**

#### **ACHADOS BENIGNOS**

- Como na Categoria 1, esta é uma avaliação "normal", mas aqui, o mamografista escolhe descrever o achado benigno no laudo mamográfico.
- Fibroadenomas calcificados em involução; múltiplas calcificações secretoras; lesões que contenham gordura, tais como: cistos oleosos, lipomas, galactoceles e densidade mista, hamartoma: todos têm caracteristicamente aparências benignas e podem ser classificados com confiança.
- O mastografista também pode escolher descrever linfonodos intramamários, calcificações vasculares, implantes ou distorção claramente relacionada a cirurgia prévia enquanto ainda concluindo, se não há evidência mamográfica de malignidade.
- Note que as avaliações de ambas as Categorias 1 e 2 indicam que não há evidência mamográfica de malignidade.
- A diferença é que a Categoria 2 deve ser usada quando descrever um ou mais achados mamográficos benignos específicos no laudo, onde a Categoria 1 deve ser utilizada tais achados não são descritos.

### **CATEGORIA 3:**

#### **ACHADO PROVAVELMENTE BENIGNO – UM CONTROLE DE INTERVALO-CURTO É SUGERIDO**

- Um achado colocado nesta Categoria deve ter menos do que 2% de malignidade. Não existe espec-



tativa de mudança após o intervalo para controle; entretanto, o mamografista pode preferir estabelecer sua estabilidade.

- Existem diversos estudos clínicos prospectivos demonstrando a segurança e eficácia de um controle inicial de curto-prazo para achados mamográficos específicos (1-5).
- Três achados específicos são descritos como sendo provavelmente benignos: a massa sólida circunscrita não calcificada, assimetria focal, calcificações agrupadas redondas (puntiformes) o último é considerado por alguns mastografistas de serem de característica absolutamente benigna.
- Todos os estudos publicados enfatizam a necessidade de conduzir uma avaliação completa de diagnóstico de imagem antes de fazer uma avaliação provavelmente benigna (Categoria 3); logo não é aconselhável fazer uma avaliação quando está interpretando um exame de rastreamento. Ainda mais, todos os estudos publicados excluem lesões palpáveis, logo o uso de uma avaliação de provavelmente benigna para uma lesão palpável não é sustentado por dados científicos. Finalmente, evidências de todos os estudos publicados indicam a necessidade da biópsia mais do que um controle continuado quando os achados com maior probabilidade de benignidade aumentam em tamanho ou extensão.
- Enquanto a vasta maioria dos achados nesta categoria será manejada com um exame-follow-up inicial a curto-prazo (06 meses) seguido de exames adicionais a longo-prazo (02 anos ou mais) até que a estabilidade seja aparente, há ocasiões nas qual a biópsia é feita (desejos da paciente ou preocupações clínicas).

#### **Categoria 4:**

**Altamente Sugestiva de Malignidade – Ação apropriada deve ser tomada (malignidade quase certa)**

- Estas lesões têm alta probabilidade (= 95%) de serem câncer.
- Esta categoria possui lesões no qual um estágio de tratamento cirúrgico deve ser considerado sem biópsia preliminar.
- Entretanto, cuidado oncológico corrente pode precisar uma amostra de tecido percutâneo, como por exemplo, quando a imagem do nódulo sentinela está incluída no tratamento cirúrgico ou quando a quimioterapia neoadjuvante é administrada no início.

## **2.4 MODELO DE GAIL**

O Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama do Estado do Paraná buscou uma inovação no auxílio ao diagnóstico precoce com a introdução do Modelo de Gail, usado como ferramenta de identificação e recrutamento das mulheres de risco assintomáticas; e, na criação de Unidades de Mama para o diagnóstico de lesões não palpáveis.

Todas as mulheres acima de 35 anos, ao procurarem as Unidades de Saúde, passarão por uma avaliação rápida com o Modelo de Gail, que é um programa estatístico e informatizado que permite ao examinador determinar, utilizando cinco perguntas relacionadas aos fatores de riscos da paciente, a tendência que cada mulher tem de desenvolver câncer de mama ou não.

Os principais fatores avaliados pelo modelo de Gail, associados a um risco aumentado de desenvolver câncer de mama, consideram:

- Idade;

- Menarca precoce e menopausa tardia;
- Mãe ou irmã ou parentes diretos com história de câncer de mama antes de 50 anos;
- Nuliparidade ou primeiro filho em idade tardia;
- Paciente que teve diagnóstico prévio de hiperplasias com atipias.

Estas cinco perguntas aparecem seqüencialmente na tela do computador e quando respondidas, um cálculo imediato atribuído ao risco relativo de cada mulher avalia a possibilidade de desenvolver câncer de mama nos próximos cinco anos e durante toda sua vida, possibilitando, desta maneira, um rastreamento da doença na população e um cuidado anual específico com a mulher de maior risco.

O Modelo de Gail é acessado através do portal da saúde [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br), Câncer de Mama. Onde não houver computador no local de atendimento, poderá ser realizado através do preenchimento das perguntas em um formulário (Anexo 05) deverá ser digitado em um computador do município. O resultado obtido pelo sistema informatizado deverá ser impresso e encaminhado à Unidade de Saúde, onde esta paciente foi atendida, e em caso de risco acima de 3,6 a busca ativa deverá ser realizada.

A situação de risco poderá aparecer durante a seqüência de consultas ao longo do tempo, portanto uma avaliação anual é necessária juntamente com o exame preventivo. Esses resultados devem ser registrados no Cartão da Mulher (Anexo 06) de acompanhamento e avaliação ginecológica.

### Conduas

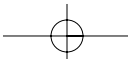
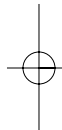
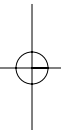
- A mulher em situação de risco deverá ser acompanhada quando apresentar um resultado acima de 3,6 – chamado risco relativo e receberá orientação sobre esse risco.
- De acordo com as suas necessidades clínicas, será realizado mamografia e ou ecografia ou será encaminhada para centro de referência para consulta especializada.
- Este exame mamográfico, de modo geral, será realizado em mulheres acima de 35 anos, ou associá-lo à ecografia, se assim sugerir o laudo mamográfico.
- Em caso de positividade do resultado do exame, após avaliação clínica e avaliação de imagem, esta mesma paciente será encaminhada à Unidade de Mama.
- Esta Unidade propõem-se a dar condição de resolubilidade em tempo hábil, dos nódulos ou lesões de qualquer natureza, que não puderam ser resolvidos no nível secundário.
- Podemos prever que para cada 1000 mamografias e ecografias realizadas entre 100 e 150 lesões não palpáveis, poderão aparecer como resultado da detecção precoce, quando o rastreamento adequado destas pacientes for progressivamente implantado. Estas lesões deverão ser diagnosticadas através de biópsia para sua determinação histológica.
- Como cada lesão pode apresentar variados graus de resolução clínica, desde a simples biópsia por agulhamento com radiocongelamento (no caso de microcalcificações inconclusivas), até marcações pré-cirúrgicas com radiocongelamentos trans-operatórias e avaliação anátomo-patológica das margens do tumor.
- Para isto, as Unidades de Mama deverão dispor de equipamentos como mamógrafos, ecógrafos e este-reotaxia, anexos a um centro cirúrgico e deverão ter capacidade de resolução clínica para as lesões não palpáveis benignas, como fibroadenomas ou malignas como os carcinomas que deverão ser resolvidos



**Protocolo de Detecção e Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama - 2. O CÂNCER DE MAMA**

nestas Unidades.


- Estas Unidades terão também o objetivo de centro de treinamento para os profissionais de saúde de todo o Estado, sendo também um centro que possa dar continuidade ao tratamento quimioterápico e radioterápico quando necessário, bem como a reabilitação da paciente através de reconstrução, tratamento psicológico de apoio e reintegração a sociedade.






# ANEXOS

## ANEXO 01: Modelo de Requisição do Exame Citopatológico



**GOVERNO DO PARANÁ**

**Atenção, Nova nomenclatura Novo Modelo de Requisição. A partir de 01 de junho de 2006, Não utilizar requisição antiga, com validade de maio de 2006.**



**SESA**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

**REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**

*Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama*

UF  CNES da Unidade de Saúde  Número do Exame

Unidade de Saúde

Município  Prontuário

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade  Órgão Emissor  UF  CNPF (CPF)

Data de Nascimento  Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número  Complemento  Bairro  UF

Código do Município  Município

CEP  DDD  Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE:  Analfabeta  1º Grau Incompleto  1º Grau Completo  2º Grau Completo  3º Grau Completo

**DADOS DA ANAMNESE**

**1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?**  
 Sim. Quando fez o último exame? ano

Não  Não sabe

**2. Usa DIU?**  Sim  Não  Não sabe

**3. Está grávida?**  Sim  Não  Não sabe

**4. Usa pílula anticoncepcional?**  
 Sim  Não  Não sabe

**5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?**  
 Sim  Não  Não sabe

**6. Já fez tratamento por radioterapia?**  
 Sim  Não  Não sabe

**7. Data da última menstruação / regra:**  
 /  /   Não sabe / Não lembra

**8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)**  
 Sim  Não / Não sabe / Não lembra

**9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)**  
 Sim  Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

**10. Inspeção do colo**  
 Normal  Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)  Alterado  Colo não visualizado

**11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?**  
 Sim  Não

Data da coleta  /  /  Coletor

nº415

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos

Protocolo de Detecção e Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama - ANEXOS

**ANEXO 02:** Sugestão Para Livro de Registros

Resultado																		
Endereço																		
Idade																		
Nome																		
Nº Prontuário																		
Nº Requisição																		
Data																		

**ANEXO 03:** Orientações para o Registro da Dispensação de Kits de C.O. para Mulheres que Colheram Citologia Oncótica no Município de Londrina

1. Definir quem será o responsável da Unidade de Saúde para controlar as entradas e saídas dos Kits de C.O. no sistema.

2. Estabelecer forma de controle de saída (baixa no momento da dispensação ou registro à parte para posterior transcrição para o sistema), com os seguintes dados: data da dispensação, número Hygia, nome ou código do produto e nome ou código do profissional. A quantidade será de 01 (um) kit por paciente. Cada Kit consiste em 01 lâmina, 01 espátula, 01 escovinha e 01 requisição.

3. Saída Extra: especificar motivo (quebra de lâmina, contaminação, etc).

4. O abastecimento será feito automaticamente pela CENTROFARMA, considerando o Ponto de Re-suprimento, portanto, as saídas deverão ser registradas preferencialmente no mesmo dia da dispensação ou coleta. Os kits serão fornecidos proporcionalmente ao número de requisições.

5. As pacientes serão inscritas automaticamente quando for dado de saída de kit pela primeira vez. Manter atualizadas as inscrições das pacientes nos programas, removendo os nomes em caso de mudança de cidade, óbito ou de saída do programa por outros motivos, através da transação **PROG PAC**.

6. Alterar o cadastro do paciente, bem como sua inscrição no programa, em caso de mudança de US (quem recebe altera).

7. O número do profissional a ser registrado na transação "SAÍDA PAC" é o número do profissional que colheu o exame de C.O.. Os profissionais não cadastrados deverão ser comunicados à Gerência de Informática, através do telefone 3376-1843, com os dados necessários ao cadastro: nome do profissional, conselho regional, número e UF, número do RG com UF, CPF, especialidades, US onde atende e endereço da Unidade (tipo de logradouro, nome e número), a fim de serem cadastrados.

8. Lembrar sempre de dar entrada e saída dos kits, para que não haja problemas no reabastecimento dos mesmos.

9. Lembrar ainda que a partir da data do início deste controle, não é necessário solicitar os kits à CENTROFARMA, através do pedido mensal.

CÓDIGO DO KIT DE C.O.	Código	Nome do Insumo
	3.08.191.00008	Kit de C.O.

**ANEXO 04:** Sistema de Informações de Agravos de Notificação

<b>CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID), EDIÇÃO 10:</b>	
<b>D.S.T.</b>	<b>CID 10</b>
Sífilis congênita	A 50
Sífilis primária	A 51.0
Sífilis secundária	A 51.3
Sífilis recente latente	A 51.5
Sífilis: outras formas e não especificadas	A 53
Cancro mole	A 57
Donovanose	A 58
Herpes simples	A 60
Linfogranuloma venéreo	A 55
Infecção gonocócica	A 54
Uretrite causada por clamídia	A 56
Cervicite causada por clamídia	A 56
Outras uretrites	N 34.2
Outras cervicites	N 72.1
Tricomoniase	A 59.0
Vaginose bacteriana	N 76.9
Condiloma acuminado	A 63.0
Infecção subclínica ou latente pelo HPV	B 34.2
DST não especificada	A 64
Transtornos inflamatórios da pelve feminina	N 74
Síndrome de úlcera genital (homem)	N 48.5
Síndrome de úlcera genital (mulher)	N 77.0
Síndrome de corrimento uretral	R 36
Síndrome de corrimento vaginal	N 77.1
Síndrome de corrimento cervical	N 72
Síndrome de desconforto ou dor pélvica	R 10.2
Estado de infecção assintomática pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	Z 21

## ANEXO 05: Modelo de Gail

<b>MODELO DE GAIL</b>		
<b>Modelo de Gail para Avaliação do Risco de Câncer de Mama</b>		
Questionário para ser aplicado onde não houver computador disponível no consultório ou Unidade de Saúde		
Nome _____		
Endereço: _____		
Unidade de Saúde _____		
Município _____		
1 - Sua paciente tem história clínica de carcinoma de ducto in situ (CDIS) ou carcinoma lobular in situ (CLIS) ?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
(Observação: Se a resposta a essa pergunta for Sim, o modelo de Gail não poderá ser aplicado, porque essa paciente já é de risco.)		
2. Qual é a idade da sua paciente? _____		
3. Qual era a idade da paciente quando ela teve a primeira menstruação? _____		
4. Qual era a idade da paciente quando nasceu o primeiro filho vivo? _____		
(se a idade for desconhecida coloque o nº 99, coloque 0 (zero) se não nasceram filhos vivos)		
5. Quantas parentes da paciente - mãe e/ou irmã(s), filhas tiveram ou tem câncer de mama? _____ (se o nº for desconhecido coloque nº 99)		
6. A paciente já foi submetida a uma biopsia de mama? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>		
(Observação: Se a resposta a pergunta 6 for Não ou Não sabe o programa passará direto para a pergunta 9).		
7. Quantas biópsias mama anteriores positivas ou negativas a paciente foi submetida? _____ (se o nº de biópsias for desconhecido coloque o nº 99)		
8. Teve a paciente pelo menos uma biopsia com hiperplasia atípica?		
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
9. Se for conhecida, por favor indique qual é a raça da sua paciente.		
Branca <input type="checkbox"/>	Negra <input type="checkbox"/>	Asiática <input type="checkbox"/>



**ANEXO 06: Cartão da Mulher**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Este cartão vai ajudá-la a prevenir e a tratar em tempo de cura o câncer ginecológico. Lembre-se de fazer o Auto-Exame das Mamas e peça para o seu médico examinar suas mamas nas consultas médicas. Não se esqueça de fazer os exames nas datas recomendadas.*

### Calendário de Exames Preventivos do Câncer

Colo do Útero	Mama
Data do início do controle:    /    / Resultado: _____	Data do início do controle:    /    / Risco de Gail: _____
Data do próximo exame:    /    / Resultado: _____	Data do próximo exame:    /    / Risco de Gail: _____
Data do próximo exame:    /    / Resultado: _____	Data do próximo exame:    /    / Risco de Gail: _____
Data do próximo exame:    /    / Resultado: _____	Data do próximo exame:    /    / Risco de Gail: _____
Data do próximo exame:    /    / Resultado: _____	Data do próximo exame:    /    / Risco de Gail: _____

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Conhecendo o viva mulher: Programa nacional do controle do câncer do colo do útero e de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle do câncer do colo uterino. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual técnico dos profissionais da saúde: prevenção do câncer do colo do útero. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas Padronizadas, 2003.

LONDRINA. Autarquia Municipal de Saúde. Instrução de trabalho: detecção precoce do câncer ginecológico. Londrina: AMS, 2004.

LONDRINA. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. Instrução de trabalho: prevenção do câncer do colo uterino e de mamas. Londrina: AMS, 2000.

PARANÁ. Secretaria do Estado do Paraná. Manual conhecendo o viva mulher. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria do Estado do Paraná. Manual do programa de prevenção e controle do câncer ginecológico. Curitiba: SESA, 2002.

PINHO, Maria Carla Vieira. Avaliação do Programa de Controle de Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina - PR. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.