

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA PERSPECTIVA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Regiane Cristina Id

**Uberaba/Minas Gerais
2011**

REGIANE CRISTINA ID

**A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA PERSPECTIVA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

Uberaba/Minas Gerais
2011

REGIANE CRISTINA ID

**A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA PERSPECTIVA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família da Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito parcial à
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

Banca examinadora

Profª. Drª. Suelene Coelho _____ UFMG

Profª Ms Maria Dolores Soares Madureira _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 13/12/2011

Uberaba/Minas Gerais
2011

*A vida só pode ser
compreendida olhando-se para
trás; mas só pode ser vivida
olhando-se para frente*

Soren Kierkegaard

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que se faz presente em minha vida, permitindo-me chegar até aqui, pois, Nele encontro forças nos momentos difíceis.

com suas sugestões, opiniões e paciência para poder obter o resultado final.

À tutora Sybele Miranzi e aos meus amigos de trabalho em especial os Agentes Comunitários de Saúde Jaime Donizetti e Rodrigo Ribeiro, que contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradecimento à orientadora
Professora: Suelene Coelho

*Queria te agradecer
Por você ter me acompanhado durante
esta minha nova jornada, por ter paciência pelo
jeito que sou...
Por ter me aceitado
Com meus defeitos
E por saber também
Elogiar minhas virtudes.
Por me ensinar
Que a cada dia
Podemos recomeçar
Por me fazer sentir
Um alguém diferente
E por eu saber
Que sempre contigo
Poderei contar.*

RESUMO

O câncer de colo de útero é um problema importante da saúde pública, sendo que está entre os principais tipos de câncer que ocorre no Brasil, sendo classificado como a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres no país, causando um grande número de óbitos. São vários os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero como: a baixa condição socioeconômica, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, higienização íntima de má qualidade, uso de contraceptivo orais e até mesmo o tabagismo. Este trabalho caracterizou o câncer de colo de útero baseado na literatura; descreveu os aspectos primordiais do rastreamento do câncer cérvico-uterino desenvolvido pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, bem como a importância da realização do exame Papanicolauo. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura científica abrangendo o período de 2002 a 2011. Com esse estudo foi possível fazer uma análise, onde todos os autores relatam a importância da realização do exame Papanicolauo e também formas para melhorar o rastreamento dentro da unidade de saúde.

Palavras chave: Prevenção câncer de colo uterino. Saúde da família. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Cancer of the cervix is an important public health problem, and is among the leading types of cancer that occurs in Brazil, ranked as the third most common cancer among women in the country, causing a large number of deaths. There are several risk factors for developing cervical cancer as the low socioeconomic status, early onset of sexual activity, multiple partners, poor intimate hygiene, oral contraceptive use and even smoking. This study characterized cancer of the cervix based on the literature, described the main aspects of screening cervical cancer developed by professionals of the Family Health Team, as well as the importance of performing Pap smears. We performed a narrative review of scientific literature covering the period 2002 to 2011. With this study it was possible to do an analysis, where all the authors report the importance of performing Pap smears and also ways to improve the tracking within the health unit.

Keywords: Cervical cancer prevention. Family health. Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AGC	Atipias de significado indeterminado em células glandulares
AIS	Adenocarcinoma in situ
ASC-H	Atipias de significado indeterminado em células escamosas não podendo excluir lesão de alto grau.
ASC-US	Atipias de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas
DARAO/INCA	Divisão de apoio à rede de Atenção Oncológica do INCA
DST	Doença sexualmente transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da imunodeficiência Humana
HPV	Papilomas Vírus Humano
HSIL	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LSIL	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau
NIC	Neoplasia Intra-Epitelial Cervical

Excluído:

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
2.1- Objetivo geral	16
2.2- Objetivos específicos	16
3. METODOLOGIA	17
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	18
4.1- Caracterização do câncer do colo do útero com base na literatura....	18
4.2- A técnica de realização do exame Papanicolaou	21
4.3- Possibilidades de rastreamento do câncer de colo do útero a partir do trabalho de Saúde da Família	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	36

1- INTRODUÇÃO

Segundo Yassoyama *et al.* (2005), ao longo das últimas décadas a população feminina vem adquirindo um grau maior de independência em nossa sociedade, resultando no início precoce da vida sexual e, conseqüentemente, em trocas constantes de parceiros, ficando assim, mais expostas às doenças sexualmente transmissíveis (DST).

De acordo com os autores, este é um dos motivos pelos quais a saúde da mulher deve ser assistida pelas unidades de saúde com ações de promoção, proteção e principalmente prevenção. Ainda de acordo com os autores, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) tem uma grande participação no surgimento do câncer de colo uterino, como é o caso do Papilomas Vírus Humano (HPV), encontrado em 90% dos casos de tumores de colo de útero. Isso ocorre também, com várias outras DST, como hepatite, HIV, sífilis, tricomoníase e outras (YASSOYAMA *et al.*, 2005).

Segundo Soares e Silva (2010), o câncer cérvico uterino esta entre os principais tipos de câncer que ocorre no Brasil, sendo classificado como a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres no país. Ainda para os autores, ele é o segundo mais comum no mundo, sendo que 80% dos novos casos ocorrem em países em desenvolvimento.

O estudo do referido tema foi motivado pelo contexto da Unidade Básica de Saúde, no qual tenho observado um grande número de resultados de exames colpocitológicos associados a altos índices de alterações relativas ao HPV, Tricomoníase, Gardnerella e outras colpites, principalmente naquelas mulheres com idade inferior a 35 anos, o que me levou a uma crescente necessidade de aprofundamento deste tema.

Desde 2006, quando iniciei minhas atividades em UBS, até os dias atuais, tem se mostrado cada vez mais intenso o interesse e a urgência de conhecimento específico sobre este assunto. Dentre as alterações acima, a mais problemática é a causada pelo HPV, pois tem a capacidade de produzir lesões celulares que podem levar ao desenvolvimento de células com atipias características de câncer. Todas provocam colpites, ou seja, uma inflamação do colo uterino, com maior ou menor expressão ao exame ao alho nu. A presença do HPV, pode ser suspeitada quando o

passar o ácido acético a 2% no colo visualizamos um aspecto esbranquiçado, denominado região aceto branca.

O câncer de colo uterino tem causado grande número de óbitos no Brasil, como pode ser verificado na Tabela 1, que apresenta este dado segundo Unidade da Federação, por 100.000 habitantes, no ano de 2006. Os dados apontam que o Estado de Minas Gerais estava em terceiro colocado, depois somente dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Estes dados podem sugerir altos índices de pessoas contaminadas, bem como maior acesso dos municípios a recursos diagnósticos.

Tabela 1: Número bruto e percentual de neoplasias do colo do útero segundo Unidade da Federação, por 100.000 habitantes, 2006.

Unidade da Federação	Número de óbitos p/neopl. colo do útero	Porcentagem de óbitos p/neopl. colo do útero
Rondônia	27	0,58
Acre	12	0,26
Amazonas	158	3,43
Roraima	16	0,34
Para	195	4,23
Amapá	20	0,43
Tocantins	43	0,93
Maranhão	248	5,38
Piauí	93	2,02
Ceara	239	5,19
Rio Grande do Norte	60	1,30
Paraíba	107	2,32
Pernambuco	266	5,78
Alagoas	54	1,17
Sergipe	68	1,47
Bahia	299	6,49
Minas Gerais	353	7,67
Espírito Santo	79	1,71
Rio de Janeiro	478	10,38
São Paulo	754	16,38
Paraná	268	5,82
Santa Catarina	108	2,34
Rio Grande do Sul	319	6,93
Mato Grosso do Sul	75	1,62
Mato Grosso	78	1,69
Goiás	124	2,69
Distrito Federal	61	1,32
Total	4.602	100

Fonte: Brasil Ministério da Saúde/SVS- Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM (BRASIL, 2010a)

Pode-se verificar que Estado de São Paulo apresentou um número maior de óbitos por neoplasias do colo uterino (16,38%), seguido pelo Rio de Janeiro

(10,38%) e Minas Gerais (7,67). Os Estados que apresentaram menor percentual foram Acre (0,26%), seguido por Roraima (0,34%) e Rondônia (0,43%).

Segundo Valle *et al.* (2010), esta neoplasia é um grande problema para a saúde pública e sua incidência e mortalidade podem ser reduzidas por meio de prevenção e rastreamento realizados pelas Unidades Básicas de Saúde. Neste sentido, a Tabela 2 apresenta a estimativa do número de casos de câncer do colo de útero para o ano de 2010, segundo as regiões do Brasil, fornecidas pelo Instituto Nacional do Câncer- INCA (BRASIL, 2010b).

Tabela 2 - Estimativas para o ano 2010 do número de casos por câncer de colo de útero em mulheres segundo região.

Regiões	Número bruto	%
Norte	1.820	9,87
Nordeste	5.050	27,40
Centro-Oeste	1.410	7,65
Sul	3.110	16,87
Sudeste	7.040	38,19
Total	18.430	100

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2010b)

As diferenças regionais no número de casos de câncer de colo de útero podem ser explicadas por fatores socioeconômicos, condições de vida e acesso a informações. Nos estados da região sudeste, a estimativa de novos casos foi maior do que nos outros estados/regiões.

É importante ressaltar, que o câncer de colo uterino possui uma evolução muito lenta e se for diagnosticado em sua fase inicial é de fácil tratamento, evitando assim, o comprometimento de outras células que implicam em tratamentos mais complexos e de alto custo (UCHIMURA *et al.*, 2009).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2010b), para realizar a prevenção e o rastreamento do câncer de colo uterino existe um exame simples, indolor e de fácil acesso nas unidades básicas de saúde, chamado de Papanicolaou. O exame é feito por meio da coleta de material citológico do útero, após introdução de um espécule vaginal, onde o colo do útero é inspecionado e realizado a coleta de material da ectocervice. Ainda de acordo com o autor, é importante orientar a mulher

a não realizar ducha vaginal e não ter relação sexual nas 48 horas que antecedem o exame, e nas mulheres grávidas deve-se realizar a coleta apenas no fundo-do-saco de Douglas e na ectocervice.

Segundo Azevedo *et. al*,(2007, p. 124), o câncer de colo de útero

“[...] é mais comum após a menopausa em mulheres de 60 a 70 anos, sendo incomum entre 30 e 40 e raro antes dos 30 anos, a maioria das clientes na pré-menopausa apresentam história de ciclos menstruais anovulatórios ou de outros desequilíbrios hormonais,[...] anualmente, são relatados cerca de 33.000 novos casos, cerca de 5.500 são fatais”.

Assim, para a detecção precoce do câncer de colo uterino é necessário que as mulheres de 25 a 59 anos de idade, ou que tenham vida sexual ativa, realizem o exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames consecutivos negativos (ALBUQUERQUE, 2009). Se o exame acusar positivo, deve-se fazer o tratamento e repetir o exame após seis meses e pelo fato do câncer de colo uterino não ter uma sintomatologia específica é necessário promover a prevenção do mesmo (SOARES e SILVA, 2010).

Embora tenha sido criada uma vacina contra o HPV, esta não protege a mulher contra todos os sorotipos do Papiloma vírus, por isso, mesmo as mulheres vacinadas devem ser submetidas ao exame de Papanicolaou (BRASIL, 2010).

São vários os fatores de risco para o câncer de colo uterino e estes podem estar associados a diversos aspectos como: a baixa condição socioeconômica, o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a higienização íntima de má qualidade, uso de contraceptivo orais (a longo prazo), e até mesmo o tabagismo. Sendo assim, é necessário orientar e esclarecer a população feminina sobre os possíveis fatores de risco.

A importância de realizar a revisão bibliográfica sobre a prevenção do câncer cérvico uterino, na perspectiva da Equipe de Saúde da Família, reside no fato da grande incidência deste tipo de câncer na população brasileira. Conhecer como os profissionais de saúde vêm enfrentando esta problemática em outras regiões do país poderá contribuir para a redução dos seus agravos, pois possibilitará à equipe de saúde onde tenho atuado, orientar à população sobre formas de diagnóstico precoce

e prevenção com a realização de exame Papanicolaou disponível e acessível a toda população com vida sexual ativa.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral

Descrever os aspectos primordiais do rastreamento do câncer cérvico-uterino desenvolvido pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família que atuam na atenção à saúde da mulher, com vistas à redução da sua incidência e prevalência.

2.2- Objetivos específicos

- Caracterizar o câncer de colo do útero com base na literatura.
- Descrever sobre a importância da realização do exame de Papanicolaou.
- Analisar as possibilidades de rastreamento do câncer de colo do útero tendo como perspectiva a atuação da Equipe de saúde da Família.

3- METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, realizada mediante levantamento bibliográfico de textos, livros, junto a periódicos e banco de dados como: LILACS e SCIELO.

Na revisão bibliográfica foram considerados trabalhos publicados entre os anos de 2002 a 2010, utilizando-se estudos publicados em língua portuguesa. Foram definidos como descritores: prevenção câncer de colo uterino, saúde da família, saúde da mulher. Foi realizada leitura minuciosa para obter maiores informações, definir conceitos e analisar formas eficazes de prevenção que podem ser desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família, a fim de atingir os objetivos propostos.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Caracterização do câncer de colo do útero com base na literatura

De acordo com ANDRIS *et al.* (2006, p. 287), o câncer de colo de útero ou câncer cervical, encontra-se entre o terceiro câncer mais comum na mulher, podendo ser classificado como pré-invasivo e invasivo. No câncer pré-invasivo pode ocorrer tanto uma displasia cervical leve até um carcinoma *in situ*, podendo ser curável quando a detecção ocorre precocemente, e o tratamento é adequado. Já no câncer invasivo, há uma penetração e disseminação direta das células cancerígenas na membrana basal, afetando as estruturas pélvicas adjacentes, podendo chegar até a locais distantes.

Segundo Ohara (2008, p. 232)

“O enfermeiro deve ter conhecimento de que o câncer de colo uterino constitui um problema grave de saúde que atinge as mulheres em todo o mundo. No Brasil, o índice de mortalidade ocupa um lugar em destaque. De acordo com vários estudos, o perfil feminino mais vulnerável ao câncer de colo uterino apresenta as seguintes características: baixo nível socioeconômico; multiplicidade de parceiros, início precoce da atividade sexual; infecção pelo Papiloma Vírus Humano, tabagismo, uso de contraceptivo oral, baixa ingestão de vitaminas A e C e idade entre 30 e 60 anos”.

Para Lomba e Marcos (2009), o câncer de colo uterino, ou carcinoma cervical, é uma patologia oncológica feminina, que se caracteriza por uma neoplasia maligna que atinge o aparelho reprodutor da mulher. Os autores afirmam que se trata de uma doença de crescimento lento e silencioso, com uma fase pré-clínica, sem sintomas, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras pode ser detectada por meio da realização periódica do exame preventivo do colo do útero. A doença progride lentamente, por anos (10 a 20 anos), antes de atingir o seu estágio invasor, quando a cura se torna mais difícil, se não impossível. Nessa fase, os principais sintomas são sangramentos vaginais, corrimento e dor, apontam os autores.

Para Soares e Silva (2010), o câncer de colo do útero é uma doença que pode ser detectado precocemente através de exame simples e de baixo custo, o Papanicolaou, conforme citado anteriormente. Ainda para os autores, o exame pode

detectar algumas alterações como as atipias celulares, que devem ser melhor investigadas com acompanhamento semestral da mulher, ou de acordo com sua história clínica. Nestes casos o exame deve ser repetido.

Se for encontrado efeito citológico compatível com o vírus do Papiloma Humano, a mulher deve ser acompanhada e repetir o exame em seis meses, por se tratar de uma lesão de baixo risco. No caso do resultado apontar uma Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I (NIC I), trata-se de uma lesão de baixo grau de malignidade, que pode regredir espontaneamente. Neste caso, a mulher deve ser acompanhada e repetir o exame em seis meses. Se o resultado for uma Neoplasia Intra Epitelial Cervical II (NIC II), trata-se de uma lesão de alto grau de malignidade, uma displasia moderada, encaminhar a mulher para colposcopia e biopsia, se necessário (SOARES e SILVA, 2010).

De acordo com Reis *et al.*(2010), o HPV possui mais de cem tipos virais sendo que cerca de quarenta é encontrado na mucosa anogenital e hoje em dia é a infecção sexualmente transmissível mais freqüente, possuindo um potencial carcinogênico para o epitélio da cérvix uterina. Para a autora, o interesse na promoção e prevenção da saúde tem como principal fator as DST, sendo que as infecções causadas por HPV constituem um problema para a saúde pública do Brasil e diversos países.

Neste sentido, Lomba e Marcos (2009, p. 26), afirmam que o câncer de colo uterino

“[...] é uma patologia oncológica feminina, que se caracteriza por uma neoplasia maligna que atinge esse órgão do aparelho reprodutor da mulher. Esse processo maligno cervical tem como causa o agente etiológico patogênico, o vírus HPV-Papilomavírus humano”.

Segundo Ayres e Silva (2010), as taxas de mortalidade estão estáveis, mas o Brasil ainda apresenta cerca de 20 mil casos novos ao ano, sendo que evidências epidemiológicas mostram que a presença da infecção pelo HPV é necessária, mas não o suficiente para o surgimento do câncer de colo de útero, pois vários outros fatores de risco já citados anteriormente são necessários.

Para Azevedo *et al.* (2007 p.104), a incidência maior do câncer de colo de útero ocorre na faixa etária entre 30 e 45 anos de idade e raramente antes dos 20 anos. Ainda, de acordo com o autor, o câncer pode ser invasivo e pré-invasivo, sendo que no câncer pré-invasivo não há sintomas e nem outras alterações. Já no câncer invasivo ocorre dor mais intensa no flanco e sangramento ou corrimento vaginal que não é considerado normal em uma mulher sadia.

O INCA (BRASIL, 2010b) estima que para o ano de 2010 ocorrerão entre as mulheres 253.030 mil casos novos de câncer, sendo que 18 mil serão de câncer de colo de útero. De acordo com Coelho e Franco (2009), mesmo com o aumento significativo das ações de prevenção de câncer do colo de útero, elas ainda continuam insuficientes para a redução da mortalidade das mulheres por esse tipo de câncer. Para as autoras, o diagnóstico tardio relaciona-se com a baixa capacitação dos profissionais, dificuldade de acesso das mulheres aos serviços e ações de saúde (sendo estes problemas relacionados a algumas regiões do país onde se encontram municípios de pequeno e médio porte). Ainda há dificuldade em encaminhar adequadamente os casos suspeitos para investigação, conforme apontam as autoras (COELHO e FRANCO, 2009).

Segundo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- RENAME- (2009), em torno de 05 anos aproximadamente foi avaliada a eficácia e segurança da vacina contra o HPV. Tendo bons resultados contra os subtipos 16 e 18, com eficácia de 86% para prevenção da lesão precursora de neoplasia intra-epitelial uterina graus 2 e 3, e eficácia de 87% para prevenção de infecção persistente por HPV. Não houve relatos de reações adversas graves relacionadas à vacina.

É importante salientar ainda, que um marco histórico importante no conhecimento do câncer de colo uterino foi o fato de Papanicolaou ter conseguido detectar células neoplásicas em esfregaços vaginais. Esta descoberta possibilitou a utilização do exame Papanicolaou em diversos países para o rastreamento populacional, e para detecção precoce do câncer de colo uterino (BRENNAN, 2001).

Excluído:

Assim, a prevenção do câncer de colo uterino é proporcional à diminuição de sua incidência por meio da coleta do exame de Papanicolaou em programas permanentes de prevenção. Verifica-se que realizando o exame periodicamente, a mulher consegue fazer a detecção precoce das lesões devido à fase pré-clínica

longa. Existe, desse modo, a expectativa de identificar lesões que não foram encontradas em exames anteriores, o que proporciona uma segurança maior para a cliente (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Considerando a elevada ocorrência deste tipo de câncer, dependendo do estágio em que é detectado e do seu elevado potencial para a cura, a um custo aceitável pelos serviços da saúde, é adequado destacar a importância de exames periódicos como estratégia para a redução da mortalidade por esta causa, concluem os autores Cesar *et al.* (2003).

Segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2010b), o número de mulheres estimadas para desenvolver o câncer de colo de útero em Belo Horizonte é de mil trezentos e trinta (1330) mulheres.

4.2- A técnica de realização do exame Papanicolaou

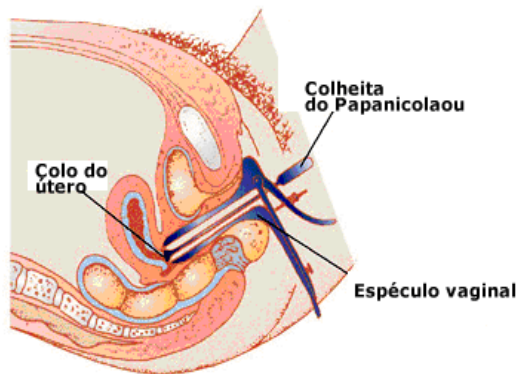
De acordo com Lomba e Marcos (2009, p. 24) a realização do exame preventivo, ou exame Papanicolaou é muito importante para a detecção precoce do câncer de colo de útero, bem como, para várias outras DST. O exame deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexualmente ativa ou acima de 14 anos, é um exame simples e indolor a sua realização.

A realização do exame clínico ginecológico deve ser executada pelo médico ou enfermeiro devidamente capacitado (Figuras 1 e 2). Segundo Lomba, Marcos (2009), inicialmente deve-se examinar a região abdominal, desde as costelas inferiores até a vulva, virilha e a entrada do ânus. No exame da vulva propriamente dito, deverá ser avaliado o aspecto e a coloração do clitóris, dos grandes e pequenos lábios, dos pêlos pubianos, da entrada da vagina, o períneo até a entrada do ânus. O exame da vagina inicia-se pela observação das glândulas de Bartholin, que devem ser apalpadas, para se verificar a presença de abscessos.

A seguir, utiliza-se o espéculo vaginal que possibilita o exame das paredes e a parte profunda da vagina. Devem ser observados a mucosa vaginal e o aspecto do colo do útero. Para a realização do exame Papanicolaou, utiliza-se uma espátula de madeira (espátula de Ayres) para a coleta de secreção da ectocervice.

Introduzindo a espátula no orifício externo do colo, faz-se uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360 graus em torno do orifício, colocando o material colhido no sentido horizontal. Para a coleta de material da endocervice utiliza-se uma escovinha que é introduzida no canal cervical e faz-se também um movimento giratório de 360 graus, estendendo o esfregaço sobre a lamina em posição vertical e fixando o material com álcool 95% ou propinilglicol (OHARA ,2008).

Figura 1- Colheita de Papanicolaou



Para completar o exame clínico ginecológico, o útero e os anexos (ovários e as tubas uterinas) também devem ser avaliados. Este exame consiste na realização da palpação bimanual (ou toque) utilizando-se os dedos indicador e médio para tocar as laterais do colo uterino, enquanto a mão contrária faz uma palpação profunda na região inguinal (na tentativa de encontrar as mãos). Na palpação uterina, faz-se uma compressão na parte inferior do colo uterino, elevando-o com os dedos indicador e médio, enquanto a mão oposta realiza palpação na região supra-púbica para avalia a superfície, o tamanho e a mobilidade do útero e dos ovários (LOMBA, MARCOS, 2009).

Figura 2- Exame Clínico Ginecológico com coleta de material para o exame de Papanicolaou.



Fonte: http://chamamed.com/homeclinic/index.php?option=com_k2&view=item&id=2173:video-histeroscopia-diagnostica-e-cirurgica&catid=159:ginecologia&Itemid=61

Com a finalidade de garantir a qualidade dos resultados do exame de Papanicolaou recomenda-se previamente que a mulher não utilize duchas ou medicamentos vaginais ou exames se submeta a exames intravaginais, como, por exemplo, a ultrassonografia, durante 48 horas que antecedem a coleta. Devem ser evitadas também, as relações sexuais nas 48 horas que antes do exame. Além disso, devem ser evitados os anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame. Outro aspecto muito importante é que o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Para isso, deve-se aguardar o 5º dia após o término da menstruação. No entanto, em algumas situações particulares, como em sangramento anormal, a coleta pode ser realizada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Excluído: .

Durante a realização do exame clínico ginecológico o profissional deve coletar dados para verificar a presença de manifestações clínicas, tais como: prurido na vulva e no ânus; dor ao urinar ou dor exagerada durante e após relação sexual; tumefação na vulva; corrimento branco espesso, com aspecto de leite coalhado (candidíase), sem cheiro. Devem ser buscados também, sinais sugestivos de corrimento amarelado-acinzentado, com prurido e cheiro de peixe estragado (gardnella); corrimento espumoso e fétido, acompanhado de prurido (tricomoniase),

fluido ou espesso, mas sempre de cor amarela, esverdeada ou acinzentada; corrimento com uma coloração rosada ou avermelhada (sinal de doença uterina) e outros tipos de corrimentos, afora a umidade natural, que é um corrimento sempre claro e transparente (LOMBA e MARCOS, 2009).

Na Figura 3, podem-se observar as nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências (BRASIL, 2011).

Figura 3- Nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizadas desde do início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências.

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve	NIC I	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)
	Displasia moderada e acentuada	NIC II e NICIII	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fonte: Fonte Ministério da Saúde/INCA (BRASIL, 2011 p.19).

4.3- Possibilidades de rastreamento do câncer de colo do útero a partir do trabalho da equipe de Saúde da Família.

Segundo Valle *et al.* (2010), a estratégia saúde da família tem como objetivo a prevenção e a promoção de saúde, fazendo com que a educação em saúde gere uma maior qualificação da atenção primária, resultando assim, em um rastreamento precoce do câncer de colo do útero. Para os autores, os Agentes Comunitários de Saúde, que compõe a Equipe de saúde da Família, são considerados elementos de suma importância para se estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, em especial, as mulheres.

Com relação ao rastreamento de câncer de colo do útero, o vínculo estabelecido com a equipe possibilita a orientação, a identificação e a busca ativa das mulheres sob risco. Ou seja, aquelas que não realizam o controle com a frequência que deviam. O rastreamento tem um importante papel nos programas de saúde, visando reduzir a incidência e mortalidade de novos casos de câncer de colo do útero. Em alguns países, assim como no Brasil, predomina o “rastreamento oportunista”, ao qual a mulher procura a ESF ocasionalmente por diversas razões e não pelo fato de querer prevenir o câncer de colo do útero, por meio do rastreamento. Esta modalidade não tem sido eficiente para reduzir as taxas de incidência e mortalidade do mesmo (Valle *et al.*2010).

De acordo com Albuquerque *et al.*(2009), o Ministério da Saúde, a partir de 1988, adotou como norma a recomendação da OMS que propõe a realização do exame ginecológico a cada três anos. Após dois exames normais consecutivos realizados anualmente, este prazo poderá ser estendido para 3 anos, para mulheres na faixa etária de 25-59 anos ou com vida sexual ativa. No entanto, em julho de 2011, a idade final foi estendida para os 64 anos de vida (BRASIL, 2011).

Para Soares e Silva (2010), o Ministério da Saúde estabeleceu ações de baixo custo e de fácil execução que foram implantadas e implementadas nos serviços básicos de saúde, através do Programa de Controle de Câncer Cervico Uterino (-PNCCU-1997). Essas ações incluem o exame Papanicolaou, tratamento e acompanhamento das mulheres com possíveis resultados alterados. As ações compreendem também a educação e orientação da população- alvo.

Segundo Soares e Silva (2010), um programa de prevenção do câncer cervico uterino depende de fatores importantes, tais como: definição da população-alvo, prestação de serviços adequados, capacitação da comunidade através dos meios disponíveis.

Neste sentido, o desempenho de uma Equipe de Saúde da Família pode ser influenciado por três vertentes: capacidade do município em cumprir as metas estabelecidas visando a ampliação da cobertura do exame ginecológico; ter serviços de saúde aptos para a coleta do exame, com transporte e interpretação técnica adequada, e também, a captação e participação das mulheres no programa independente de seu nível socioeconômico (UCHIMURA *et al.*, 2009).

Para Figueira *et al.* (2009), a Equipe Saúde da Família faz parte da prevenção primária e tem como objetivo a prevenção e promoção da saúde, através de um conjunto de medidas capazes de aumentar a saúde e o bem estar, tendo em seu enfoque o indivíduo, seu ambiente físico e estilo de vida.

Segundo Albuquerque *et al.* (2009), existem fatores importantes que devem ser identificados pois auxiliam no rastreamento do câncer de colo do útero, como por exemplo: o início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, uso de contraceptivo oral, tabagismo e baixa condição socioeconômica. Nesta direção, o exame Papanicolaou tem sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para se detectar precocemente o câncer de colo do útero. De acordo com os autores, estudos revelam que mulheres que não realizam ou nunca realizaram o exame preventivo desenvolvem a doença com maior frequência e que em alguns países o índice de mortalidade diminuiu depois da introdução do programa de rastreamento. Os autores afirmam também, que dentre as recomendações da OMS para impactar o perfil epidemiológico do câncer de colo do útero, devem ser ressaltadas: a garantia de cobertura de rastreamento de, no mínimo, 80 a 85% das mulheres de 25-59 anos e a realização do exame com qualidade, além da garantia de tratamento e acompanhamento das pacientes.

Neste sentido o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c) afirma que uma detecção precoce pode salvar vidas, diminuir a morbidade relacionada ao câncer de colo do útero e reduzir custos relacionados ao tratamento prestados pelo sistema de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (INCA, 2011), existe um grau de recomendações para o acompanhamento das mulheres, que são seguidas de acordo com uma letra maiúscula. Assim, para mulheres sexualmente ativas e que tenham a cérvix, o grau de recomendação é A. Para mulheres maiores que 65 anos que tiveram o exame Papanicolaou normal e que não fazem parte de grupo de risco e também, mulheres que realizaram histerectomia total, o grau de recomendação é D, como pode ser verificado no Quadro 1;

No Quadro 2, apresentado em seguida, pode-se verificar os resultados do exame de Papanicolaou, grau de suspeição e conduta da atenção primária no rastreamento de câncer do colo do útero.

Quadro 1 - Força de recomendação

Grau	Definição	Sugestões para a prática
A	A prática é recomendada. Há alta convicção de que o benefício líquido é substancial.	Ofereça ou forneça a prática.
B	A prática é recomendada. Há alta convicção de que o benefício líquido é moderado ou existe moderada convicção de que o benefício líquido é moderado ou substancial.	Ofereça ou forneça a prática.
C	A prática não é recomendada rotineiramente. Pode haver considerações que embasam a prática para um indivíduo. Existe pelo menos moderada convicção de que o benefício líquido é pequeno.	Ofereça ou forneça a prática apenas se outras considerações embasam esta decisão para um indivíduo.
D	A prática não é recomendada. Existe moderada ou alta convicção de que a prática não tem benefício líquido ou os danos superam os benefícios.	Desencoraje o uso desta prática.
I E	A evidência atual é insuficiente para avaliar o balanço entre benefícios e danos decorrentes da prática. Não há evidência ou é de baixa qualidade ou conflitante e o balanço entre benefícios e danos decorrentes da prática não pode ser determinado.	Se a prática for oferecida, pacientes devem entender que existe incerteza do balanço entre benefícios e danos.

Fonte: INCA (BRASIL, 2011, p. 22).

Quadro 2 – Resultados do exame de Papanicolaou, grau de suspeição e conduta da atenção primária no rastreamento de câncer do colo do útero.

Excluído: ¶

Resultados			Grau de suspeição	Conduta
Normal ou alterações celulares benignas			-	Rotina do rastreamento
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em seis meses
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias de significado indeterminado	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias de significado indeterminado	Em células glandulares	Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias de significado indeterminado	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias de significado indeterminado	De origem indefinida	Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intra-epitelial de baixo grau		Menor	Repetição da citologia em seis meses
Atipias em células escamosas	Lesão intra-epitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: DARAO/INCA, 2010

De acordo com o INCA (2003 apud Ministério da Saúde, 2010) na rotina do rastreamento em mulheres portadoras do HIV ou imunodeprimidas deve constar a realização do exame Papanicolaou anualmente, em particularidade, devido a sua baixa imunidade, o que as deixa mais vulneráveis para desenvolver as lesões precursoras do câncer.

Outro aspecto importante para melhorar os resultados positivos do rastreamento foi a decisão de ampliar a faixa etária de cobertura do exame de Papanicolaou, estipulando a faixa etária entre 25 a 64 anos. No entanto, minha vivência na Atenção Básica de Saúde tem demonstrado que a faixa etária para iniciar o exame de prevenção deveria ser inferior a 25 anos. Como exemplo, relato que em uma semana foram realizados 14 exames de prevenção, e destes, 8 foram de mulheres entre 15 a 23 anos. Outro dado que reforça esta posição é o fato de que hoje em dia as mulheres começam a ter relações sexuais mais cedo, ficando assim, expostas precocemente a contaminação pelo HPV, o que pode levar ao desenvolvimento de lesões precursoras do câncer se não forem detectadas pelas ações de rastreamento e tratadas devidamente .

Neste sentido, destaca-se que na VII Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, ocorrida nos dias 08 a 11 de agosto de 2011, foi votada a Proposta: 165 - Alterar a faixa etária para a realização de exames citopatológicos, devido a crescente incidência detectada de doenças, alterando de 25 a 59 anos para 18 a 69 anos.

Ainda nesta direção, no dia 22 de setembro de 2011, ocorreu a III Conferência Municipal de Saúde do município de Itamogi, onde também foi discutida e aprovada a proposta de reduzir a faixa etária de cobertura do exame Papanicolaou. Foi aprovada uma proposta para que esta faixa seja inferior a 25 anos. Acredito que o estudo deste tema nesta monografia e os argumentos apresentados, por mim e outros profissionais de saúde, foram importantes para a aprovação desta proposta.

Assim, torna-se necessário implantar medidas para o rastreamento do câncer cervico uterino das mulheres, não só na unidade de saúde onde trabalho, mas também em todo o município. Neste sentido, será importante resgata a atuação do enfermeiro na realização da coleta para o exame de Papanicolaou

durante as consultas de enfermagem. Neste sentido, foi planejado um mutirão para a coleta do exame de Papanicolaou no horário da noite em um dia da semana, para facilitar o acesso das mulheres que trabalham o dia todo. Pretende-se, assim, dar oportunidade a essas mulheres de terem o direito a realização da prevenção de câncer garantidos.

Outra estratégia fundamental utilizada para aumentar a efetividade das ações de rastreamento de câncer de colo de útero na Equipe de Saúde da Família onde atuo, foi o levantamento de todas as mulheres pertencentes à área do PSF, na faixa etária entre 25 a 64 anos, no sentido de verificar se estão com o exame em dia. Esta atividade também resultou do estudo deste tema, por ocasião da realização deste TCC.

Ainda nesta direção, foram propostos os diagramas apresentados nos Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11, que apresentam os vários fluxos de protocolo de atendimento propostos pelo Ministério da Saúde, de acordo com os resultados dos exames de citologia, facilitando as condutas a serem tomadas pelas Equipes de Saúde da Família, no sentido de se organizarem para participarem do rastreamento do câncer cervico uterino no Brasil (BRASIL, 2011).

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura analisada, o câncer cérvico-uterino é uma doença que vem aumentando a cada dia e que os fatores para o aparecimento do câncer de colo uterino são muitos e estes podem estar ligados a muitos aspectos como a condição socioeconômica, o início precoce da atividade sexual, a quantidade de parceiros, as dificuldades na higienização íntima, o uso prolongado de contraceptivos orais e até mesmo o uso do cigarro.

Tendo em vista a população feminina ter adquirido uma maior independência, e conseqüentemente, início precoce de vida sexual, fica mais exposta às DST. Esse fator tem uma importante participação para o surgimento do câncer de colo uterino, sendo o principal tipo de câncer detectado no Brasil; o que leva a um alto índice de óbitos. Um dos principais causadores de lesões mais graves é o vírus HPV, com capacidade de produzir alterações celulares que podem levar ao desenvolvimento de células com atipias características de câncer.

Destacou-se, neste estudo, a importância das ações de rastreamento do câncer cervico-uterino, com destaque para o exame de Papanicolaou, realizado pelos profissionais inseridos na Unidade Básica de Saúde em mulheres que tenham vida sexual ativa. Embora a vacina contra este vírus já esteja disponível, ressalta-se que ela não protege a mulher contra todos os sorotipos, reforçando que, mesmo as mulheres vacinadas devem ser submetidas ao exame de Papanicolaou.

A mudança de hábitos e a conscientização da população feminina sobre o uso correto do preservativo constituem uma medida importante na prevenção deste câncer tão impactante na vida de uma mulher.

Destaca-se que no referencial teórico utilizado não foi verificado a consulta de enfermagem como um aspecto importante na captação das pacientes e na realização do exame Papanicolaou, apontando para a necessidade de aprofundamento deste tema em estudos posteriores, uma vez que a prática tem mostrado o quão é importante a atuação deste profissional no rastreamento do câncer na Unidade Básica de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K.M. *et al.* Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não- realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, suppl.2,pp.s301-s309. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2009001400012. Disponível em:<http://www.scielo.org/?lang=pt. Acesso em 15 de julho de 2010.

AZEVEDO, M. F; *et al.* **Doenças: da Sintomatologia ao Plano de alta**. Vol.01. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2007.

ANDRIS, *et al.* **Semiologia: bases para a pratica assistencial**.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2006.

AYRES,A.R;SILVA,G.A. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática.**Rev. Saúde Pública** [online],2010, vol.44,n.5,PP.963-974,ISSN0034-8910. Dói: 101590/S0034-89102010000500023. Disponível em:HTTP://www.scielo.org/scieloOrg/php/reference.php?pid. Acesso em 22 de maio de 2011.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde; Departamento Atenção Básica; **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**- Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. - 6. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Indicadores de Mortalidade. **Taxa de Mortalidade específica por Neoplasia Maligna, 2008**. Brasília: DATASUS, 2010. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2008/c10.def>. Acesso em 29 de julho de 2010a.

_____. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Câncer de Colo Uterino**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=326. Acesso em 15 de julho 2010b.

_____. Sistema de Informação sobre Mortalidade. **Estimativa de Neoplasia por Câncer de Colo de Útero em 2010**. Brasília: DATASUS, 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/tbregioes_consolidado.asp? Acesso em 29 de julho de 2010c.

BRENA, S.M.F et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,17(4):909-914,jul-ago, 2001.

CESAR, J. A. *et al.* Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.5, pp. 1365-1372. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-1X2003000500014&script=sci_arttext. Acesso em 22 de maio de 2011.

http://chamamed.com/homeclinic/index.php?option=com_k2&view=item&id=2173:video-histeroscopia-diagnostica-e-cirurgica&catid=159:ginecologia&Itemid=61

COELHO, S., PORTO, Y.F. **Saúde da Mulher.** Belo Horizonte:Nescon/UFMG,Coopemed,2009.68 p.

FIGUEIRA *et al.* Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica.**Rev. Saúde Pública** [online],2009, vol,43,n6,PP.937-943.Epub Desc 18,2009.ISSN 0034-8910.doi:10.1590/S0034-8910200900500081. Disponível em:<http://www.scielo.org/?long=pt. Acesso em 15 de julho de 2010.

LOMBA; M.; LOMBA, A (2009) **Saúde Total: Clínica Médica; ginecologia, obstetrícia, DSTS, AIDS e Enfermagem materno-infantil** - Olinda: Grupo Universo, 2006 - V3.

MARTINS,L.F.L;THULER,L.C.S;VALENTE,G.C.Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**; 27(8):485-92.

OHARA, E.C.C; SAITO,R.X.S. Saúde da Família: **Considerações Teóricas e Aplicabilidade.**1º edição, São Paulo, Ed.Martinari, 2008..

REIS *et al.* Papilomas humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online].2010, vol.15,suppl.1,PP.1055-1060.ISSN 1413-81232010000700012. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=csi-arttext> &.pid=S1413-81232010000700012 stlng=PT. Acesso em 22 de maio de 2011.

SMELTZER, S. C, BARE, B.G. Brinner & Suddarth **Tratado Médico-Cirúrgica.** Vol 03. 10ª edição, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, M.B.O; SILVA, S.R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cervico- uterino. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.2.pp.177-182.ISSN0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672010000200002. Disponível em:<http://www.scielo.org/?long=pt. Acesso em 15 de julho de 2010.

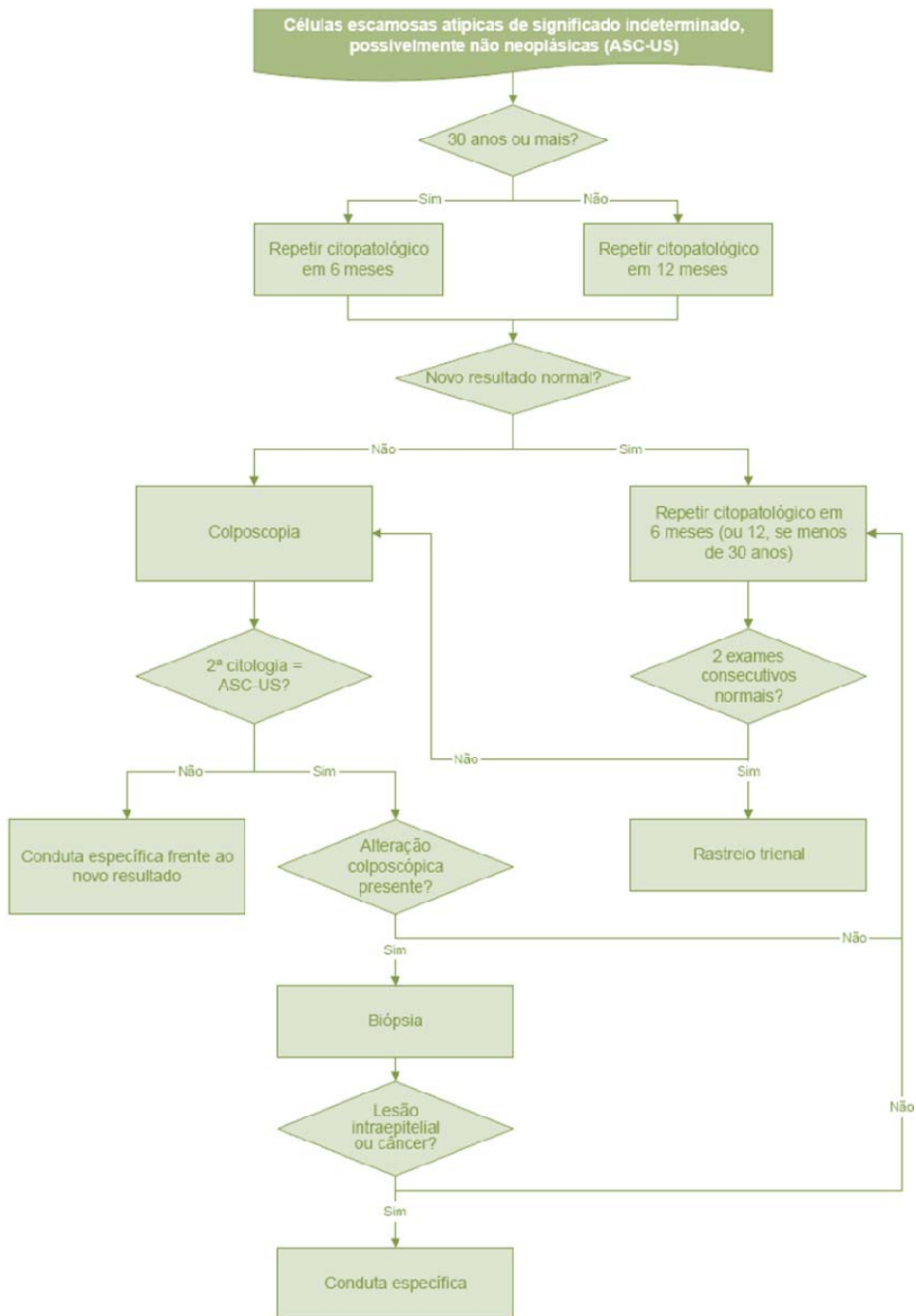
UCHIMURA, N.S, NAKANO, K; NAKANO, L.C.G, UCHIMURA, T.T. Qualidade e desempenho das colposcópicas na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2009, vol.55, n.5, pp.569-574.ISSN0104-4230. doi: 10.590/S0104-42302009000500021. Disponível em:<http://www.scielo.org/?long=pt. Acesso em 15 de julho de 2010.

VALLE, D.B.A.P; MORAIS, S.S.; PIMENTA, A.L; ZEFERINO, L.C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 383-390.ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200017. Disponível em:<<http://www.scielo.org/?lang=pt>. Acesso em 15 de julho de 2010.

YASSOYAMA, M.C.B.M; SALOMÃO, M.L.M; VICENTINI, M.E. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família. **Arq.ciênc. saúde**; v.12,n.4: p 172-176, 2005. Disponível em LILACS. ID: 46365, Acesso em 15/07/2010.

Anexo 1

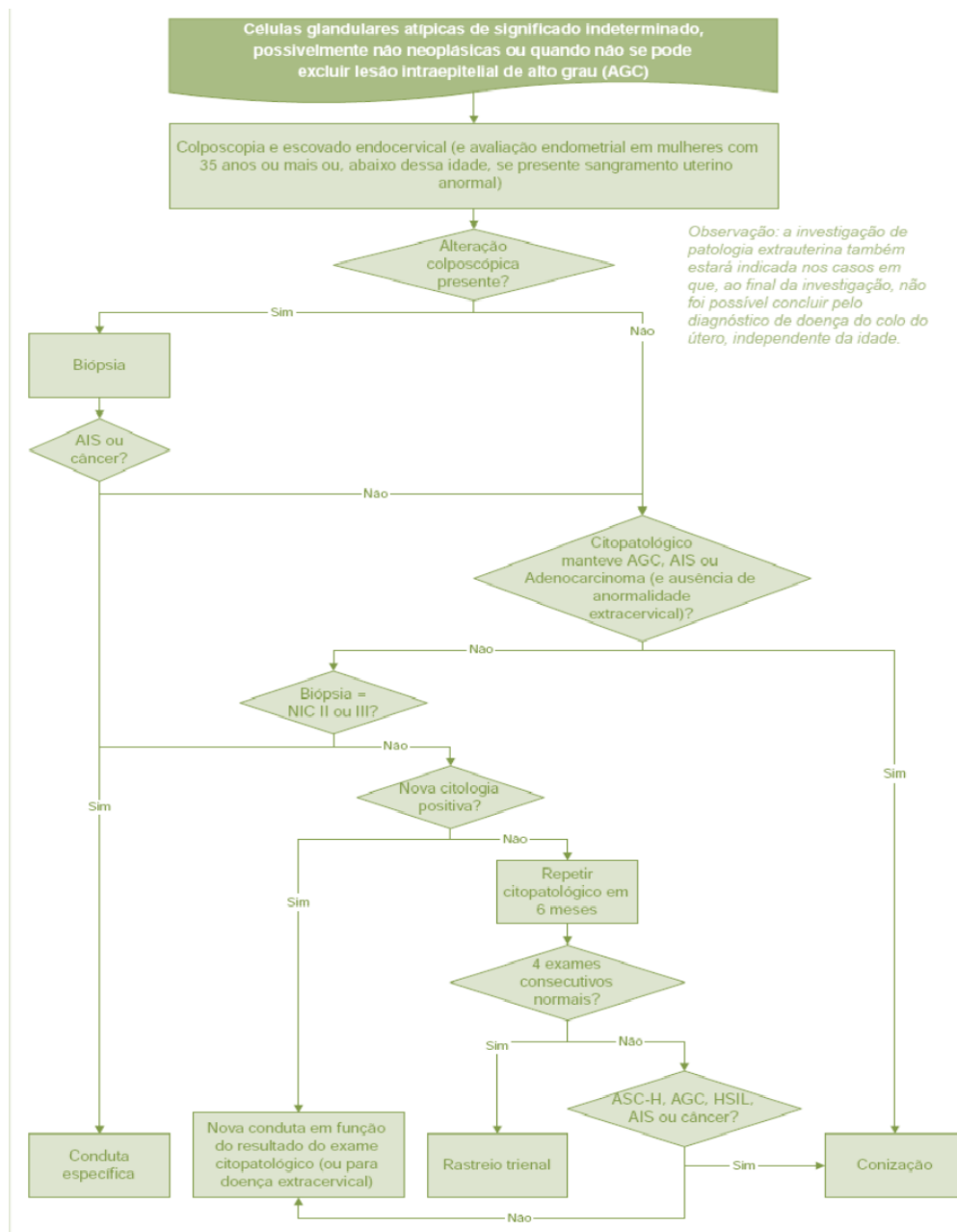
Fluxograma de recomendações de conduta para mulheres com diagnóstico citopatológico ASC-US



Fonte: Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p.47).

Anexo 2

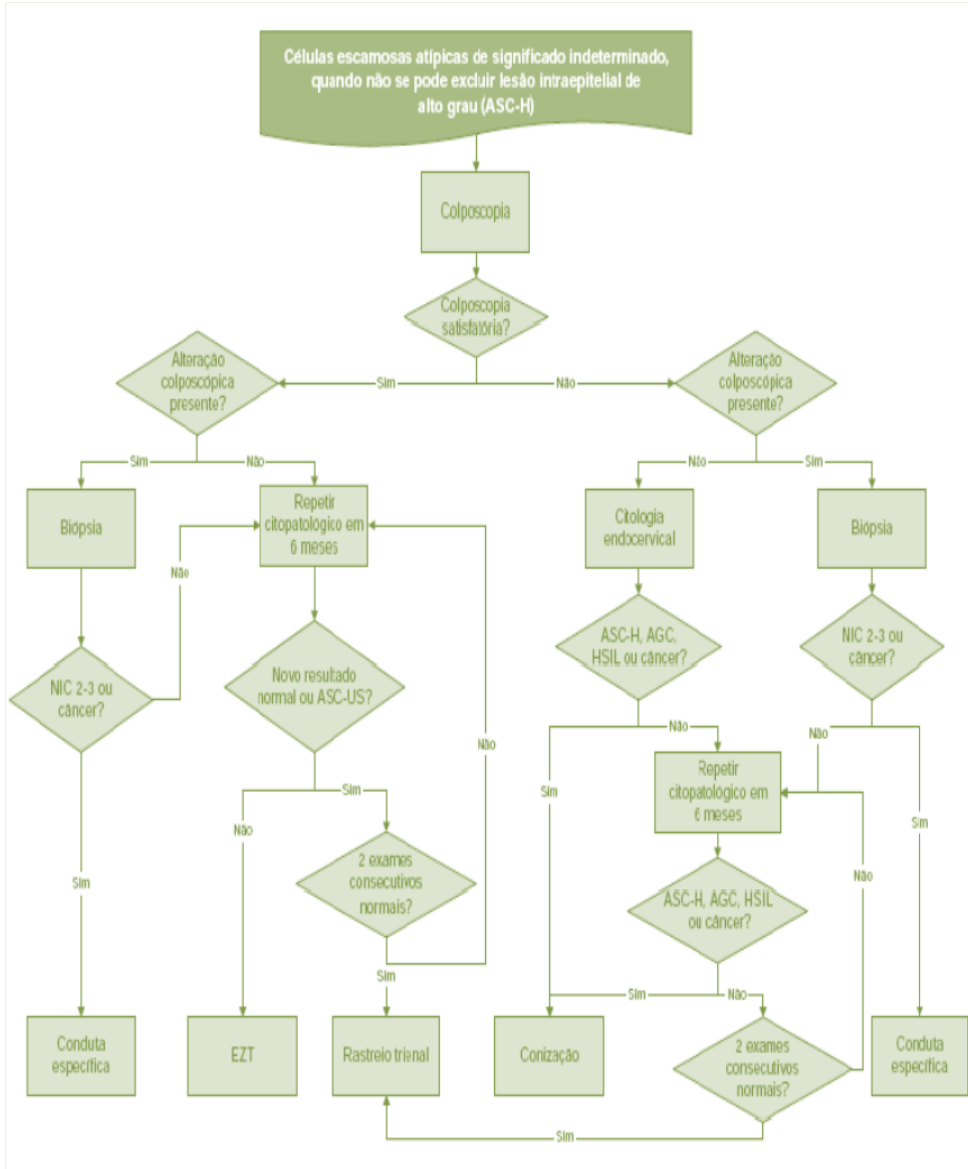
Fluxo para resultados com células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGC)



Fonte: Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p. 57)

Anexo 3

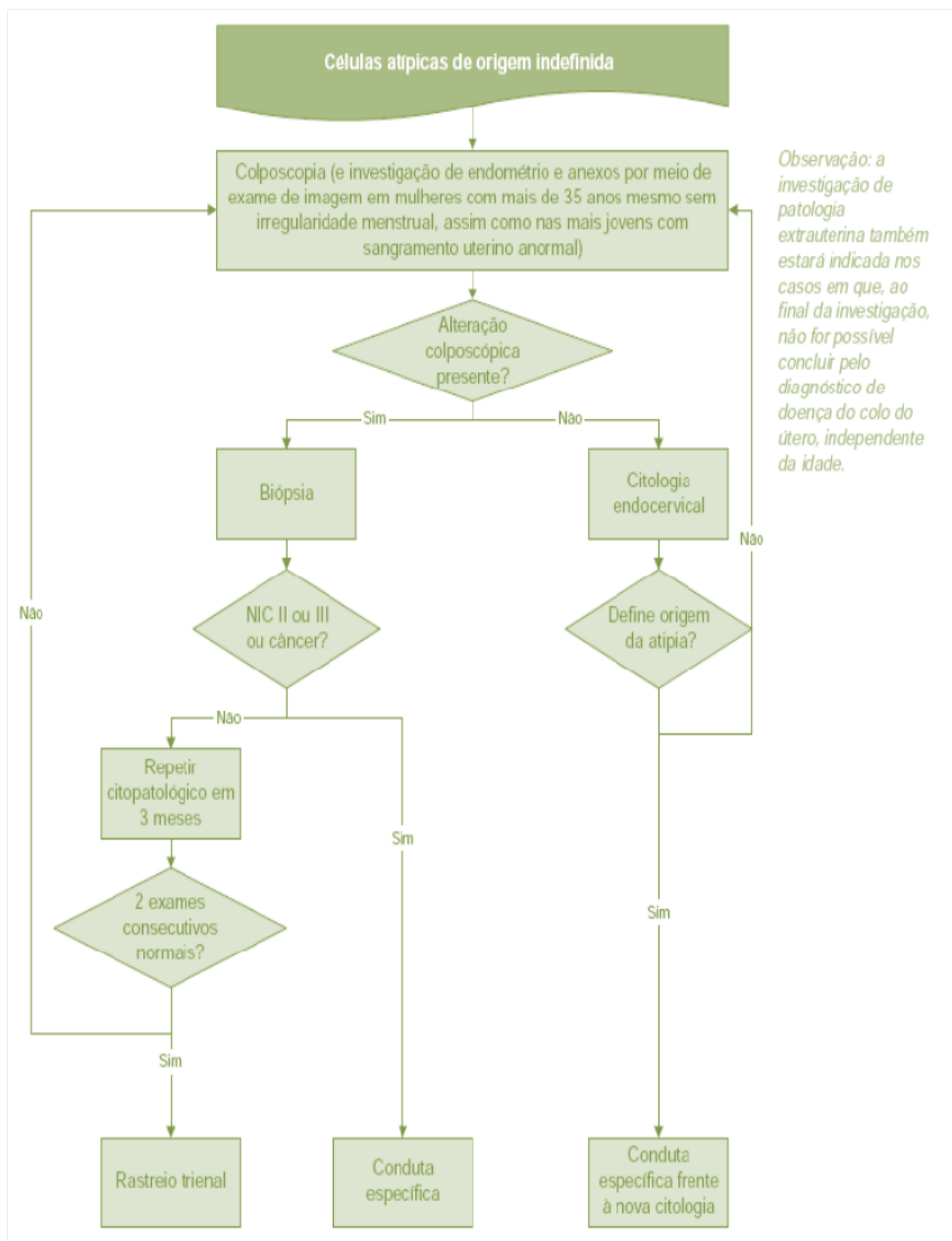
Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de ASC-H



Fonte: Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p. 50)

Anexo 4

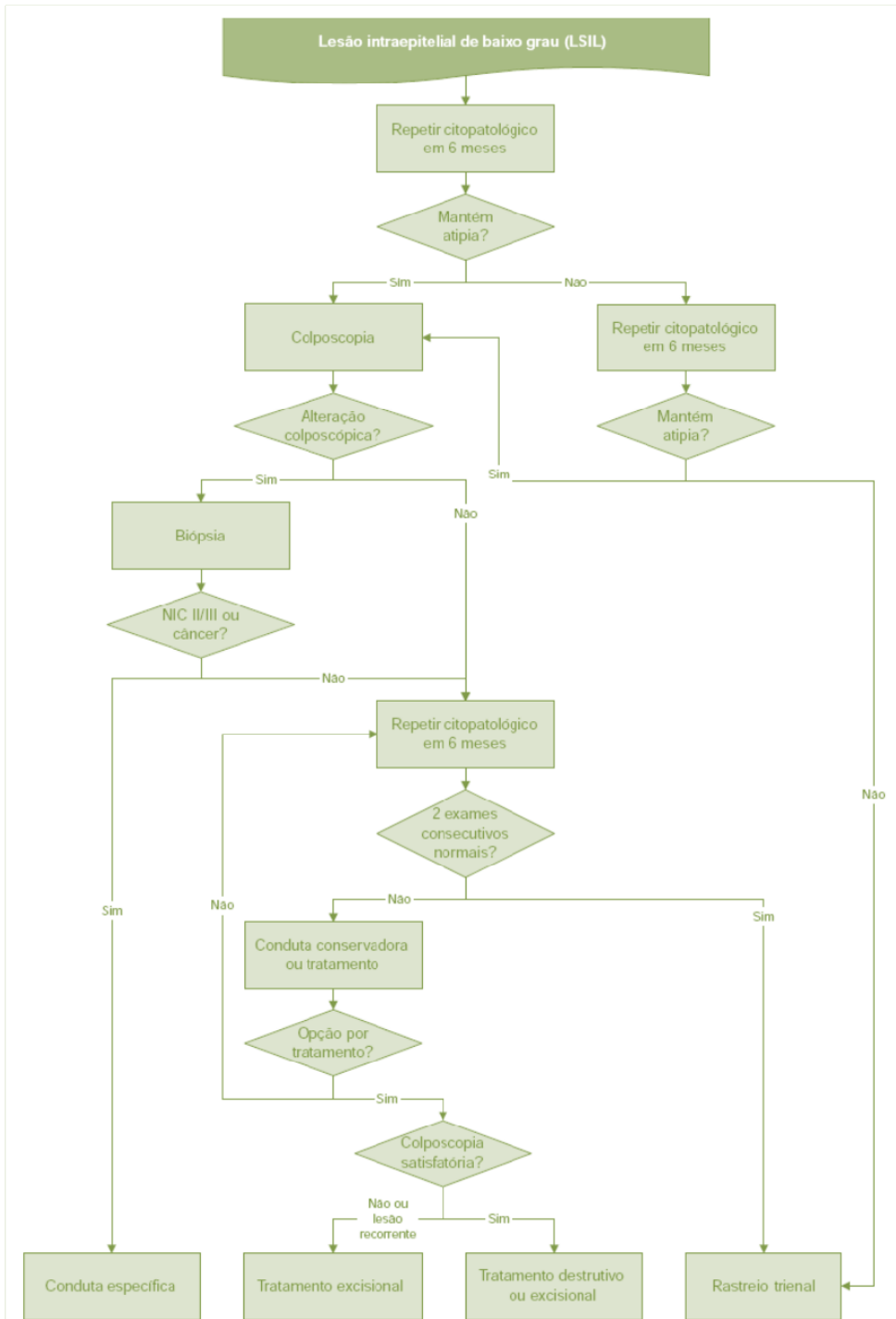
Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnósticos citopatológicos de células atípicas de origem indefinida.



Fonte Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p. 62)

Anexo 5

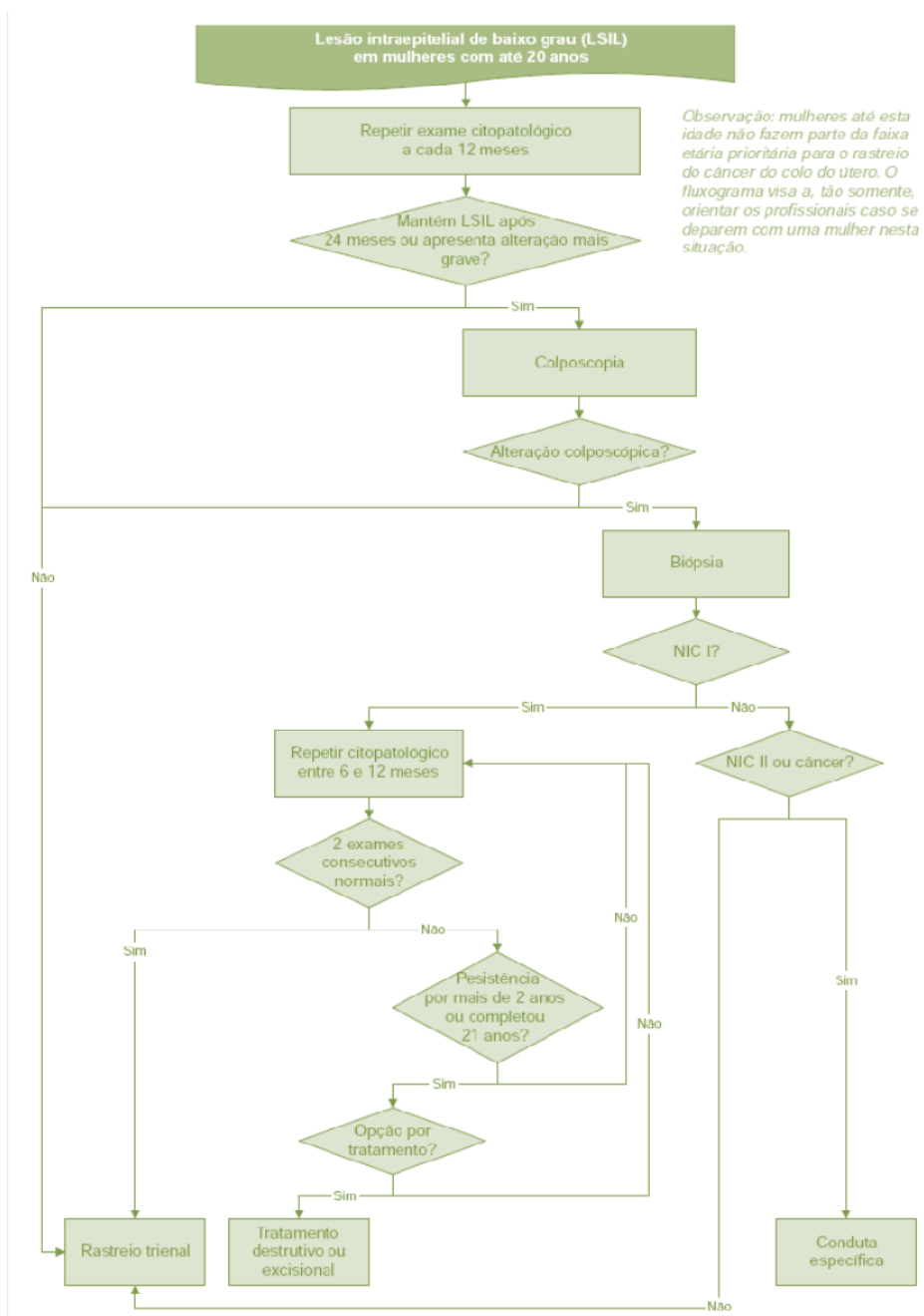
Fluxograma de recomendações de condutas para com diagnósticos citopatológico de LSIL.



Fonte Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p. 67).

Anexo 6

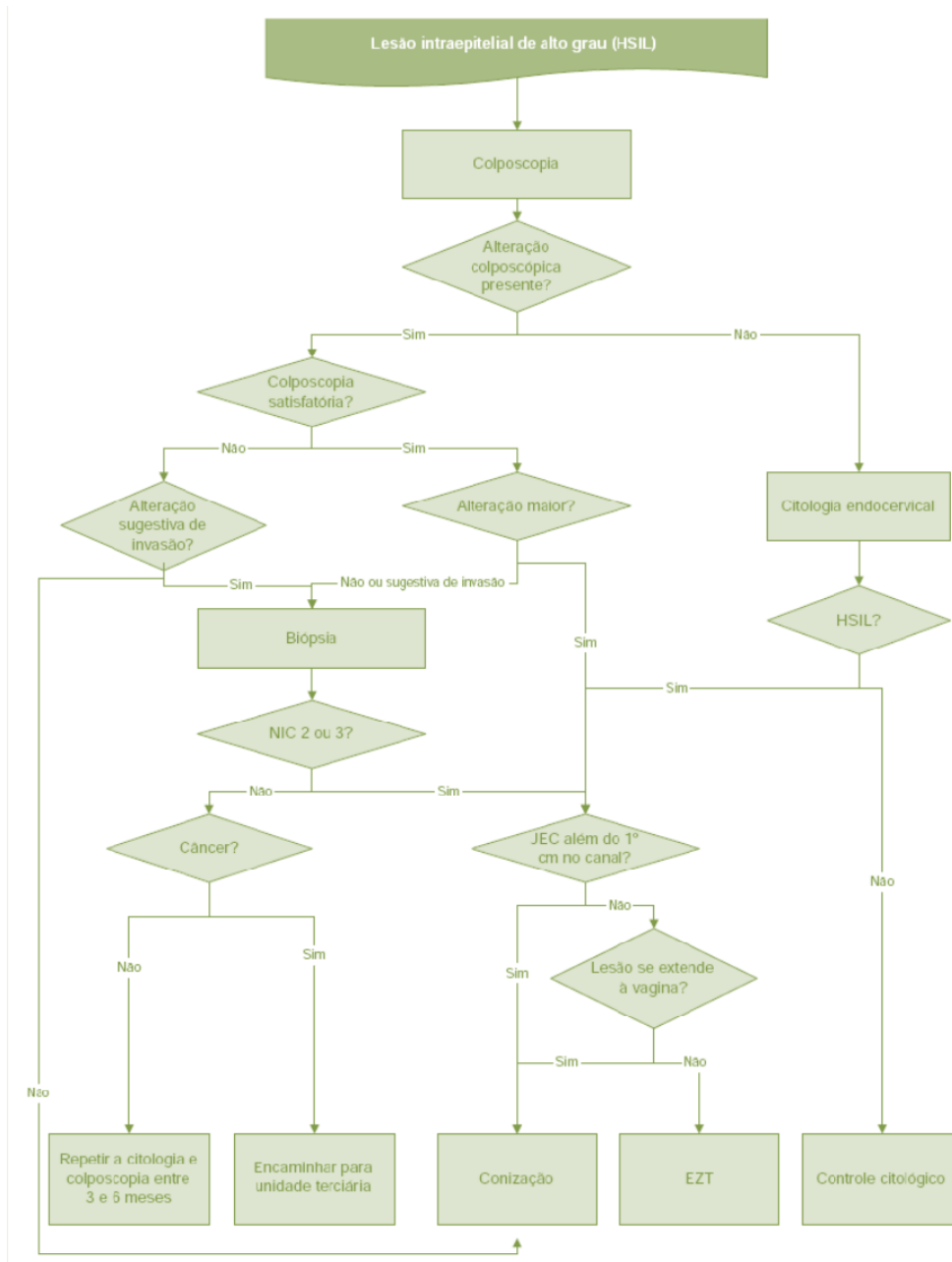
Fluxograma de recomendações de condutas de mulheres com até 20 anos com diagnóstico citopatológico de LSIL.



Fonte Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p.69).

Anexo 7

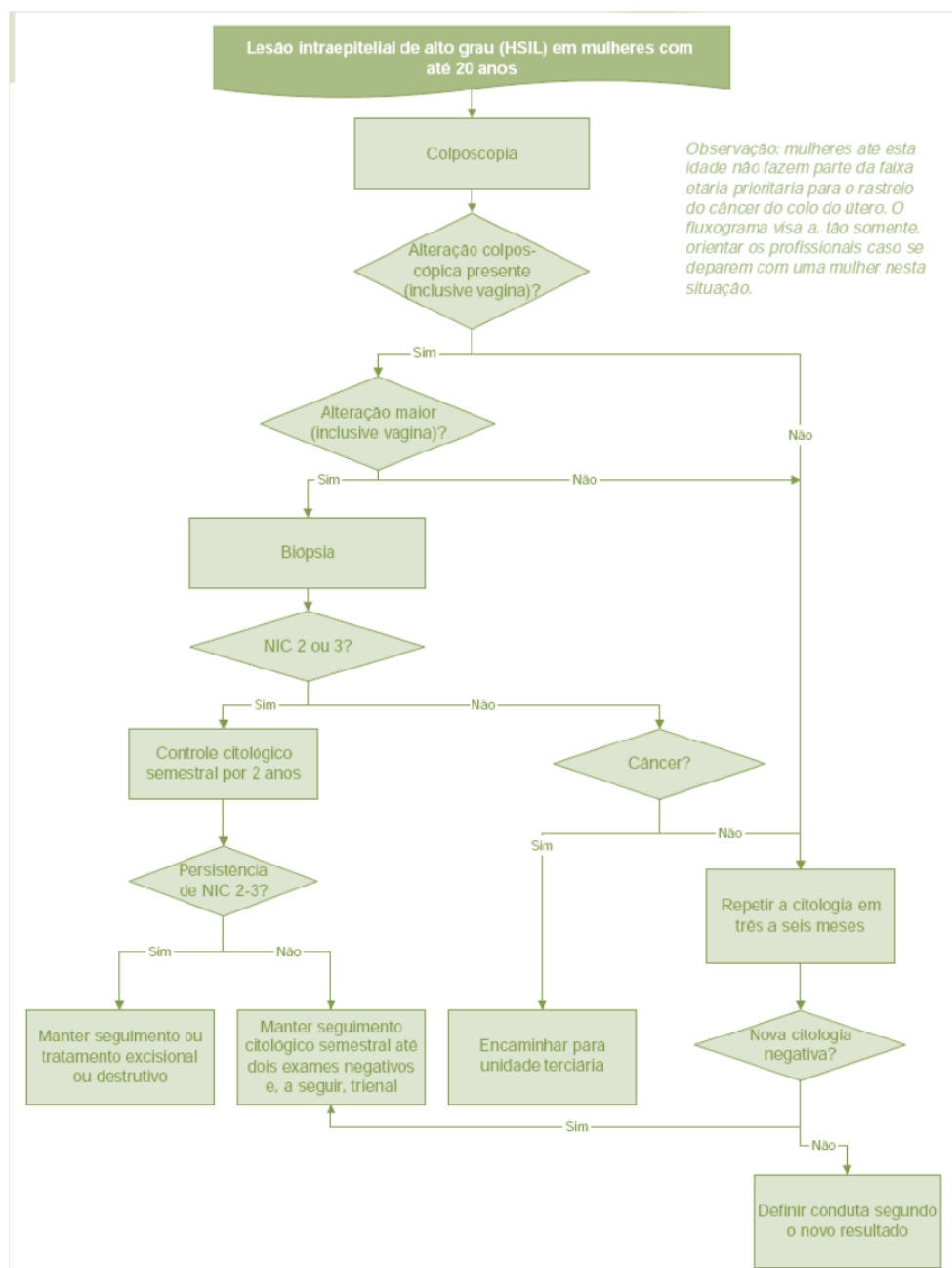
Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnósticos citopatológicos de HSIL.



Fonte Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p. 74).

Anexo 8

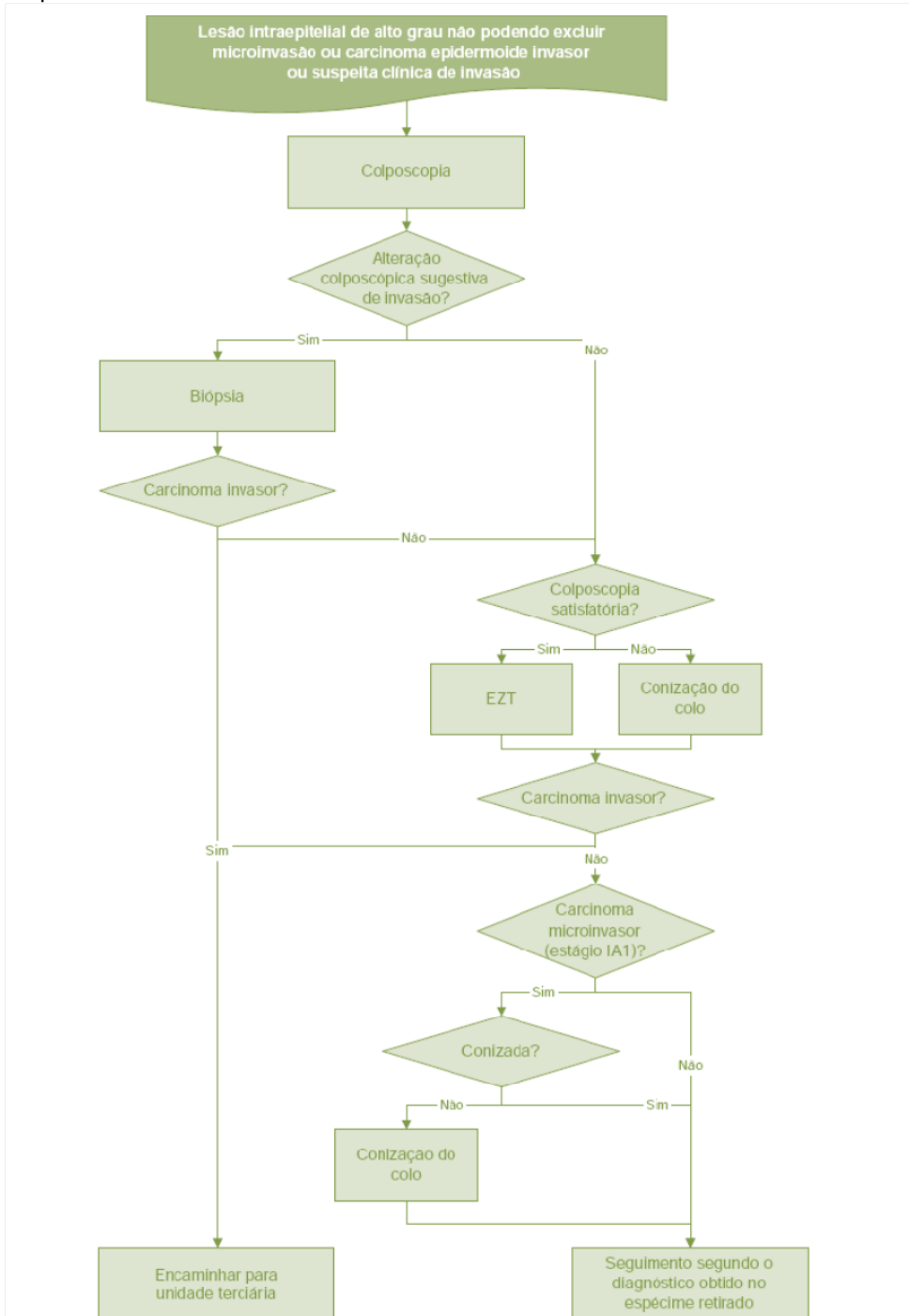
Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com até 20 anos com diagnósticos citopatológicos de HSIL.



Fonte Ministério da Saúde INCA (BRASIL,2011 p.78).

Anexo 9

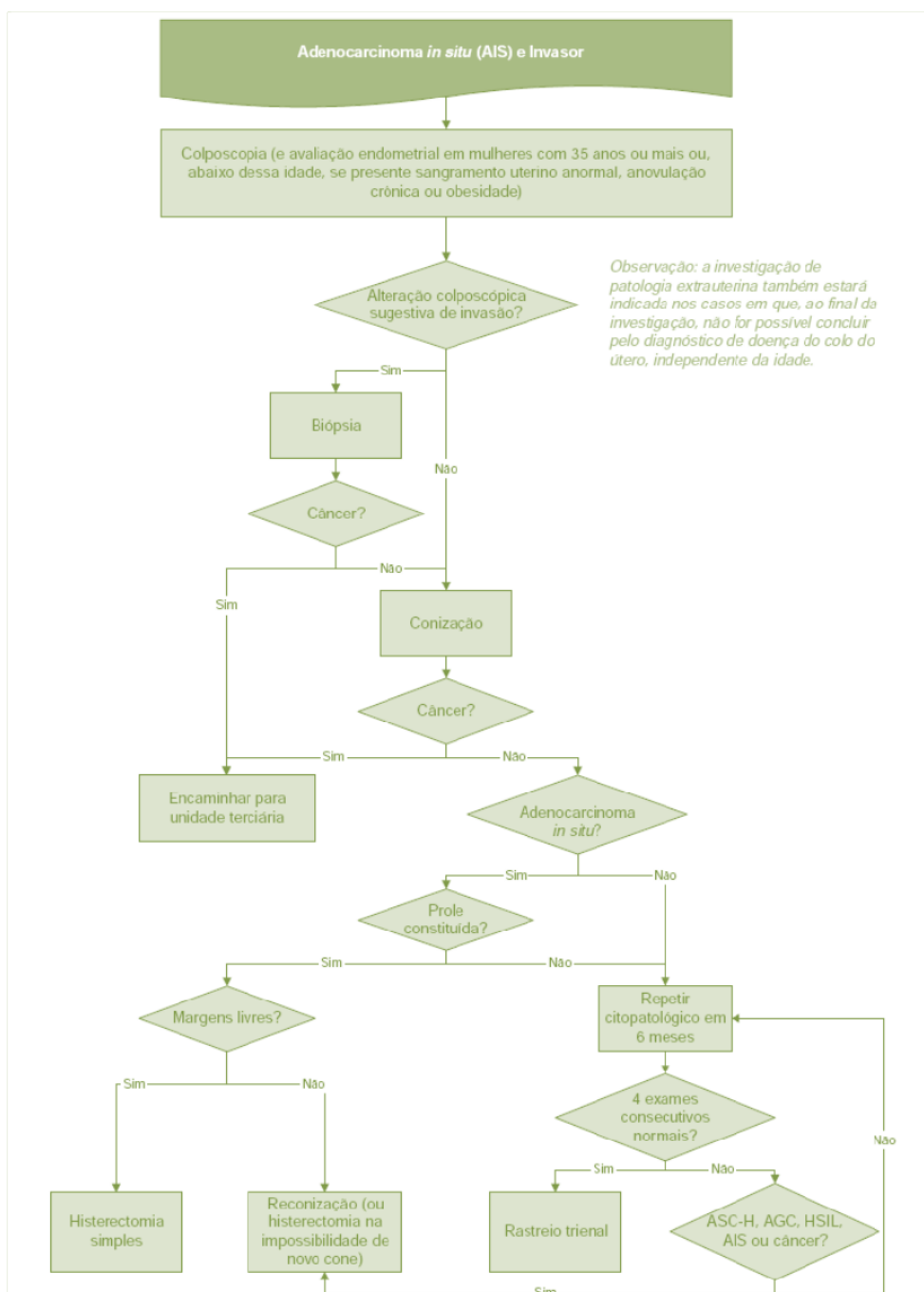
Fluoxograma de recomendações de condutas para mulheres com lesões de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor, ou, ainda, com suspeita clínica de invasão.



Fonte Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p.85).

Anexo 10

Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnósticos citopatológicos de AIS/ invasor.



Fonte Ministério da Saúde INCA (BRASIL, 2011 p. 90).