

TeleCondutas[®]

Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

Versão digital

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:

Roberto Nunes Umpierre
Natan Katz

Revisão Ortográfica e Normalização:
Geise Ribeiro da Silva

Coordenação Científica:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Design e Diagramação:

Lorena Bendati Bello
Michelle Iashmine Mauhs

Organização e Edição:

Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Laura Ferraz dos Santos
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Rudi Roman

Autoria:

Ana Cláudia Magnus Martins
Daniela Dal Forno Kinalski
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Edson Fernando Muller Guzzo
Elise Botteselle de Oliveira
Ellen Machado Arlindo
Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro
Laura Ferraz dos Santos
Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 06 nov. 2020 [atual. 26 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: “dia, mês abreviado e ano”.

Publicado em 06 de novembro de 2020.
Atualizado em 26 de agosto de 2022.

TELECONDUTAS Nº 30 – RASTREAMENTO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Sumário

Introdução	5
Fatores de risco	5
Rastreamento	6
População-alvo e periodicidade	6
Situações especiais para a coleta do exame citopatológico	7
Mulheres apresentando sintomas	8
Corrimentos vaginais	8
O procedimento de coleta do exame citopatológico	9
Procedimento prévio à coleta	9
Procedimento de coleta	10
Envio do material para o laboratório	14
Teste de Schiller e inspeção visual com ácido acético	14
Adequabilidade da amostra do exame citopatológico	14
Controle de qualidade das amostras do exame citopatológico	15
Problemas frequentes na coleta do exame citopatológico	16
Resultados do exame citopatológico do colo uterino	17
Condução para achados microbiológicos	20
Prevenção primária do câncer do colo de útero	23
Encaminhamento ao serviço especializado	23
Referências	25

Atualizações desta versão

- Atualização da faixa etária da vacina contra o HPV (quadro 8).

Introdução

O número estimado de casos novos de câncer do colo do útero é de 16.590 ao ano no período de 2020 a 2022. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é a segunda neoplasia maligna mais incidente nas Regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,92/100 mil). Já na Região Sul (17,48/100 mil), ocupa a quarta posição e, na Região Sudeste (12,01/100 mil), a quinta posição [1].

A detecção precoce por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero é a chave para diminuir a mortalidade causada por esta doença. O padrão predominante do rastreamento no Brasil é oportunístico, realizado quando as mulheres procuram os serviços de saúde por outras razões, e aproveita-se para oferecer e realizar a coleta. Como resultado desse cenário, 20% a 25% dos exames citopatológicos são realizados fora do grupo etário recomendado e, aproximadamente, metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos [2]. Assim, evidencia-se no cenário brasileiro uma dicotomia: mulheres excessivamente rastreadas e outras sem qualquer exame de rastreamento [2].

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, é essencial que tenha condições de ofertar ferramentas para ampliar o acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero com qualidade, seja responsável pela coordenação do cuidado e ofereça atenção integral e contínua à saúde.

Neste material utilizaremos o termo mulher como a representação de pessoas do sexo feminino, independente da identidade ou expressão de gênero.

Fatores de risco

O principal fator de risco para o câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Outros fatores de risco incluem [3,4]:

- maior número de parceiros sexuais;
- idade na primeira relação sexual < 18 anos;
- multiparidade;
- idade da primeira gestação < 19 anos;
- tabagismo atual;
- população negra ou hispânica;
- uso atual de contraceptivo oral com duração > 5 anos;
- história de infecções sexualmente transmissíveis;
- imunossupressão;
- baixo nível socioeconômico;
- história familiar de câncer cervical.

Rastreamento

Na maioria das vezes, as lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas e subclínicas (inaparentes) podendo ser detectadas apenas por meio do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico [5].

População-alvo e periodicidade

No Brasil, recomenda-se o início da coleta aos **25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual**. Deve-se realizar a coleta anualmente e, após dois resultados normais, o intervalo entre coletas passa a ser de três anos [2]. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e poderão ser interrompidos se houver registro de pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Mulheres com história prévia de doença neoplásica podem ter essa rotina alterada de forma individualizada [2].

Para mulheres **com mais de 64 anos de idade** e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais [2]

Quadro 1 - Recomendações gerais de rastreamento do câncer do colo do útero.

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

¹ Sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Em diretrizes internacionais, a idade indicada para o início do rastreio varia entre 20 e 25 anos. É desaconselhável o rastreamento em mulheres imunocompetentes assintomáticas com menos de 21 anos, independentemente da idade de início da atividade sexual, pois as evidências mostram não ter impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero [6].

Situações especiais para a coleta do exame citopatológico

Existem algumas situações especiais que geram dúvidas sobre a realização do rastreio e a sua frequência. As recomendações para cada situação estão descritas no quadro 2.

Quadro 2 - Recomendações para a coleta do exame citopatológico do colo do útero em situações especiais.

Situação	Recomendação
Gestantes	<p>Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, incluindo a coleta de endocérvice.</p> <p>O colo do útero da mulher grávida é mais congestionado, friável e pode apresentar sangramento durante ou após a coleta. Algumas recomendações restringem a coleta à ectocérvice, considerando a exteriorização da junção escamocolumnar (JEC) no período gravídico, porém não há evidências científicas de que a coleta endocervical aumente o risco de eventos adversos à gestação, como trabalho de parto prematuro ou aborto.</p> <p>O pré-natal é uma oportunidade para o rastreamento, principalmente em serviços com dificuldade de ampliar o acesso a todas as mulheres. A coleta pode ser realizada em qualquer idade gestacional, não sendo conveniente postergar para o puerpério. É sempre válido considerar a história individual de cada mulher. Mulheres com histórico prévio de perdas gestacionais podem se sentir inseguras com o procedimento, principalmente no primeiro trimestre de gestação. Isso deve ser discutido e respeitado para que não haja associação entre desfechos negativos e o exame citopatológico.</p>
Climatério e pós-menopausa	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
Histerectomizadas	<p><u>Histerectomia total:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Por lesões benignas:</u> sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais (pré-histerectomia). • <u>Por lesão precursora ou câncer do colo do útero:</u> deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada [2]. <p><u>Histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero):</u> deve seguir rotina de rastreamento.</p>
Mulheres com história familiar de câncer do colo do útero	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
Sem história de atividade sexual	<p>Mulheres que nunca tiveram nenhum tipo de relação sexual não devem ser submetidas ao rastreamento.</p> <p>É válido considerar que as mulheres podem ter uma variedade de razões para não revelar a atividade sexual anterior, incluindo questões sociais, religiosas e culturais, ou expectativas sobre modéstia, virgindade e vergonha, bem como resistência em reconhecer abuso sexual anterior. Mulheres que foram violentadas sexualmente frequentemente relutam em reconhecer essa história, e o abuso pode estar na base da decisão de se abster e não se envolver em atividades sexuais subsequentes. Além disso, o HPV pode ser transmitido pelo toque genital pele a pele, o que os pacientes podem não considerar como atividade sexual [2].</p>
Imunossuprimidas por: - infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); - uso de imunossupressores após transplante; - tratamento de câncer; - uso crônico de corticosteroides.	<p>O exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver a imunossupressão.</p> <p>Mulheres vivendo com HIV com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses [2]. Mulheres imunocompetentes vivendo com HIV e tratadas adequadamente com terapia antirretroviral apresentam história natural semelhante às demais mulheres.</p>

Lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres	<p>A prática sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres é passível de infecções sexualmente transmissíveis, seja através do sexo oral, seja com o compartilhamento de acessórios. Assim, o rastreamento está indicado independentemente da orientação ou prática sexual da mulher, seguindo as recomendações de periodicidade e faixa etária [7,8,9].</p>
Homens transexuais e transmasculinidades	<p>O rastreamento deve seguir a mesma recomendação de faixa etária e periodicidade, se já tiveram ou têm atividade sexual.</p> <p>Homens trans e demais pessoas transmasculinas tem a mesma chance de desenvolver câncer de colo uterino que mulheres cisgênero, mas o rastreamento tende a ser negligenciado nessa população. Além dos fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona é um fator de risco para não realizar o rastreamento, pois a atrofia vaginal e cervical geram maior desconforto ao exame. A realização do exame não pode ser considerada uma condição para que a pessoa seja acompanhada no serviço de saúde por outro motivo, embora seja relevante sempre considerar a oportunidade do contato de homens trans e pessoas transmasculinas para a oferta do rastreamento [10,11].</p>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Mulheres apresentando sintomas

Mulheres apresentando sinais ou sintomas devem ser avaliadas com o objetivo de identificar doenças ginecológicas, para seu imediato manejo.

No estágio invasor do câncer do colo do útero, os principais achados são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. Ao exame especular pode ser observado sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero. O toque vaginal pode demonstrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo uterino e estruturas subjacentes [5]. Nesses casos, a coleta do exame citopatológico está indicada com objetivo de diagnóstico e não mais rastreio, podendo até ser precedida pelo encaminhamento ao especialista [12].

Corrimentos vaginais

O exame citopatológico do colo do útero não é um método para o diagnóstico de corrimentos vaginais. Nesses casos, na maioria das vezes, o diagnóstico poderá ser baseado no exame físico e, eventualmente, coleta de secreção vaginal para exame direto. Portanto, é imprescindível que o **exame ginecológico e especular seja realizado com o objetivo de elucidar a queixa principal**. Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta do citopatológico, não deve ser descartada a oportunidade de atualizar a rotina de rastreio da mulher, se houver indicação. Quando houver suspeita de tricomoníase, recomenda-se realizar o tratamento e reagendar a coleta do material cervical em três meses, pelo risco de prejuízo da amostra [4,5].

As atribuições da APS quanto ao rastreamento do câncer do colo do útero, público-alvo e periodicidade também podem ser vistas em [vídeo](#) no canal do TelessaúdeRS no YouTube.

O procedimento de coleta do exame citopatológico

A técnica correta da coleta permite que a análise laboratorial seja adequada. É comum que os profissionais de saúde coloquem alguns critérios para que a coleta seja realizada, como a mulher não estar no período menstrual, não ter tido relações sexuais nas últimas 48 horas ou ter realizado ducha vaginal. No entanto, **a maioria dessas condutas não tem embasamento científico e muitas vezes causam atraso ou até mesmo a perda da oportunidade de rastreamento** [13].

Portanto, se houver oportunidade, as orientações a seguir podem ser dadas com objetivo de garantir a qualidade da amostra, mas não devem ser utilizadas como critério para postergar a coleta do exame:

- **Medicamentos pela via vaginal** - evitar o uso de qualquer tipo (creme, óvulo) nas 48 horas que antecedem o exame.
- **Abstinência sexual** - só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas, pois na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica.
- **Menstruação** - idealmente a coleta deve ser realizada pelo menos cinco dias após o término da menstruação. No entanto, caso esta seja a única oportunidade e a mulher esteja menstruada, limpar o colo do útero com uma gaze removerá o sangue e parece ter um efeito mínimo ou nenhum efeito na celularidade e qualidade da amostra [14].
- **Duchas vaginais** - de forma geral, não há benefício em realizar a higiene excessiva da vagina e da vulva, portanto, as mulheres podem ser orientadas a não manter essa prática.

Procedimento prévio à coleta

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

Figura 1 - Preparo das lâminas de vidro e da caixa porta-lâminas.



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

É importante conferir se todo o material está disponível e se o ambiente está disposto da forma mais adequada para garantir a privacidade e conforto da mulher. Sugerir que a mulher esvazie a bexiga e troque a roupa por um avental ou camisola, em local reservado. Deve-se ajudar a paciente a deitar na posição ginecológica, de forma confortável e cobri-la com um lençol.

Procedimento de coleta

1. Proceder com a lavagem das mãos.
2. Posicionar o foco de luz.
3. Calçar luvas descartáveis.
4. Sob boa iluminação, observar atentamente os órgãos genitais externos, prestando atenção à distribuição dos pelos, à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, à presença de secreção vaginal, sinais de inflamação, veias varicosas e lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações. Após o exame, o que foi visualizado deverá ser registrado.
5. O tamanho do espéculo deve ser escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Lubrificantes não devem ser utilizados, para evitar prejuízo na análise da amostra. Em mulheres com vaginas atróficas ou pouco lubrificadas fisiologicamente, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico ou água potável.
 - Avisar a mulher e introduzir o espéculo suavemente, com a fenda da abertura na posição vertical ligeiramente inclinado, desviando da uretra.
 - Iniciada a introdução, fazer a rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal.
 - Uma vez introduzido na vagina, abrir lentamente e com delicadeza, de modo que o colo do útero fique completamente exposto. Quando houver dificuldade na visualização do colo, avaliar a necessidade de ajuste do espéculo, sugerir que a mulher tussa ou que faça pequena força com o períneo.

- Observar atentamente as características das paredes vaginais, bem como as do colo do útero.
- Coleta da ectocérvice: para a coleta do material presente na ectocérvice utiliza-se a **espátula de Ayre**.
 - Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício do colo, apoiando-a firme e delicadamente para fazer uma raspagem em movimento rotativo de 360°. Dessa forma, toda a superfície do colo será raspada e representada na lâmina. Reservar a espátula e só colocar o material na lâmina após a coleta endocervical.

Figura 2 - Coleta da ectocérvice com a espátula de Ayre.



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

- Coleta da endocérvice: para a coleta do material presente na endocérvice utiliza-se a **escova endocervical**.
 - Introduzir a escova no orifício do colo e fazer uma rotação completa e delicada no canal, procurando evitar sangramentos.

Figura 3 - Coleta da endocérvice com escova endocervical.



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

- **Fixação:** essa etapa deve ser feita de modo delicado e rápido, confeccionando esfregaços finos e uniformes. Procurar não realizar pressão excessiva na confecção e não demorar com a fixação da amostra para evitar o dessecamento do material.
 - Espalhar na lâmina de vidro o material coletado da ectocérvice no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo à região fosca.

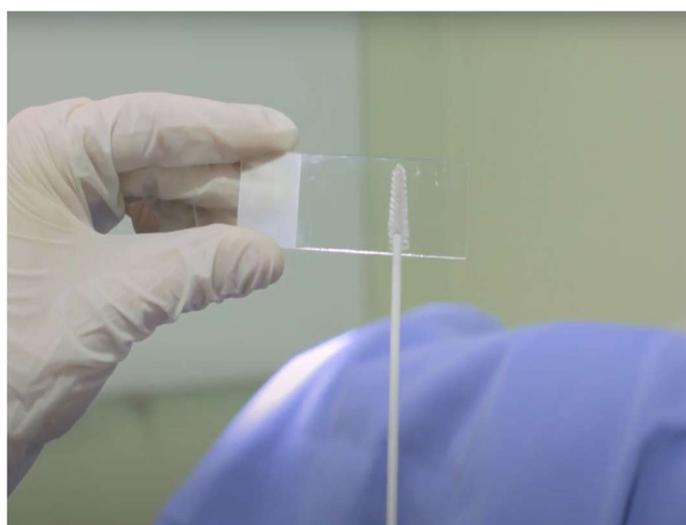
Figura 4 - Confeção do material da ectocérvice no sentido transversal da lâmina.



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

- Espalhar na metade inferior da mesma lâmina o material coletado da endocérvice, no sentido longitudinal.

Figura 5 - Confeção do material da endocérvice no sentido longitudinal da lâmina.



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

- Borrifar com solução fixadora (*spray* de polietilenoglicol) a uma distância de 20 cm da lâmina, que deve estar posicionada na horizontal. Sempre observe a validade do produto. Existe, também, a

possibilidade de fixar o material da lâmina por meio da sua imersão em álcool a 96%. A quantidade deve ser suficiente para que todo o esfregaço seja coberto.

Figura 6. Fixação do material na lâmina.



Fonte: arquivo TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

- Acondicionar cuidadosamente a lâmina, no recipiente adequado para o transporte ao laboratório.
- É fundamental avisar a mulher que a coleta está concluída. Deve-se fechar o espécúlo de forma a não beliscar, retirando-o delicadamente. Há possibilidade de discreto sangramento após a coleta, que deve cessar espontaneamente.

Envio do material para o laboratório

As lâminas devem ser enviadas para o laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição. O formulário deve estar devidamente preenchido e a identificação coincidente com a do recipiente porta-lâmina e as iniciais registradas nas lâminas.

Deve ser preparada uma listagem de remessa, preferencialmente em duas vias (uma para a unidade e outra para o laboratório), com a identificação da unidade e a relação de nomes e números de registro das mulheres que tiveram seus exames encaminhados. Os exames devem ser enviados ao laboratório o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente.

Teste de Schiller e inspeção visual com ácido acético

Não há recomendação de realizar a inspeção visual com ácido acético ou solução de Lugol (Teste de Schiller) onde houver disponibilidade do exame citopatológico do colo do útero, que é considerado o método padrão-ouro para o rastreamento. A inspeção visual a olho nu possui especificidade limitada e baixo valor preditivo positivo, de cerca de 10%, e, devido à natureza subjetiva do teste, é difícil padronizar o controle de qualidade [2,15].

As etapas e a técnica da coleta do exame citopatológico também podem ser visualizadas em [vídeo](#) no canal do TelessaúdeRS no YouTube.

Adequabilidade da amostra do exame citopatológico

A parede do colo do útero é formada pela endocérvice e pela ectocérvice, e a ligação de ambas, a JEC, pode ter sua localização modificada de acordo com o estado hormonal, com o período gestacional, a ocorrência de parto vaginal ou, ainda, devido à traumas locais. No material coletado, espera-se encontrar células representativas dos epitélios que compõem o colo uterino:

- **Células escamosas** - tipos celulares presentes na ectocérvice.
- **Células glandulares** - tipos celulares presentes na endocérvice.
- **Células metaplásicas** - tipos celulares presentes na JEC.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da JEC, tem sido considerada indicador da qualidade da coleta, por ser nesse local onde se situa a maioria dos cânceres do colo do útero.

Atenção! A **metaplasia** é um processo fisiológico do colo do útero, que é dinâmico e responsivo hormonalmente. O achado dessas células no resultado do exame citopatológico não indica nenhuma lesão e não requer nenhuma alteração na rotina de rastreamento ou encaminhamentos.

O quadro 3, a seguir, descreve o conceito previsto na atual Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, sobre a adequabilidade da amostra, que é definida como **satisfatória** ou **insatisfatória** e sua respectiva conduta [16].

Quadro 3 - Adequabilidade da amostra do exame citopatológico do colo uterino.

Resultado	Conduta
Amostra satisfatória Amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.	Manter rotina de rastreamento.
Amostra insatisfatória As amostras são consideradas insatisfatórias devido a presença de material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço), presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% do esfregaço).	O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

Esfregaços normais somente com células escamosas	<p>Repetir com intervalo de um ano. Havendo dois exames normais anuais consecutivos, o rastreamento de rotina pode ser retomado.</p> <p>Caso o resultado do exame evidencie alteração, mesmo sem a presença da JEC, seguir a recomendação de conduta de acordo com o achado.</p> <p>É muito importante que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.</p>
---	--

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Brasil e INCA (2012) [16].

Controle de qualidade das amostras do exame citopatológico

A avaliação da adequabilidade da amostra dos exames citopatológicos do colo do útero é um indicador importante de qualidade na atenção à saúde das mulheres nas unidades de saúde, e também faz parte do controle de qualidade interna dos laboratórios. Um dos indicadores avaliados é o de **amostras insatisfatórias em relação ao total de coletas realizadas**. A partir desse dado, que deve ser acompanhado mensalmente através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), pode-se planejar ações de educação permanente para a melhoria da coleta do exame na unidade de saúde (US).

Recomenda-se que as **amostras insatisfatórias sejam menores que 5% do total das amostras coletadas**. Para identificar se a unidade de saúde está alcançando esse percentual de qualidade, orienta-se ter o controle com base no seguinte indicador [16,17]:

$$\frac{\text{Número de exames insatisfatórios da US no mês}}{\text{Total de exames da US realizados no mesmo mês}} \times 100$$

Problemas frequentes na coleta do exame citopatológico

No quadro a seguir são descritos problemas frequentemente identificados durante a coleta do exame citopatológico do colo uterino, mas que não alteram a rotina de rastreamento.

Quadro 4 - Situações frequentes durante a coleta do exame citopatológico do colo uterino.

Situação	Recomendação
Ressecamento vaginal ou colpíte atrófica	<p>Achados comuns no climatério. Proceder com tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia.</p> <p>O tratamento é realizado com o uso de creme vaginal de estrogênios conjugados 0,625 mg/g ou creme vaginal de estriol 1mg/g, à noite, ao deitar, durante 21 dias, e realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso.</p> <p>O seu uso não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. Contudo, em mulheres que fazem o uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada.</p>
Vaginismo	<p>É a contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Sua etiologia ainda não é bem esclarecida, podendo estar associada a fatores psicossociais, afetivos, vivências sexuais traumáticas ou causas físicas, como, por exemplo, anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis e congestão pélvica.</p> <p>Pode haver impedimento da realização do exame devido à dificuldade de introdução do espécuro. Caso isso aconteça, deve-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher.</p> <p>Faz-se necessário considerar o encaminhamento ao especialista, caso seja identificado causa orgânica que necessite de tratamento ou apoio psicológico.</p>
Ectopia	<p>É uma situação fisiológica. No período da atividade menstrual e na fase reprodutiva a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia. Não demanda intervenções.</p>
Cisto de Naboth	<p>Não possui significado patológico e não demanda intervenções. É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes.</p>
Pólipos cervicais	<p>São benignos na maioria dos casos. Caracterizados como projeções da mucosa do canal do colo uterino. Podem levar a sangramento vaginal fora do período menstrual ou após as relações sexuais. Não causam dor pélvica, dispareunia ou outros distúrbios menstruais significativos. Podem estar localizados externamente, sendo facilmente identificados na realização do CP.</p> <p>Encaminhar ao ginecologista para retirada em caso de desconforto, sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado ou sangramento discreto entre as menstruações.</p>

Fonte: TelessaúdeRS (2022), adaptado de Brasil e INCA (2016) [14].

Resultados do exame citopatológico do colo uterino

É importante esclarecer que a rotina proposta para o rastreamento pode ser alterada conforme o resultado do exame. Frequentemente resultados apresentando **lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)** geram encaminhamentos desnecessários. A LSIL representa a manifestação citológica da infecção causada pelo HPV, altamente prevalente e, na maioria dos casos, com um potencial de regressão espontânea, especialmente em mulheres com menos de 30 anos.

O quadro a seguir apresenta um resumo das principais recomendações frente às alterações citológicas.

Quadro 5 - Conduta de acordo com o resultado de um exame citopatológico.

Resultado			Recomendação	
Normal ou alterações celulares benignas			Seguir a rotina de rastreamento.	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<25 anos	Repetir citologia em 3 anos. Caso se mantenha essa atipia antes dos 25 anos, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos. A partir dos 25 anos, se a citologia se mantiver ASC-US ou de maior gravidade, encaminhar para colposcopia.
			Entre 25 e 29 anos	Repetir citologia em 12 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
			≥30 anos	Repetir citologia em 6 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
			Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia (ginecologia).	
	Em células glandulares ou de origem indefinida (AGC)	Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).	
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de Baixo Grau (LSIL)	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos ou quando completar 25 anos. Caso se mantenha essa atipia, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos.	
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses. Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento trienal. Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.	
		Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).		
	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) ou HSIL, não podendo excluir microinvasão	Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).		
	Carcinoma epidermoide invasor			
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou Adenocarcinoma invasor	Encaminhar para a colposcopia (ginecologia/oncologia).		

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de INCA (2016) [2].

A conduta para **gestantes** frente a um achado anormal em exame de citopatológico é a mesma para a população geral. A exceção a essa regra são mulheres diagnosticadas com LSIL na gestação. As alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação podem dificultar a interpretação dos achados na colposcopia. Considerando essas limitações, é recomendado que a colposcopia não deva ser realizada durante a gestação de mulher com LSIL e qualquer abordagem diagnóstica deve ser feita após três meses do parto. Todos os outros achados devem seguir a mesma recomendação do [Quadro 5](#).

Destaca-se que os laudos dos exames citopatológicos do colo do útero podem apresentar outras informações complementares. No quadro abaixo, descreve-se as informações encontradas com maior frequência e a sugestão de conduta.

Quadro 6 - Informações complementares em exame citopatológico do colo do útero.

Laudo	Conduta
Atrofia com inflamação	Quando não houver presença de atipias, não altera a rotina de rastreamento. Só deverá ser tratada quando o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica em função da atrofia. Nesses casos, deve ser orientado o uso de creme vaginal de estrogênios conjugados 0,625 mg/g ou creme vaginal de estriol 1 mg/g, à noite, ao deitar, durante 21 dias e realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso.
Achados microbiológicos (<i>Lactobacillus Sp.</i> , Cocos, Bacilos supracitoplasmáticos - sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i> , <i>Candida sp.</i> , <i>Chlamydia sp.</i> , efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes, <i>Trichomonas vaginalis</i>)	Seguir a rotina de rastreamento citológico. Reavaliar a paciente e proceder com conduta de acordo com as queixas clínicas e exame físico atual (ver quadro 7).
Inflamação sem identificação do agente Alterações celulares benignas reativas ou reparativas	
Metaplasia escamosa imatura	Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Reparação	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de INCA (2016) [2].

Conduta para achados microbiológicos

Laudos de exame citopatológico do colo uterino com achados microbiológicos são comuns e nem sempre correspondem com as queixas e/ou achados clínicos no exame físico. É imprescindível que a mulher seja reavaliada na entrega do resultado e, de acordo com a presença de sintomas, proceder com o tratamento, se necessário, conforme quadro abaixo.

Quadro 7 - Condutas para achados microbiológicos.

	Agente etiológico	Características clínicas	Tratamento (se sintomas)	Observações
Candidíase vulvovaginal [21]	- <i>Candida spp.</i> - <i>Candida albicans</i> (é a mais frequente).	Prurido vaginal intenso, edema de vulva, hiperemia de mucosa, secreção vaginal esbranquiçada e grumosa aderida às paredes vaginais e ao colo do útero, dispareunia de intróito. Ardência por irritação da pele lesada em contato com a urina.	Tratamento de primeira linha¹: - Miconazol 2% creme vaginal, um aplicador (5 g) intravaginal, à noite, por 7 dias; ou - Clotrimazol 1% creme vaginal, um aplicador (5 g) intravaginal, à noite, por 7 a 14 dias; ou - Clotrimazol 2% creme vaginal, um aplicador (5 g) intravaginal, à noite, por 3 dias; ou - Butoconazol 2% creme vaginal, um aplicador (5 g) intravaginal, à noite, dose única; ou - Terconazol 0.8% creme vaginal, um aplicador (5 g) intravaginal, à noite, por 3 dias; ou - Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; ou - Itraconazol, 200 mg, VO, 12/12 horas, por 1 dia.	Parcerias: Não é necessário tratar as parcerias sexuais. Gestantes: O tratamento em gestantes é feito com o uso de antifúngico tópico intravaginal por 7 dias. Deve-se evitar o uso de Fluconazol em gestante, especialmente no primeiro trimestre, pelo possível aumento no risco de abortamento espontâneo e por não estar claro o impacto desse fármaco sobre defeitos congênitos.
Vaginose bacteriana [22]	- <i>Gardnerella vaginalis</i> . - <i>Mobiluncus sp.</i> - <i>Bacteroides sp.</i> - <i>Mycoplasma hominis</i> . - <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbios.	Secreção vaginal acinzentada, cremosa, aderente às paredes vaginais e ao colo, com odor fétido, sem sintomas inflamatórios.	Tratamento de primeira linha: - Metronidazol ² 500mg, VO, 12/12h, por 7 dias; ou - Metronidazol 1% creme vaginal, um aplicador (5 g) intravaginal, à noite, por 5 dias. Alternativas: - Clindamicina 300mg, VO, 12/12h, por 7 dias; ou - Tinidazol ¹ 1g, VO, por 5 dias; ou - Tinidazol ¹ 2g, VO, por 2 dias; ou - Secnidazol 2g, VO, dose única.	Parcerias: O tratamento de rotina das parcerias sexuais do sexo masculino não é recomendado, entretanto, mulheres que fazem sexo com mulheres devem encorajar suas parcerias a estarem alertas sobre sinais e sintomas sugestivos de vaginose bacteriana, dado o risco maior de infecção concordante (25-50%). Gestantes e nutrízes: - Metronidazol ^{2,3} 500 mg, VO, 12/12h, por 7 dias; ou - Metronidazol 1% creme vaginal, um aplicador (5g) intravaginal, à noite, por 5 dias.
Actinomicose [23,24]	<i>Actinomyces sp.</i>	Assintomática na maioria dos casos. Havendo sinais e/ou sintomas de DIP (doença inflamatória pélvica) a mulher deverá ser avaliada e investigada considerando esse resultado - vale ressaltar que essa é uma situação rara.	Conduta expectante em mulheres assintomáticas, não requer tratamento nem retirada do DIU.	Bactéria que faz parte da flora gastrointestinal normal e pode ser encontrada no trato genital de 10% a 20% de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias.

Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes [25]	<i>Herpes simplex</i>	Avaliar se presença de lesões ativas de herpes genital (vesículas e/ou úlceras). Dor e/ou prurido também são frequentes.	<p>Primeiro episódio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, 3x ao dia por 7 a 10 dias; ou - Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, 5x ao dia enquanto o paciente estiver acordado (de 4/4 horas), por 7 a 10 dias. <p>O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível e pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.</p> <p>Recidiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, 3x ao dia, por 5 dias; ou - Aciclovir 200 mg, 4 comprimidos, 2x ao dia por 5 dias. <p>O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico, havendo benefício de iniciado em até 24 horas do surgimento das lesões.</p>	<p>As parcerias devem ser tratadas se apresentarem sintomas.</p> <p>Mulheres assintomáticas não precisam receber tratamento.</p>
Clamídia [2,26,27]	<i>Chlamydia sp.</i>	Avaliar presença de sinais e sintomas como corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria e cervicite (presença de mucopus, dor à mobilização do colo, friabilidade e/ou sangramento do colo do útero).	<p>Considerar tratamento para gonorreia concomitante, devido ao alto índice de coinfeção.</p> <p>Tratar conforme a síndrome clínica: cervicite, uretrite ou doença inflamatória pélvica (DIP).</p> <p>Cervicite/uretrite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 500mg, IM, dose única; MAIS - Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única <p>DIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única; MAIS - Doxiciclina 100 mg, de 12 em 12 horas, VO, por 14 dias; MAIS - Metronidazol 500mg, de 12 em 12 horas, VO, por 14 dias. 	<p>O CP do colo do útero não tem acurácia suficiente para o diagnóstico. Portanto, é imprescindível a avaliação criteriosa da presença de sinais e sintomas para proceder com o tratamento. Ou ainda, havendo disponibilidade, proceder com a solicitação de exame específico para diagnóstico.</p> <p>Parcerias:</p> <p>Todas as parcerias devem sempre ser tratadas.</p> <p>Gestantes e nutrízes:</p> <p>A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes. O tratamento de DIP na gestação é hospitalar com antibioticoterapia intravenosa.</p>

<p>Tricomoníase [2,26,27]</p>	<p><i>Trichomonas vaginalis</i></p>	<p>Prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias, secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida. Disúria menos frequente. Cerca de 50% das mulheres e homens são assintomáticos.</p>	<p>Tratamento de primeira linha: - Metronidazol² 2 g, VO, dose única; ou - Metronidazol² 500mg, VO, 12/12h, por 7 dias (regime de escolha para pessoas vivendo com HIV).</p> <p>Alternativa: - Tinidazol 2g, VO, dose única.</p>	<p>O CP do colo do útero não tem acurácia suficiente para o diagnóstico. Portanto, é imprescindível a avaliação criteriosa da presença de sinais e sintomas para proceder com o tratamento. Ou ainda, havendo disponibilidade, proceder com a solicitação de exame específico para diagnóstico.</p> <p>Recomenda-se tratamento das parcerias e abstinência sexual até melhora dos sintomas.</p> <p>Parcerias: Metronidazol² 2 g, VO, dose única.</p> <p>Gestantes e nutrízes: - Metronidazol^{2,3} 500mg, VO, 12/12h, por 7 dias (esquema preferencial em nutrízes); ou - Metronidazol^{2,3,4} 2 g, VO, dose única.</p>
--------------------------------------	-------------------------------------	---	---	---

¹Não existe evidência de superioridade entre os tratamentos tópicos nem entre o tratamento oral ou tópico para candidíase [21].

²Deve-se evitar uso de álcool por 24 horas após o uso de metronidazol e 72 horas após o uso de tinidazol [19].

³O uso de metronidazol é compatível com a amamentação, porém o leite pode adquirir gosto metálico, reduzindo sua aceitação pela criança. O medicamento não está associado a efeitos adversos até a dose de 1.200mg/dia [18,19,20,28].

⁴Deve-se evitar o uso de dose única de 2 g de metronidazol em mulheres que estão amamentando, porém se for necessário, adiar a amamentação por 12 a 24 horas [19,20,29].

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Brasil e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (2016) e Ministério da Saúde (2020) [14,18].

Prevenção primária do câncer do colo de útero

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. É um vírus que apresenta mais de 150 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos, associados a neoplasias malignas do trato genital. Os tipos de HPV de alto risco oncogênico são detectados em 99% dos cânceres do colo do útero sendo os mais comuns os HPVs 16 e 18 que, em conjunto, são responsáveis por cerca de 70% destes casos [30].

O HPV é transmitido por contato direto com uma pessoa infectada, sendo que a principal forma de transmissão é por via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital. A infecção genital pelo HPV também pode ser transmitida durante o parto ou, ainda, através de instrumentos ginecológicos não esterilizados [30].

Atualmente, a vacinação contra o HPV é a medida mais eficaz para prevenção contra a infecção. O SUS oferece a vacina HPV quadrivalente (Quadro 8), protegendo contra a infecção dos subtipos 6, 11, 16 e 18 do papilomavírus humano [30].

Quadro 8 - Indicação da vacina contra o HPV.

Público	Faixa etária	Doses
Meninas	9 a 14 anos	Administrar 2 doses, com intervalo mínimo de 6 meses entre as doses.
Meninos	11 a 14 anos	Administrar 2 doses, com intervalo mínimo de 6 meses entre as doses.
Meninas e mulheres que vivem com HIV, transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes com neoplasias	9 a 45 anos	Administrar 3 doses da vacina com intervalo de 2 meses entre a primeira e segunda dose e 6 meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).
Meninos e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos	9 a 45 anos	Administrar 3 doses da vacina com intervalo de 2 meses entre a primeira e segunda dose e 6 meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde (2018), adaptado de Ministério da Saúde (2021), adaptado de Ministério da Saúde (2022) [30,31,32,33].

Encaminhamento ao serviço especializado

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia

(colposcopia) [12]:

Resultado de UM CP com:

- células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
- células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau;

- células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau;

- lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
- lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão;
- carcinoma epidermoide invasor;
- mulheres imunossuprimidas com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) ou células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US).

Resultado de DOIS CPs consecutivos (conforme intervalo indicado) [12]:

- células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US);
- lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncoginecologia (preferencialmente) ou Ginecologia [12]:

Ao exame especular:

- Lesão suspeita (como tumores ou úlceras);

Resultado de exame citopatológico com:

- Carcinoma epidermoide invasor; ou
- Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor.

Resultado de biópsia de colo com:

- Neoplasia invasora (carcinoma epidermoide/adenocarcinoma); ou
- Carcinoma microinvasor; ou
- NIC 2/3.

Referências

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
3. DYNAMED. **Record nº T114831, Cervical cancer**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/cervical-cancer>. Acesso em: 19 out. 2020.
4. FRUMOVITZ, M. **Invasive cervical cancer: epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 3 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 19 out. 2020.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). 124 f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.
6. FELDMAN, S.; GOODMAN, A.; PEIPERT, JF. **Screening for cervical câncer**. Waltham (MA): UpToDate, 21 Apr. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer>. Acesso em: 19 out. 2020.
7. Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD. A study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sex Transm Infect*. 2014;90(7):529–3
8. Muzny CA, Kapil R, Austin EL, Hook EW, Geisler WM. Lower sexually transmissible infection prevalence among lifetime exclusive women who have sex with women compared with women who have sex with women and men. *Sex Health*. 2014;11(6):592–3.
9. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/wsw.htm>
10. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI. Coordenação da Atenção Básica. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo**. São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.
11. DYNAMED. **Record nº T 909672, Management of the male transgender patient**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em:

- <https://www.dynamed.com/management/management-of-the-male-transgender-patient>. Acesso em: 16 out. 2020.
12. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de regulação ambulatorial: ginecologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_ginecologia_20170911_v016.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.
 13. FELDMAN, S.; CRUM, C. P. **Cervical cancer screening tests: techniques for cervical cytology and human papillomavirus testing**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-screening-tests-techniques-for-cervical-cytology-and-human-papillomavirus-testing>. Acesso em: 19 out. 2020.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
 15. DENNY, L. **Screening for cervical cancer in resource-limited settings**. Waltham (MA): UpToDate, 26 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer-in-resource-limited-settings>. Acesso em: 19 out. 2020.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nomenclatura-brasileira-para-laudos-citopatologicos-cervicais-2012.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro_completo_manual_citopatologia-2016.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.
 18. Infecções Sexualmente Transmissíveis M da S (br) S de V em SD de D de CC. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Ministério da Saúde Brasília; 2020.
 19. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64: 1–137
 20. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina Ambulatorial - 4.ed.:Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Artmed Editora; 2014.

21. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2016;62: e1–50
22. Sobel JD. Bacterial vaginosis: Treatment [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [atualizado em 9 Jul 2021, citado em 17 set 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-treatment8>.
23. POCIUES, K. D.; BARTZ, D. A. **Intrauterine contraception**: management of side effects and complications. Waltham (MA): UpToDate, 19 Feb. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-management-of-side-effects-and-complications>. Acesso em: 19 out. 2020.
24. DYNAMED. **Record nº T115219, Intrauterine Device (IUD)**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115219>. Acesso em: 19 out. 2020.
25. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Como fazer o tratamento sindrômico das úlceras genitais?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 ago. 2018 [atual. 1 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/ulceragenital/>. Acesso em: 19 out. 2020.
26. CRUM, C. P.; HUH, W. K. **Cervical and vaginal cytology**: Interpretation of results (Pap test report). Waltham (MA): UpToDate, 26 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-and-vaginal-cytology-interpretation-of-results-pap-test-report>. Acesso em: 19 out. 2020.
27. FITZHUGH, V. A.; HELLER, D. S. Significance of a diagnosis of microorganisms on Pap Smear. **Journal of Lower Genital Tract Disease**, Malden (MA), v. 12, n. 1, p. 40-51, Jan. 2008. Doi 10.1097/lgt.0b013e31813e07ff.
28. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico nº 4. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação. Ago 2017. Acesso em 14 set 2021. Disponível em [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento -
_Uso_Medicam_durante_Amament.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_Uso_Medicam_durante_Amament.pdf)
29. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. 39 f. Brasília, DF, mar. 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

31. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Ofício nº 203/2021. Brasília, DF, 03 mar. 2021. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=0019343807&codigo_crc=F506EABB&hash_download=cfb8016fbca43d6352ad4ff22507671b5d4a0a6e29e42cd56c5a50576af307c3c55d869a71fdf2f9f471e0e8e20e52b6102ef4bd9a07c322435120e5912333d7&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0 Acesso em: 30 ago. 2021
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Ofício nº 810/2022/CGPNI/DEIDT/SVS/MS sobre a ampliação da faixa etária da vacina HPV quadrivalente para homens com imunossupressão até 45 anos de idade. Brasília, DF, 22 de jun. 2022. Acesso em 18 de jul 2022. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/oficio-810-2022-pni-deidt-svs-ms-hpvimunossuprimidoshomens45.pdf>

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br



0800 644 6543

