



apresentam

COLETA DE PREVENTIVO

Enfª Anna Carolina Ribeiro Lopes Rodrigues

O câncer cérvico-uterino no Brasil

Trata-se do quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Está intrinsecamente relacionado à exposição sexual aos tipos oncogênicos do HPV.

É fundamental garantir o acesso a rastreamento em consultas agendadas e/ou em demanda espontânea/oportunística.

Mas a garantia de acesso ao rastreamento não é suficiente se não for utilizada a correta da técnica de coleta, além do transporte e conservação adequados da amostra; É PRECISO QUALIDADE!

Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito)

Conjunto de portarias que definem padrões de qualidade e avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS.

- Portaria nº 1.504, 23/07/13 que Institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;
- Portaria nº 2.460, de 21/10/13 que altera e acresce dispositivos à Portaria nº 1.504/GM/MS;
- Portaria nº 3.388 de 30/12/13 que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito);
- Portaria nº 94, de 21/01/2016 que altera a Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013;

Veja mais em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_completo_manual_citopatologia.pdf

Perguntas e respostas com base nas diretrizes atuais de rastreamento no Brasil

Quem deve fazer o exame?

Mulheres de 25 a 60 anos de idade que já tenham iniciado a vida sexual, independente da opção sexual e orientação de gênero.

Com que periodicidade?

Uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Sempre?

Não!!! Se amostra insatisfatória (ausência de células da JEC) o exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

Situações especiais: Recomendações

- **Gestantes:** O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal. Não há restrição formal sobre coleta endocervical, no entanto é comum que nesta fase haja eversão do tecido endocervical para a ectocérvice.
- **Mulheres na pós-menopausa:** Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta, com creme de estrogênios conjugados em baixa dose (0,5 g de um aplicador, o que contém 0,3 mg 43 do princípio ativo) ou estriol vaginal, um grama com aplicador vaginal toda noite, durante 21 dias. A nova citologia será coletada entre cinco a sete dias após a parada do uso. Nas pacientes com história de câncer de mama ou outras contraindicações, o uso de estrogênios deve ser avaliado para cada paciente individualmente.

Situações especiais: Recomendações

- **Histerectomizadas:** Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.
 - **Imunossuprimidas :** O exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.
- Mulheres HIV positivas: Se contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

Interpretando os resultados e aprazando novas coletas

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Sistema Bethesda (2001)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve	NIC I	LSIL	LSIL
	Displasia moderada e acentuada	NIC II e NICIII	HSIL	HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizada desde o início do uso do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências

Interpretando os resultados e aprazando novas coletas

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica

Atenção!!!

Quando o resultado do citopatológico apresenta esfregaços normais, somente com células escamosas, recomenda-se a repetição com intervalo de um ano, e, após dois exames normais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos, desde que empregada técnica correta para coleta do material, assim como a fixação do material na lâmina.

Enfim, a coleta!

- **Material:**
- Espéculo
- Lâmina com uma extremidade fosca
- Espátula de Ayre
- Escova endocervical
- Par de luvas para procedimentos
- Pinça de Cheron
- Fixador apropriado
- Tubetes

- Gaze
- Formulário de requisição do exame
- Lápis preto nº 2
- Recipiente para acondicionamento dos tubetes, sendo preferível caixas de madeira ou plástico
- Lençol para cobrir a paciente ou avental



Enfim, a coleta!

- **Consultório:** roupa
- Mesa ginecológica (há mulheres que se sentem mais confortáveis sem o uso das perneiras)
- Escada de dois degraus
- Mesa auxiliar
- Foco de luz com cabo flexível
- Biombo ou local reservado para troca de
- Cesto de lixo
- Balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável



Instruções iniciais!

- Faça uma consulta de enfermagem: pergunte se há queixas, duração das mesmas, histórico gineco-obstétrico, uso contracepção ou terapia de reposição hormonal, situações de violência, DUM, status vacinal (não só do HPV; abordagem oportunística é tudo!!!), comorbidades, dúvidas sobre o procedimento, histórico de patologia cervical... Muitas destas informações serão úteis para seu plano de cuidados durante e após a coleta. Não se esqueça de registrar sistematicamente a anamnese, exame físico, intercorrências/achados na coleta, pactuação de entrega dos resultados e suas prescrições. O ideal seria um registro sistematizado, constando de histórico e com base em diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados.
- Certifique-se de que não houve uso de cremes, duchas ou realização de exames intravaginais nas 48 horas que antecederam a coleta!

Instruções iniciais!

- Não deixe de coletar a amostra se:
 - A paciente não estava em abstinência sexual nas últimas 24 horas, pois a presença de esperma por si só não vai prejudicar significativamente a amostra;
 - Se a paciente buscou o exame por corrimento, pois apesar do exame de microflora não ser o foco do CP e a qualidade da amostra ser melhor na ausência de vaginoses, essa pode ser a única oportunidade de coleta. Tente estabelecer um vínculo com esta mulher e só se tiver certeza de que ela retornará, trate-a e reagende a coleta.

Instruções iniciais!

- Solicitar à paciente que esvazie a bexiga;
- Fornecer um avental e disponibilizar local reservado para troca de roupa;
- Solicitar que se deite na mesa, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame;
- Cobrir a paciente com o lençol;
- Colocar as luvas;
- Acomodar a lâmina, já identificada, na mesa de apoio para receber o material colhido;
- Deixar o tubete com álcool a 95% / fixador próximo à lâmina já identificada;
- Verificar a existência de lesões suspeitas na vulva e vagina. Em caso positivo, lembrar de fazer o encaminhamento adequado ao final do exame;
- Escolher o espécúlo mais adequado ao tamanho da vagina da paciente;

Instruções iniciais!

- Introduzir o espéculo:
- Não lubrifique o espéculo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina;
- No caso de pessoas idosas, ou pacientes com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico ou solução salina;
- Introduza-o em posição vertical e ligeiramente inclinado;
- Iniciada a introdução, faça uma rotação de 90º, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
- Durante a introdução do espéculo, procede-se à inspeção das paredes vaginais;
- Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza;
- Se tiver dificuldade para visualizar o colo peça que a paciente tussa e tente manobras delicadas com o espéculo;
- Se, ao visualizar o colo, houver grande quantidade de muco ou secreção, retire o excesso delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido;

A coleta propriamente dita!

A coleta é dupla: da ectocérvice e do canal cervical;

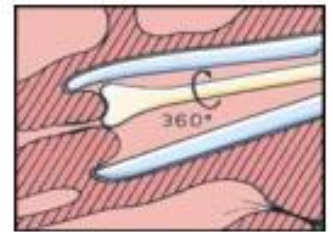
As amostras são colhidas separadamente;

Proceda inicialmente a coleta da ectocérvice e depois a coleta da endocérvice:

Utilize a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que apresenta reentrância;

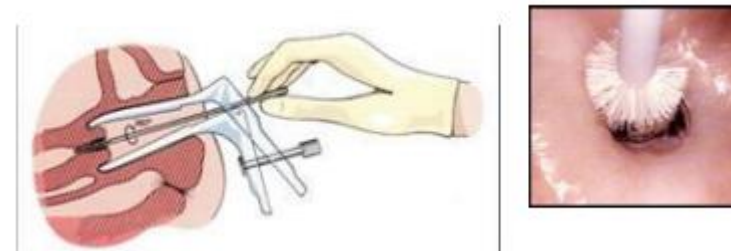
Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra;

Caso considere que a coleta não tenha sido representativa, faça mais uma vez o movimento de rotação;



A coleta propriamente dita!

Para a coleta no canal cervical utilize a escova apropriada para coleta endocervical;
Recolha o material, introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a a 360°;
Na lâmina, já devidamente identificada, estenda o material ectocervical dispondo-o no sentido horizontal, ocupando 1/2 da parte transparente da lâmina, em movimentos de sentido único, da direita para a esquerda, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme;
Ocupando a 1/2 restante da parte transparente da lâmina, estenda o material endocervical, rolando a escova de cima para baixo, preferencialmente
Evite deixar espaço livre entre as duas amostras.



A coleta propriamente dita!

A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera. Visa conservar o material colhido, mantendo as características originais das células, preservando-as do dessecação que impossibilitará a leitura do exame.

São três as formas usadas de fixação:

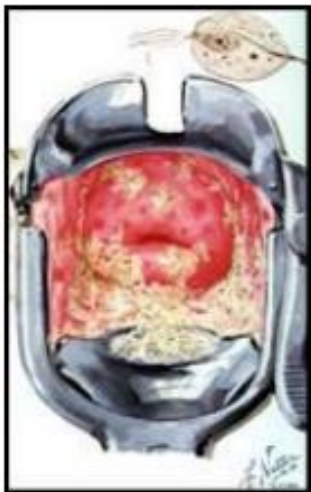
- Álcool a 95%: A lâmina com material deve ser submersa no álcool a 95%, em tubete de boca larga, lá permanecendo até a chegada ao laboratório;
- Propinilglicol: Borrifar a lâmina com fixador, spray ou aerosol, a uma distância de até 20cm. Cobrir totalmente o esfregaço. Acomode-o em estojo adequado e fechado.
- Polietilenoglicol: Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido. Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície. Feche o tubete imediatamente após a colocação da lamina e enrole no mesmo a requisição do exame, devidamente preenchida, prendendo com uma liga.

Finalizando o procedimento

- Fechar o espéculo;
- Retirá-lo delicadamente;
- Inspeccionar a vulva e o períneo;
- Retirar as luvas;
- Auxiliar a paciente a descer da mesa;
- Solicitar que ela se troque;
- Avisar a paciente que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta;
- Orientar a paciente para que venha receber o resultado do exame, conforme a rotina da sua unidade de saúde.

Achados comuns e dúvidas... Quais condutas?

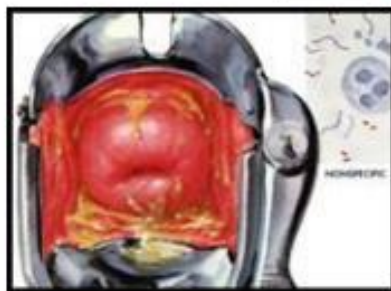
Inspeção do colo do útero:



Tricomoníase



Candidíase



Inflamatório

Colo com achados normais:



Ectopia



Cistos de Naboth



Partos vaginais



Sem partos vaginais



Colo Atrófico

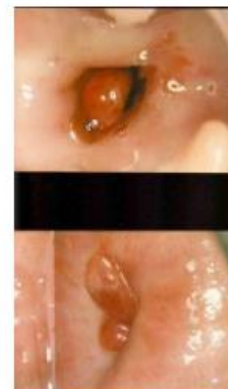
Inspeção interna do colo do útero:



Prolapso



DIU



Pólipo



Lesão por HPV

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária nº 29. Rastreamento. Brasília-DF, 2010.

Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/linha_tempo_cab29.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, 2016. 1ª edição atualizada Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

(http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio_2016_3.pdf)

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1976p.

Figuras:

https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/2037123/mod_resource/content/1/Lab%20Pap%20Test%20folhetos.pdf

E que venham as dúvidas!!!



Perguntas e Respostas