

# Material

# DIDÁTICO

## INSTRUCIONAL

Conteúdo do curso sobre consulta de enfermagem para rastreamento do câncer do colo do útero



**CUIDARTECH**

# Conteúdo do curso sobre consulta de enfermagem para rastreamento do câncer do colo do útero

**Autores:** Marcelo de Souza Dutra Davilla, Márcia Valéria de Souza Almeida, Franciéle Marabotti Costa Leite, Eliane de Fátima Almeida Lima, Hugo Cristo Sant'Anna, Cândida Caniçali Primo.

**Tipo da produção:** Material didático.

**Como citar:** DAVILLA, M. S. D. et al. Conteúdo do curso sobre consulta de enfermagem para rastreamento do câncer do colo do útero. Vitória: UFES, 2019. Disponível em: <http://www.cuidartech.com.br>

**Propriedade intelectual:** Todo o conteúdo está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY-NC. Os materiais podem ser solicitados para uso em outras instituições resguardando os direitos autorais. Entre em contato conosco.

## DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Este material faz parte da dissertação de mestrado de DAVILLA, Marcelo de Souza Dutra. Tecnologia educacional para formação profissional e atualização sobre rastreamento do câncer do colo do útero. Dissertação [Mestrado] Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 2019.

Para a elaboração do conteúdo de um Objeto virtual de aprendizagem - OVA foram utilizadas as diretrizes nacionais do Ministério da Saúde e das sociedades tendo em vista que são baseadas nas melhores evidências e boas práticas. A arquitetura de conteúdo do OVA foi organizada em sete módulos, sendo o primeiro de apresentação com o pré-teste, cinco módulos com conteúdos teóricos e o último com o pós-teste e emissão de certificado. O objetivo deste OVA é ser uma ferramenta complementar no treinamento e

capacitação de enfermeiros/profissionais de saúde acerca da prevenção e rastreamento ou screening do câncer do colo do útero.

Uma atividade de verificação de aprendizagem, composta por perguntas ou estudos de caso que contemplam questões de múltipla escolha encontra-se ao final de cada tela. No total foram elaboradas 53 questões distribuídas no decorrer do OVA. As telas empregam ilustrações, fotos, infografias e vídeos conforme a natureza do conteúdo.

O OVA possui carga horária total de 60 horas. O usuário pode cursar os módulos de forma independente ou sequenciada e repetir os módulos quantas vezes for necessário. O módulo de apresentação e finalização do OVA contém 26 questões de pré-teste e pós-teste, sendo as mesmas questões aplicadas no início e ao final, para avaliar a assimilação do conteúdo proposto pela hipermissão, a partir do aumento de acertos nas questões. Ao final é emitido automaticamente um certificado com a carga horária total.

Na etapa de avaliação, foram convidados 30 juizes e 21 responderam ao e-mail. Os juizes apresentavam o seguinte perfil: 12 (60%) tinham mais 40 anos, sendo que 16 (86%) eram do sexo feminino e, todos tinham, no mínimo, nove anos de formação acadêmica em uma das áreas de interesse: Saúde da Mulher (13,5%), Enfermagem Obstétrica ou Ginecológica (27,1%) ou na Atenção Primária à Saúde (59,4%).

Por meio do instrumento, os juizes avaliaram o conteúdo de cada módulo organizado em telas. Todas as telas dos módulos de conteúdo foram avaliadas na primeira rodada com mais de 90% de concordância entre os 21 enfermeiros juizes, não sendo necessário mais rodadas, conforme descrito no Quadro 1.

**Quadro 1** - Estrutura do conteúdo do Objetivo Virtual de Aprendizagem e Índice de Validade de Conteúdo. Vitória, ES, Brasil, 2019.

<b>MÓDULOS</b>	<b>TELAS</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>IVC</b>
Módulo I O que é Câncer.	Tela 1	Tecnologia educacional para atualização do rastreamento do câncer do colo do útero	100,0
	Tela 2	Conteúdo programático do OVA	100,0
	Tela 3	Tela de apresentação	100,0
	Tela 4	Tela de créditos	100,0
	Telas 5 e 6	Telas de Conteúdo: Definição sobre câncer	100,0
	Tela 7	Crescimento Tecidual	100,0
	Tela 8	Oncogêneses	100,0
	Tela 9	Imunologia Tumoral	100,0
	Telas 10 e 11	Classificação / Comportamento biológico	100,0
	Telas 12 e 13	Nomenclatura	100,0
Módulo II Epidemiologia do Câncer do Colo do Útero	Telas 14 e 15	Epidemiologia do Câncer	100,0



no Brasil e no mundo	Telas 16 e 17	Epidemiologia do Câncer do Colo do Útero no Brasil e no mundo	100,0
Módulo III Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero	Telas 18 e 19	Fatores de Risco	95,2
Módulo IV Prevenção do Câncer do Colo do Útero e Autoexame da genitália feminina	Telas 20 e 21	Prevenção do câncer do colo do útero	100,0
	Telas 22 e 23	Autoexame da genitália feminina	95,2
Módulo V Controle do Câncer do Colo do Útero e o Exame de Papanicolau	Telas 24 e 25	Controle do Câncer do Colo do Útero	100,0
	Tela 26	Exame do Papanicolau: Histórico	100,0
	Telas 27	Objetivo	100,0
	Telas 28, 29 e 30	Materiais Utilizados / Tipos de Espéculos	100,0
	Telas 31 e 32	Fixação do material à lâmina com spray e álcool / Recomendações	95,2
	Tela 33	Espátulas/Escovas	100,0

	Tela 34	Preenchimento do formulário do SISCAN / Identificação das lâminas	95,2
	Telas 35 e 36	Técnica do exame	95,2
	Telas 37, 38 e 39	Coleta ectocervical / Coleta endocervical / Teste de Schiller	100,0
	Telas 40 e 41	Fixação do material / Recomendações	95,2
	Telas 42 e 43	Leitura e interpretação do exame	90,5
	Telas 44 e 45	Principais achados no exame do Papanicolau: Amostra insatisfatória para avaliação / Amostra satisfatória para avaliação / Recomendações	95,2
	Telas 46 e 47	Situações especiais: Gestantes / Recomendações / Pós-menopausa / Recomendações / Histerectomizadas / Recomendação	95,2
	Telas 48 e 49	Resultado Normal / Dentro dos limites da normalidade no material examinado / Recomendações / Alterações celulares	100,0

		benignas (reativas ou reparativas)  Inflamação sem identificação de agente /  Recomendações	
	Telas 50, 51 e 52	Resultado indicando metaplasia escamosa imatura / Recomendações / Resultado indicando reparação / Recomendações / Resultado indicando atrofia com inflamação / recomendações / Resultado indicando radiação / Recomendações / Achados microbiológicos / Recomendações	95,2
	Telas 53, 54, 55 e 56	Situações Especiais / Atipias de significado indeterminado em células escamosas / Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas / Recomendações	90,5
	Telas 57 e 58	Corrimento vaginal / Etiologia do corrimento vaginal	100,0

	Telas 59 e 60	Exame da genitália feminina interna e externa	100,0
	Telas 61e 62	Observação Genitoperianal	100,0
	Telas 63 e 64	Toque Vaginal ou Toque Combinado	100,0
	Telas 65	Registro de enfermagem em consulta ginecológica	95,2

**Fonte:** Os autores. Legenda: Índice de Validade de Conteúdo (IVC); Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Na etapa de construção foi utilizada a plataforma Fred, que possui fácil navegabilidade. O acesso ao OVA ocorre pelo site CuidarTech®, após o usuário realizar um cadastro, gerando um login e senha. Para acessar é necessário optar na Página Inicial (Figura 1) pelo curso “Consulta de Enfermagem em Ginecologia: foco na coleta do preventivo”. O usuário ao clicar é apresentado à tela com os sete módulos, conforme a Figura 2.

A hipermídia do curso, composta de imagens, vídeos, desenhos e layout, foi produzido pela equipe de Design do Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais - LOOP®, do Curso de Graduação em Design da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação do professor Hugo Cristo Sant’Anna.

A correção e a adequação textual do conteúdo teórico do curso foram realizadas pelos monitores do Projeto de Extensão Releitores®, coordenado pela Profa. Dra. Janayna Bertollo Cozer Casotti, do Departamento de Línguas e Letras, do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo.



Figura 1 - Página Inicial do OVA. Vitória, ES, Brasil, 2019.



Figura 2 - Tela de apresentação dos módulos do OVA. Vitória, ES, Brasil, 2019.

Ao clicar em “Apresentação do curso”, o usuário tem acesso ao pré-teste (Figura 3). Após realizar o pré-teste pode-se acessar qualquer um dos cinco módulos de conteúdo conforme a necessidade de aprendizagem ou interesse do usuário. Ao final, no módulo de “Finalização do curso”, estão incluídas as questões de pós-teste. Os testes apresentam 26 questões para avaliação do conhecimento.

CuidarTech Módulos ▾ Outros Cursos

1. Apresentação do Curso Anterior Índice

### 1.2 Pre-teste

O presente Pre-teste é composto por dez questões sobre consulta de enfermagem, com ênfase na coleta do preventivo.

Esse Pré-teste tem por objetivo permitir uma revisão de conhecimentos prévios a respeito do assunto, necessário como "ponta pé" inicial para reformulações de idéias, despertar a prática e o desenvolvermos novos conhecimentos, melhorando assim a sedimentação do assunto aqui abordado.

Boa sorte a todos!

**Questão 1**

Como podemos classificar a palavra Câncer?

- É uma doença que apresenta em comum o crescimento desordenado de Células.
- É uma célula em crescimento.
- É um tumor de crescimento desordenado.
- É uma neoplasia benigna.

Responder

Enfermagem em Ginecologia Módulos ▾ Outros Cursos

1. Finalização do Curso Índice

### 1.1 Pós-teste

Esse pós-teste trata-se de uma revisão do conteúdo estudado, objetivando nossa auto avaliação e percepção da sedimentação dos temas e assuntos abordados.

Nos permitirá diagnosticar nossa situação de reformação dos conhecimentos já adquiridos e/ou formação de novos.

Verificaremos se conseguimos acompanhar e rever a temática com base na programação curricular do curso.

Boa sorte a todos! Até a próxima!

**Figura 3** - Telas "Apresentação e Finalização do Curso" com o pré e pós-teste. Vitória, ES, Brasil, 2019.

Em relação a navegabilidade do OVA, conforme observa-se no módulo 1 - "O que é câncer" com o tópico "Definição sobre câncer" (Figura 4), após visualizar o conteúdo escrito e o infográfico, o estudante passará para a próxima tela, sendo necessário clicar no item "próximo", na parte superior das telas. Ao finalizar o módulo 1, o usuário pode acessar qualquer um dos outros módulos de conteúdo.

Enfermagem em Ginecologia Módulos ▾ Outros Cursos Buscar... Ok

1. O que é Câncer Próximo

### 1.1 Definição Sobre Câncer

Para que uma célula se torne maligna, não basta somente o mecanismo de multiplicação em excesso, ela ignora as restrições de crescimento impostas por diferentes sistemas do organismo, como as células vizinhas normais.

A capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes denomina-se metástase. Essas células que se dividem rapidamente são muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas.

Em um organismo vivo, verificam-se formas de crescimento celular controlada e não controladas. A metaplasia, a hiperplasia e a displasia são exemplos de crescimento controlado. As neoplasias correspondem às formas de crescimento não controladas e na prática são denominadas de "tumores". A dificuldade inicial que se enfrenta no estudo das neoplasias é a sua definição, pois ela se baseia na morfologia e na biologia do processo tumoral. Atualmente a definição mais aceita é que a neoplasia é uma multiplicação anormal no tecido celular em um organismo, com resultado devastador sobre o hospedeiro, por escapar parcial ou totalmente ao

**Figura 4** – Tela "Definição sobre câncer" do OVA. Vitória, ES, Brasil, 2019

## Módulo I: O que é câncer?

### TELAS 5 e 6 DE CONTEÚDO: DEFINIÇÃO SOBRE CÂNCER

#### DEFINIÇÃO SOBRE CÂNCER

A palavra neoplasia significa novo crescimento, considerando que a diferença mais significativa entre uma célula normal e uma neoplásica é a proliferação persistente desta última, mesmo na ausência de fatores de crescimento. Para que essa célula se torne maligna, não basta somente esse mecanismo de multiplicação em excesso, ela ignora as restrições de crescimento impostas por diferentes sistemas do organismo, como as células vizinhas normais (WHO, 2002).

A capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes denomina-se metástase. Essas células que se dividem rapidamente são muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. (BRASIL, 2017).

Em um organismo vivo, verificam-se formas de crescimento celular controlada e não controladas. A metaplasia, a hiperplasia e a displasia são exemplos de crescimento controlado. As neoplasias correspondem às formas de crescimento não controladas e na prática são denominadas de “tumores”. A dificuldade inicial que se enfrenta no estudo das neoplasias é a sua definição, pois ela se baseia na morfologia e na biologia do processo tumoral. Atualmente a definição mais aceita é que a neoplasia é uma multiplicação anormal no tecido celular em um organismo, com resultado devastador sobre o hospedeiro, por escapar parcial ou totalmente ao controle desse organismo, tendo tendência à autonomia e à perpetuação (PÉREZ-TAMAYO, 1987; ROBBINS, 1984).

Os tipos diferentes de câncer que existem correspondem aos vários tipos de células do corpo. Como exemplo, pode-se citar que os diversos tipos de câncer de pele são causados pelo fato de que o órgão é formado de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos,

como osso, músculo ou cartilagem, é chamado de sarcoma (BRASIL, 2006; 2017).

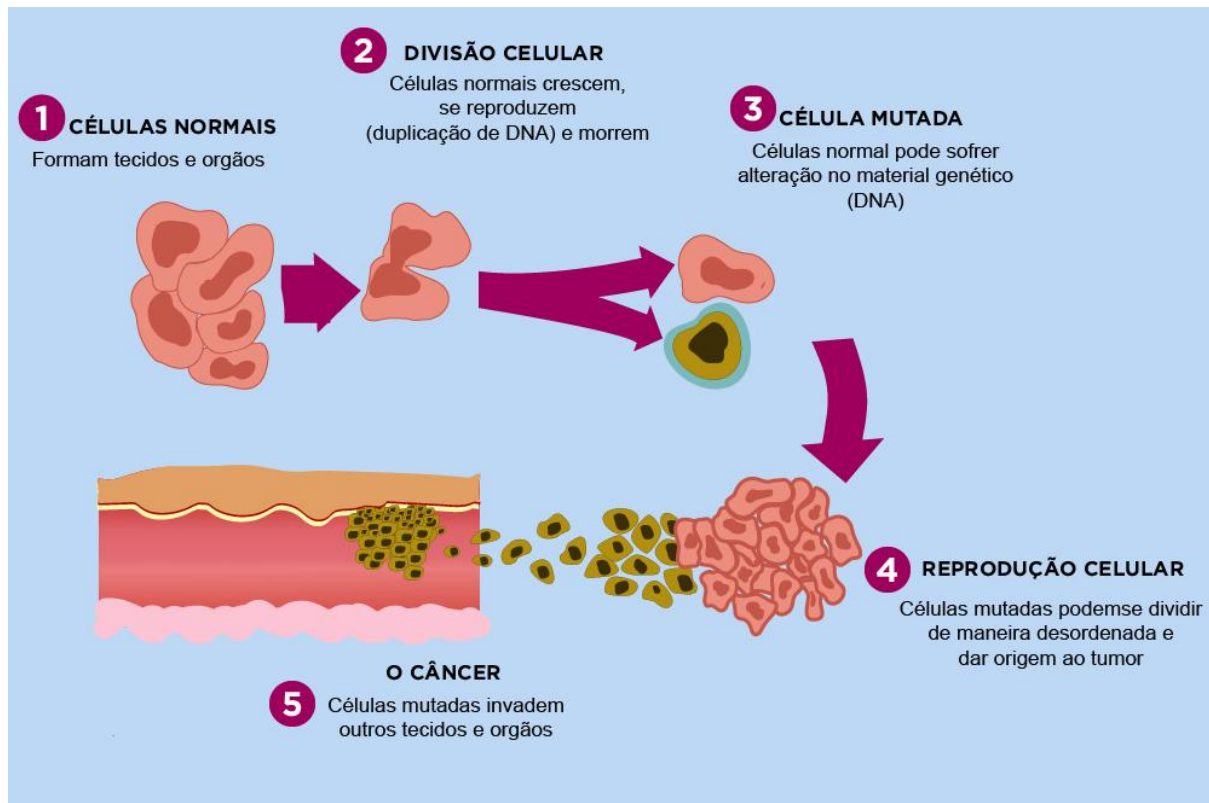


Figura 5 – Processo de Formação do Câncer.

## TELA 7 DE CONTEÚDO: CRESCIMENTO TECIDUAL

### CRESCIMENTO TECIDUAL

As células cancerosas e as saudáveis se dividem mais rapidamente quando os volumes teciduais ou tumorais são menores, e mais lentamente, se esses volumes são maiores, o que causa um crescimento exponencial com curtos tempos de duplicação em tumores de menor volume. A proporção proliferativa do tumor decresce à proporção que este cresce, aumentando seu tempo de duplicação. Um tumor apresenta tempos diferentes de duplicação em momentos diferentes de sua história natural (BRASIL, 2002).



Um tumor maligno é detectável aos métodos diagnósticos possíveis quando alcança aproximadamente 1 cm de diâmetro, contendo 10<sup>9</sup> células. Acredita-se que é necessário um longo período de tempo para o tumor alcançar esse tamanho, talvez alguns anos (BRASIL, 2002).

Podemos dizer que nem todo câncer é um tumor, com exemplo as leucemias são proliferação celular que começam na medula óssea, tecido que produz as células sanguíneas, e provocam um grande número de células anormais que entram na circulação sanguínea.

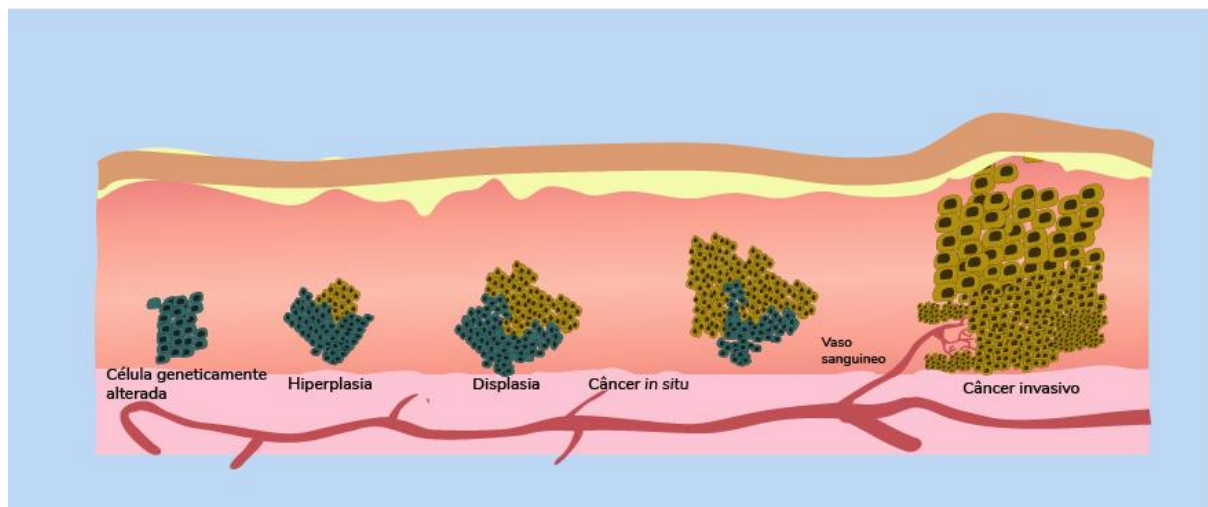


Figura 6 – Câncer: Tipos de Crescimento Tecidual.

## TELA 8 DE CONTEÚDO: ONCOGÊNESES

### ONCOGÊNESES

Múltiplos fatores carcinogênicos são colocados ao organismo humano, com efeitos aditivos, multiplicativos ou de crescimento. A predisposição individual tem um papel decisivo na resposta final, porém, não é possível definir em que grau ela influencia a relação entre a dose e o tempo de exposição ao carcinógeno e a resposta individual à exposição. A exposição do organismo humano a agentes carcinógenos causam processos de mutação celular espontânea, que não alteram o desenvolvimento normal da população celular como um todo. Esses processos ou fenômenos incluem danos

oxidativos, erros de ação das polimerases e das recombinases e redução e reordenamento cromossômico (BRASIL, 2017).

Fenômenos de mutação espontânea podem condicionar maior ou menor instabilidade genômica, sendo crucial nos processos iniciais da carcinogênese, como consequência de aneuploidia e ampliações genéticas. Conclui-se, assim, que a carcinogênese pode iniciar-se de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinogênicos (químicos, físicos ou biológicos). Acredita-se que a carcinogênese pode ser interrompida em qualquer uma de suas etapas, caso o organismo seja capaz de reprimir a proliferação celular e de reparar o dano causado ao genoma. Vale ressaltar que a suspensão da exposição a agentes carcinogênicos é condição sine qua non para a interrupção da carcinogênese (BRASIL, 2002).

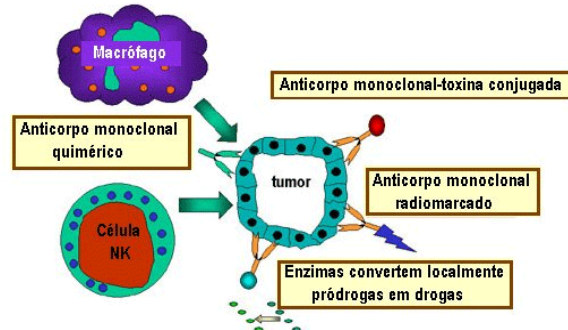
## TELAS 9 DE CONTEÚDO: IMUNOLOGIA TUMORAL

### IMUNOLOGIA TUMORAL

O sistema imunológico é capaz de reconhecer ameaças internas e externas, reagindo de forma a eliminar, neutralizar ou tolerar alterações da homeostase orgânica, uma complexa rede de interações que envolve diversas populações celulares. Várias subpopulações de linfócitos passam por um sofisticado processo de seleção e diferenciação, em que a capacidade de auto-reconhecimento é desenvolvida e faz com que as eventuais alterações do meio molecular interno, perturbem ou modifiquem essa conectividade funcional do organismo, em respostas biológicas capazes de adaptar o organismo, dentro dos seus limites de funcionamento harmônico e coerente (BRASIL, 2002).

Estranhas moléculas que invadem o corpo, por meio de um microorganismo, ou por uma substância química, ou pela modificação das moléculas normais, podem ser reconhecidas pelos linfócitos, desencadeando uma resposta que modifica esse sistema imunológico. A rede modificada de interações habituais confere ao sistema imunológico a possibilidade de exercer uma vigilância sobre a integridade do meio interno, pela capacidade de reconhecer moléculas estranhas (antígenos - Ag). O reconhecimento

antigênico depende de receptores para antígeno (TCR) presentes na membrana dos linfócitos, que interagem com os antígenos na superfície das células-alvo (BRASIL, 2002).



**Fonte:** MICROBIOLOGIA e IMUNOLOGIA. IMUNOLOGIA DE TUMORES. Disponível em <http://www.microbiologybook.org/Portuguese/immuno-port-chapter18.htm>, CABALEIRO. Acesso em: 2019.

## TELAS 10 e 11 DE CONTEÚDO: CLASSIFICAÇÃO/ COMPORTAMENTO BIOLÓGICO

### CLASSIFICAÇÃO

Há várias classificações para as neoplasias. A mais aceita leva em consideração dois aspectos básicos: o comportamento biológico e a histogênese (BRASIL, 2011; 2012).

## Brasil deve ter 1,2 milhão de novos casos de câncer em dois anos

5 tumores com maior incidência estimada para 2018, por sexo\*:

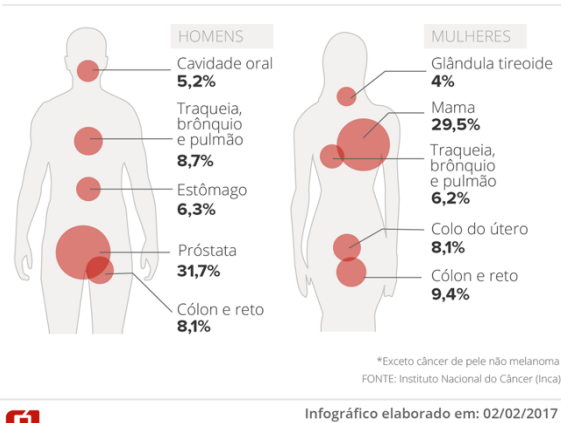


Figura 7 – Os 5 tumores com maior incidência estimada em 2018, por sexo.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Instituto Nacional de Combate ao Câncer: Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2017.

## COMPORTEAMENTO BIOLÓGICO

Podemos agrupar os tumores de acordo com o comportamento biológico: benignos (limítrofes) ou malignos (borderline). O mais importante no estudo das neoplasias é estabelecer os critérios de diferenciação entre cada tumor, porém, existem situações em que isso se torna difícil. Discutiremos os critérios a seguir, que estão ligados na maioria das vezes a sua morfologia:

- crescimento: um parênquima está presente em todas as estruturas orgânicas, representado pelas células em atividade metabólica ou em duplicação, e um estroma, representado pelo tecido conjuntivo vascularizado, cujo objetivo é dar sustentação e nutrição ao parênquima.

O alto índice de duplicação celular nos tumores malignos apresenta uma desproporção entre o parênquima tumoral e o estroma vascularizado. Isso acarreta áreas de necrose ou de hemorragia, de grau variável com a velocidade do crescimento e a “idade” tumoral (BRASIL, 2015).

- morfologia: o parênquima do tecido tumoral possui um grau variado de células, assim, o tecido dos tumores benignos é semelhante e reproduz o aspecto das células do tecido que lhes deu origem, são denominadas metástases. Já o parênquima das células dos tumores malignos perde essas características morfológicas, possui graus variados de diferenciação, guardando pouca semelhança com as células que o originaram e é pouco diferenciado. Ao microscópio, observa-se características celulares com alterações de membrana, citoplasma irregular e núcleos com variações da forma, tamanho e cromatismo (BRASIL, 2015).
- mitose: a mitose expressa a atividade da divisão celular, ou seja, quanto maior a atividade proliferativa de um tecido, maior será o número de mitoses verificadas. Nos tumores, o número de mitoses está inversamente relacionado com o grau de diferenciação. Assim, quanto mais diferenciado for o tumor, menor será o número de mitoses observado e menor sua agressividade (BRASIL, 2015).
- Antigenicidade: as neoplasias benignas, por serem bem diferenciadas, não apresentam a capacidade de produzir antígenos. Por outro lado, as células malignas, pouco diferenciadas, têm essa importante propriedade. Tal propriedade pode ser utilizada no diagnóstico precoce de alguns tipos de câncer.
- Metástases: duas propriedades importantes dos tumores malignos são sua capacidade invasivo-destrutiva local e a sua produção de metástases. Metástase é o crescimento neoplásico à distância, sem continuidade e sem dependência do foco primário (BRASIL, 2015).

## TELAS 12 e 13 DE CONTEÚDO: NOMENCLATURA

### NOMENCLATURA

Como regra geral a nomenclatura dos tumores baseia-se na sua histogênese (formação e desenvolvimento dos diferentes tecidos embrionários de um organismo, a partir de células não diferenciadas) e histopatologia (análise

microscópica de tecidos removidos de pacientes, para realização de biópsia) (BRASIL, 2006; 2016).

Para tumores benignos, a regra é acrescentar o sufixo “oma” (tumor) ao termo que designa o tecido que os originaram. Como podemos citar: tumor benigno do tecido cartilaginoso – condroma, tumor benigno do tecido gorduroso – lipoma e tumor benigno do tecido glandular – adenoma (BRASIL, 2006; 2016).

Para tumores malignos é necessário considerar a origem embrionária dos tecidos de que deriva o tumor. Quando sua origem for dos tecidos epiteliais de revestimento externo e interno, os tumores são denominados carcinomas. Quando o epitélio de origem for glandular, passam a ser chamados de adenocarcinomas. Tumores malignos originários dos tecidos conjuntivos ou mesenquimais terão o acréscimo de sarcoma ao vocábulo que corresponde ao tecido. Assim, os tumores de origem nas células blásticas, os quais ocorrem mais frequentemente na infância, têm o sufixo blastoma acrescentado ao vocábulo que corresponde ao tecido original. Como podemos citar: carcinoma basocelular de face – tumor maligno da pele, adenocarcinoma de ovário – tumor maligno do epitélio do ovário e condrossarcoma - tumor maligno do tecido cartilaginoso (BRASIL, 2006; 2016).

Existem neoplasias malignas que receberam os nomes daqueles que os descreveram pela primeira vez: linfoma de Burkitt, Doença de Hodgkin, sarcoma de Ewing, sarcoma de Kaposi, tumor de Wilms (nefroblastoma), tumor de Krukenberg (adenocarcinoma mucinoso metastático para ovário) (BRASIL, 2006; 2016).

Na tentativa de uniformizar a nomenclatura dos tumores, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem lançado, em vários idiomas, edições da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), através de códigos de letras e números é possível classificar os tumores por localização (topografia) e nomenclatura (morfologia). Facilmente encontrados pelos códigos de C00 a C97 e D37 a D48, embora não

obrigatoriamente todos os incluídos entre esses intervalos (BRASIL, 2006; 2016).

## **Módulo II - Epidemiologia do Câncer do Colo do Útero no Brasil e no mundo**

### **TELAS 14 e 15 DE CONTEÚDO: EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER**

#### **EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER**

O câncer é um importante problema de saúde pública no mundo, tanto para países desenvolvidos quanto para os países em desenvolvimento. Estima-se que, em 2008, 7,56 milhões dos óbitos (21%) ocorreram em consequência do câncer (WHO, 2012). Fatores como o aumento da população mundial e o envelhecimento contínuo da população têm promovido alterações no perfil epidemiológico do câncer, afetando consideravelmente o impacto das neoplasias no cenário mundial (MIRANDA, 2015).

Para o Brasil no biênio 2018-2019 estima-se a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, em cada ano. Tais estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, o cólon e reto entre os tumores mais incidentes; entretanto, ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (FERLAY, et al, 2019). O tabagismo contribui potencialmente não somente para o aumento da carga de câncer de pulmão em nosso país, mas também para o aumento da incidência de outros tipos de câncer, tais como de laringe, esôfago, bexiga, boca e faringe. Esses dois últimos estão associados ao consumo de álcool, a precárias condições de micronutrientes e outros fatores de risco comuns, como o uso de anticoncepcional, a multiparidade e múltiplos parceiros, entre outros (MENEZES, et al., 2002; WUNSCH-FILHO, 2002).

### **TELAS 16 e 17 DE CONTEÚDO: EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL E NO MUNDO**

## EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL E NO MUNDO

O câncer do colo do útero ou câncer cervical é causado pela infecção persistente por alguns tipos de vírus, chamados de Papilomavírus Humano (HPV), que apresentam o caráter oncogênico (BRASIL, 2018). Sua distribuição geográfica ocorre em países em desenvolvimento no continente europeu, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália com as menores taxas de prevalência, enquanto países da América Latina e de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados na incidência. Segundo os dados do Globocan no “Câncer Incidence in Five Continents”, projeto da Agência Internacional para o Controle do Câncer (IARC), da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países menos desenvolvidos e a mortalidade por este câncer varia em até 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de 2/100.000 mulheres, na Ásia Ocidental e de 27,6 na África oriental (BRASIL, 2017).

No Brasil, as taxas de incidência ajustadas por idade tanto para homens (217,27/100 mil) quanto para mulheres (191,78/100 mil) são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento (BRASIL, 2017).

Analisando a distribuição da incidência por Região geográfica brasileira, observa-se que as Regiões Sul e Sudeste concentram 70% da ocorrência de casos novos de câncer; sendo que, na Região Sudeste, encontra-se quase a metade dessa incidência. Existe uma grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil os cânceres do colo do útero e de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres.



Para o biênio 2018-2019, estima-se a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano, no país. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo, aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. (MATHERS, 2003; BRASIL, 2017).

As estimativas, no país, demonstram que os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireóide (4,0%) figurarão entre os principais (BRASIL, 2017).

Em relação ao câncer do colo do útero no biênio 2018-2019, para o Brasil, estimam-se 16.370 casos novos para cada ano, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição no ranking das estimativas de novos casos de câncer para o ano de 2018, segundo sexo e localização primária.

Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil). Nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), ocupa a segunda posição mais freqüente; enquanto, nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), ocupa a quarta posição para o ano de 2018, segundo sexo e localização primária.

De um modo geral, a incidência do câncer do colo do útero é maior em países com economia em desenvolvimento. Na América Latina e no Brasil sua incidência é destacada. O Brasil é considerado pela OMS como área de alto risco para este agravo (NETO, 1991). As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de

países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturado (BRASIL, 2017).

O câncer cervical possui uma distribuição epidemiológica que sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a alto status sócio-econômico, como é o caso do câncer de mama, próstata, cólon e reto. Isso, simultaneamente a presença de taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza, como o caso do câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral. Sua distribuição resulta da exposição a um grande número de diferentes fatores de risco ambientais relacionados ao processo de industrialização, a globalização e a exposição a fatores relacionados às disparidades sociais (GUERRA; et al, 2005).

No que se refere à mortalidade, seu destaque está na região Norte, onde se evidenciam as maiores taxas do país, sendo a única com nítida tendência temporal de crescimento. A taxa padronizada pela população mundial foi de 11,51/100.000 mortes por mulheres, em 2013, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nesta região. No Nordeste e Centro-Oeste, onde este câncer representou a terceira causa, as taxas de mortalidade foram de 5,83/100.000 e 5,63/100.000. As regiões Sul e Sudeste tiveram as menores taxas, chegando a 4,39/100.000 e 3,59/100.000, respectivamente, representando a sexta colocação entre os óbitos por câncer em mulheres (BRASIL, 2017).

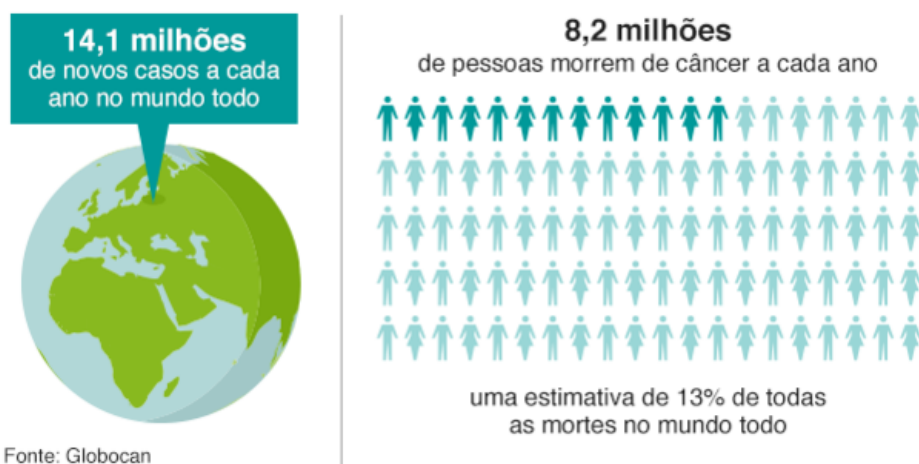


Figura 8 – Incidência do Câncer nos Cinco Continentes (GLOBACAM,

2018). **Fonte:** Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN

Localização Primária Neoplásia Maligna	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitals			Estados			Capitals		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	68.220	66,12	67,82	15.720	70,76	66,33	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	59.700	56,33	51,29	19.920	80,33	63,98
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	13.370	15,43	17,11	4.620	18,66	17,58
Traqueia, Bronquio e Pulmão	18.740	18,16	16,97	4.520	20,33	21,05	12.530	11,81	9,22	3.170	15,06	11,44
Côlon e Reto	17.380	16,83	20,03	5.630	25,34	25,16	18.980	17,9	18,4	6.820	27,49	20,84
Estômago	13.540	13,11	14,98	3.240	14,55	10,35	7.750	7,32	5,96	2.210	8,92	5,34
Carvidade oral	11.200	10,86	11,22	2.770	12,38	12,03	3.500	3,28	2,86	1.010	3,89	2,8
Laringite	6.390	6,17	6,31	1.540	6,86	8,44	1.280	1,2	0,96	420	13	0,92
Bexiga	6.690	6,43	7,79	1.920	8,56	9,2	2.790	2,63	2,21	890	3,89	2,61
Estômago	8.240	7,99	6,73	1.450	6,46	7,04	2.550	2,38	1,67	540	1,3	1,38
Útero	-	-	-	-	-	-	6.150	5,79	4,8	2.140	8,46	6,54
Ovário	1.490	1,43	1,14	550	2,19	1,93	1.050	0,96	0,92	400	1,33	1,19
Linfoma de Hodgkin	5.370	5,19	5,42	1.80	6,59	6,81	4.810	4,55	4,19	1.520	6,1	5,44
Glândula Tireoide	1.570	1,49	1,5	500	1,87	1,76	8.040	7,57	5,88	2.490	10,01	7,02
Sistema Nervoso Central	5.810	5,62	5,49	1.340	6,1	6,55	5.510	5,17	5,17	1.400	5,63	4,7
Leucemias	5.940	5,75	5,51	1.480	6,69	6,56	4.860	4,56	4,29	1.190	4,72	4,59
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	6.600	6,22	5,44	2.370	9,46	7,46
Pele Melanoma	2.920	2,82	2,69	800	3,34	3,31	3.340	3,16	2,15	880	3,42	2,74
Outras Localizações	41.480	40,17	35,266	9.470	42,62	43,45	36.230	34,17	29,04	8.920	36	28,39
Todas as Neoplasia, exceto Pele não Malanoma	214.970	208,32	217,27	52.410	235,91	226,91	202.040	190,61	191,78	61.450	247,95	199,05
Pele não Melanoma	85.170	82,53	-	17.020	76,6	-	80.410	75,84	-	17.230	69,6	-
Todas as Neoplasia Malignas	300.140	290,86	-	69.430	312,52	-	282.450	266,47	-	78.680	317,47	-
Todas as Neoplasias Malignas Corrigidas para Sub-Registro	324.580	314,55	-	-	-	-	310.330	292,74	-	-	-	-

**Figura 9** - Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.

**Fonte:** Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Instituto Nacional de Combate ao Câncer: Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2017.

### Módulo III - Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero

#### TELAS 18 e 19 DE CONTEÚDO: FATORES DE RISCO

#### FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco, associados ao câncer cervical devido ao comportamento sexual são: a idade precoce na primeira relação sexual; o não uso dos métodos de barreira; a multiplicidade de parceiros; e parceiro

não-circuncisado. Devido às infecções sexualmente transmissíveis são: a história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro); o HPV de alto risco, a infecção por *Chlamydia trachomatis*, o HSV-2, e o HIV. Devido aos fatores ambientais e biológicos são: o tabagismo; o imunocomprometimento; a alimentação deficiente em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato; o uso prolongado de anticoncepcionais; a multiparidade; a idade avançada; e a predisposição genética (ainda em estudo). Devido aos fatores socioeconômicos são: o baixo poder aquisitivo; o difícil acesso a programas de saúde; a moradia em zona rural; e a não realização de exames periódicos (CORRÊA, 2005, INCA, 2017).

A doença acomete os grupos com maior vulnerabilidade social, justamente onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença. As dificuldades econômicas e geográficas, a insuficiência de serviços e questões culturais, como o medo e o preconceito dos companheiros são fatores externos exacerbantes (INCA, 2017).

A vulnerabilidade é a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, não somente como resultado de um conjunto de fatores individuais, mas coletivos e contextuais, que acarretam a esses indivíduos maior suscetibilidade e maior ou menor disponibilidade de recursos para se protegerem. Assim, determinar uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, política de governo e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais (AYRES, J.R.C.M, 2003).

## Módulo IV - Prevenção do Câncer do Colo do Útero e Autoexame da genitália feminina

### TELAS 20 e 21 DE CONTEÚDO: PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

#### PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero detectado precocemente possui um alto índice de cura, chegando perto de 100%, o que não justifica o elevado número de mortes entre as mulheres. Estatísticas corroboram a necessidade de considerar a prevenção como uma condição que se planeje de forma não isolada e desvinculada do contexto social. A prevenção envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população e, essas ações articuladas resultarão em benefícios para usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), à medida que considerem e trabalhem efetivamente tais variáveis (PELLOSO, S.M, Et.al., 2008).

Devido à carência de política nacional que permita a articulação de diferentes etapas do ciclo da patologia, um programa de prevenção adequado e equitativo no território nacional foi implantado em 1995 pelo Ministério da Saúde. Possibilitando impactos maiores sobre a incidência e a mortalidade desse câncer no País, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, o “Viva Mulher”, tem por objetivo a detecção precoce, o tratamento e a reabilitação das mulheres, reduzindo a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira (PELLOSO, S.M, Et.al., 2008).

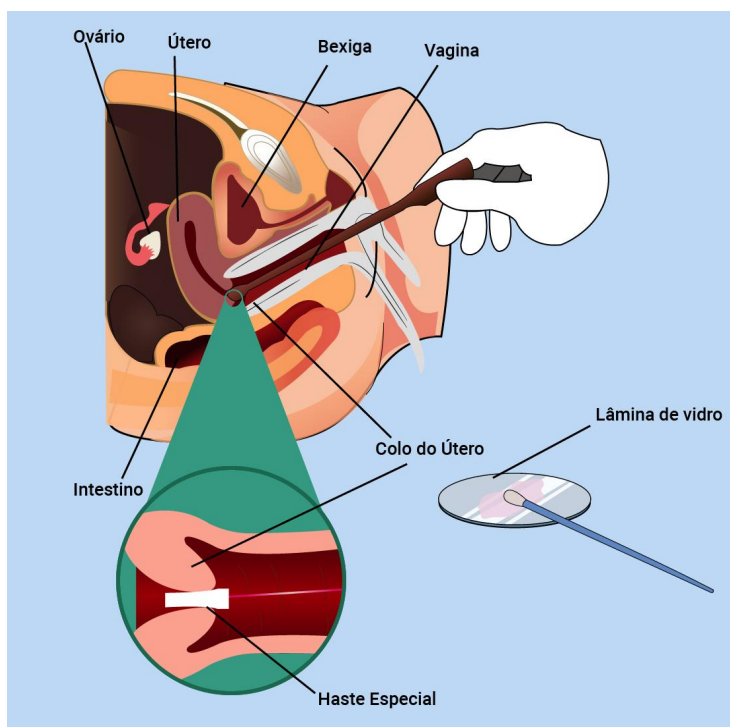


Figura 10 – Coleta do Papanicolau



Figura 11 – Fatores de Risco e Prevenção do Câncer do Colo do Útero

## TELAS 22 e 23 DE CONTEÚDO: AUTOEXAME DA GENITÁLIA FEMININA EXTERNA

### AUTOEXAME DA GENITÁLIA FEMININA EXTERNA

Embora se perceba que as mulheres reconhecem a importância da prevenção e preservação da saúde como possibilidade de uma vida saudável, na maioria das vezes, buscam assistência a partir do aparecimento de sintomas, percebendo a realização de exame de prevenção como uma forma de se cuidar (DUAVY, 2007).

Mulheres devem realizar o autoexame da vulva (genitália externa) e vagina (genitália interna) uma vez por mês, após seus 20 anos ou quando tenham iniciado a vida sexual, com finalidade de identificar precocemente as alterações na pele e mucosas, por meio de inspeção e palpação da região (PROVIETTI, 2015).

Na posição mais favorável para a mulher, deve-se posicionar com suas pernas abertas, sentada, na cama e, com o auxílio de um espelho, observar a cor, tamanho, espessura, volume, tamanho, a presença de nódulos nos pequenos e grandes lábios, como também na entrada e interior vagina, realizar a palpação da região inguinal, a palpação das glândulas de Skinner e Bartolini. Deve ainda inspecionar o seu períneo, em toda região da vulva, vagina e ânus (DUAVY, 2007).

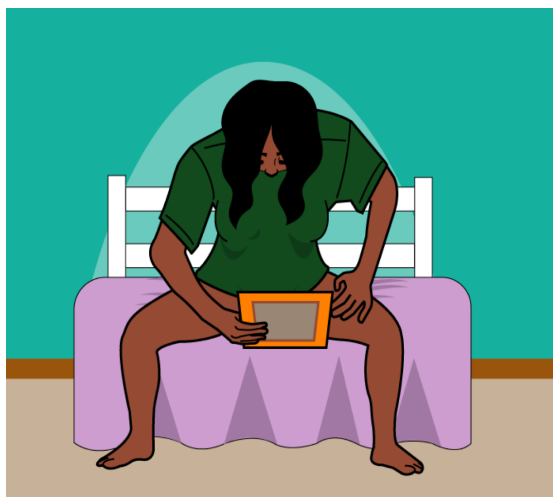
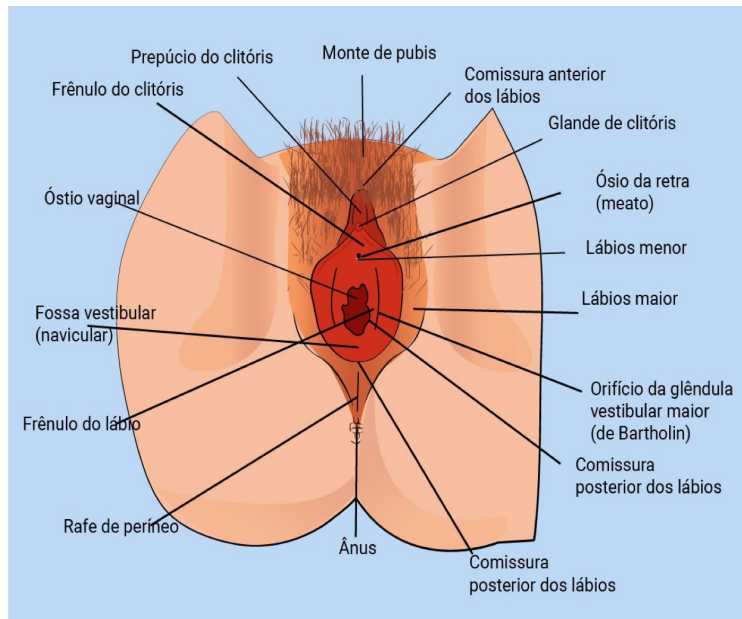


Figura 12 – O Autoexame e o estudo do próprio corpo





**Figura 13 – Genitália Externa Feminina/Órgãos Esternos**

## 14) TELAS 24 e 25 DE CONTEÚDO: CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

### 3.12. CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O diagnóstico precoce realizado por método de rastreamento, ou screening, denominado de colpocitologia oncológica ou exame de Papanicolau, tem por finalidade detectar lesões do colo do útero em suas fases iniciais, antes mesmo de se tornarem lesões invasivas (PINHO & MATTOS, 2002).

Porém, o êxito no rastreamento do câncer de colo uterino e de suas lesões precursoras dependerá da acuidade diagnóstica do exame colpocitológico, na precisão em diagnosticar corretamente os casos verdadeiros de lesões cervicais neoplásicas, pré-neoplásicas (sensibilidade) e casos que não apresentam qualquer tipo de alteração epitelial (especificidade). A identificação do problema; a coleta de dados; a análise dos dados; a descrição de soluções alternativas; a escolha ou a decisão; a implementação e a avaliação, estão ligados ao raciocínio crítico e a tomada de decisão na clínica do enfermeiro que realiza a consulta de enfermagem (PINHO & MATTOS, 2002; GRECO & MOURA, 2015).



Altamente confiável para detectar as lesões cervicais, o exame de Papanicolau tem sido considerado um método prático e seguro, sua sensibilidade do teste é alta, ou seja, a proporção de casos verdadeiros positivos detectados pelo exame de Papanicolau já foi descrita como 99,8% de precisão por HAAM, em 1962, e por SOOST, et al, em 1991. Além disso, aponta uma sensibilidade de 79,9%, e a especificidade, ou seja, a proporção de casos verdadeiros negativos detectados pelo teste, foi de 99,9%.

Como o exame de Papanicolau possui uma excelente acuidade diagnóstica, é considerado um método de baixo custo, simples e de fácil execução, o que o caracteriza como eficaz, sendo amplamente utilizado em programas de controle do câncer do colo do útero. (PINHO & MATTOS, 2002).

## TELA 26: EXAME DE PAPANICOLAU: . HISTÓRICO

### EXAME DE PAPANICOLAU

#### HISTÓRICO

No âmbito de gestão do SUS, há inúmeros esforços garantidos em lei e diversos incentivos do Governo Federal para que efetivamente políticas rompam a barreira legal e promovam a melhoria das condições de assistência à saúde da mulher. Uma ampla Rede Assistencial sustenta e assegura uma importante política pública na área da saúde, estabelecendo em suas linhas de ação e estratégias, um modelo assistencial integral e equitativo (FORMIGA, 1999).

Apesar de conhecimentos sobre a prevenção e diagnóstico da doença, no Brasil o câncer do colo do útero é uma neoplasia maligna que continua sendo um problema de saúde pública. Devido à carência de política nacional que permita a articulação de diferentes etapas do ciclo da patologia, foi implantado um programa de prevenção adequado e equitativo no território nacional em 1995 pelo Ministério da Saúde, possibilitando menor incidência e mortalidade desse câncer no País. O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, o “Viva Mulher”, tem por objetivo a detecção precoce, o tratamento e a reabilitação das mulheres, reduzindo a

mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira (PELLOSO, S.M, Et.al., 2008).

Em 2002, o Ministério da Saúde desencadeou a segunda fase de intensificação da coleta dos exames, com destaque para a busca ativa das mulheres com neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e vírus papiloma humana (HPV), fato que contribuiu para a organização da rede na oferta desses serviços (DOS SANTOS NETO, 2008).

## TELA 27: OBJETIVO

### OBJETIVO

O exame de coleta citológica oncótica pela técnica de Papanicolaou tem como objetivo a coleta de material celular através da introdução do espéculo vaginal com auxílio da espátula de Ayres para a retirada de uma amostra da ectocérvice (parte externa do colo do útero) e outra da endocérvice (da parte interna) com escova cervical. Após a escamação da superfície externa e interna do colo realizar a análise laboratorial, o que nos permite detectar possíveis lesões realizadas pelo HPV e pelo câncer de colo uterino, em diferentes estágios da doença, desde lesões iniciais, antes mesmo do aparecimento de sinais e sintomas. Sendo assim, a medida de escolha preventiva e diagnóstica que é ofertada pela rede pública de saúde no Brasil (BRASIL, 2011; MENEZES; et al, 2014).

Após a paciente ter sido colocada em posição ginecológica, introduzido o espéculo de Collins (ANDREOLI & CARPENTER, 1988), a coleta do exame é simples e deve ser realizada durante uma consulta ginecológica de rotina.

Toda mulher que tem ou já teve vida sexual deve submeter-se ao exame preventivo periódico, especialmente as que têm entre 25 e 59 anos. De início, o exame deve ser feito anualmente. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano) apresentando resultado normal, o preventivo pode passar a ser feito a cada três anos. (CASARIN e PICCOLI, 2011; BRASIL, 2016).

## TELAS 28, 29, 30 e 31: MATERIAIS UTILIZADOS / TIPOS DE ESPÉCULOS

### MATERIAIS UTILIZADOS

O enfermeiro deve usar Equipamentos de Proteção Individual- EPIs (óculos de proteção, jaleco, calçado fechado e luvas de procedimento) e os materiais necessários para a coleta disponibilizados em uma mesa auxiliar, enquanto a paciente fica em posição ginecológica em maca específica. São eles:

1. Espéculo inoxidável estéril ou Espéculo descartável estéril;
2. Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação;
3. Espátula de Ayres;
4. Escova cervical;
5. Solução de fixação apropriada;
6. Recipiente para acondicionamento das lâminas;
7. Gaze;
8. Pinça Cheron;
9. Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames;
10. Livro de registro;
11. Lápis para identificação da lâmina;
12. Camisola/Avental;
13. Lençol.

### TIPOS DE ESPÉCULOS

A princípio, o exame com espéculo deve anteceder a execução do exame de toque por rotina. Com frequência teremos a necessidade de realizar a coleta do Papanicolau para diferentes tipos de intercorrências; umas vezes já previstas quando do início da observação, outras observadas durante a sua realização. Embora os dedos causem menos traumatismo do que o uso do espéculo, podem causar hemorragias em lesões friáveis desses segmentos. O uso de lubrificantes como a vaselina líquida no espéculo para a coleta da amostra não é recomendado. O Ministério da Saúde aconselha evitar a utilização de lubrificantes, espermicidas e medicamentos vaginais 48 horas antes da coleta, pois esses tipos de substâncias recobrem os elementos celulares, prejudicam a qualidade da amostra para o exame citopatológico e

assim dificultando a avaliação microscópica, particularmente para *Neisseria Gonorrhoea*, bem como à invalidação de coleta para exames a fresco ou citológicas, pela presença de sangue (DE OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2013; 2016). A base da escolha do tamanho apropriado de espéculo está na realização da anamnese coerente para conhecimento dos antecedentes sexuais, como de menores dimensões nas mulheres que nunca tiveram relações nem partos obstétricos; como de maiores em múltipara. Além disso, deve-se ter atenção a idade da paciente, como menores dimensões após a menopausa. Sobretudo, quando existe suspeita de intensa atrofia ou de má formação vaginal, o receio de poder provocar laceração da parede por hiperdistensão durante a abertura do espéculo, o que ocorre facilmente nesses casos, o profissional deve avaliar inicialmente a capacidade vaginal através do toque combinado, objetivando dimensionar o tamanho adequado do instrumento (DE OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2013; 2016).

**Quadro 1** – Tamanho do Espéculo, Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2009

TAMANHO DO ESPÉCULO*	INDICAÇÃO
Extra Pequeno (PP) Medidas aproximadas: Eixo longitudinal: 75mm; Largura perpendicular proximal e distal de 15mm; e Comprimento total: 138mm	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras;
Pequeno Medidas aproximadas: Eixo longitudinal: 80mm; Largura perpendicular proximal de 29mm e distal de 32mm; e Comprimento total: 143mm	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;
Médio Medidas aproximadas: Eixo longitudinal: 95mm;	Mulheres com IMC normal;

Largura perpendicular proximal de 25mm e distal de 28mm; e Comprimento total: 156mm	
Grande Medidas aproximadas: Eixo longitudinal: 110mm; Largura perpendicular proximal de 29mm e distal de 32mm; e Comprimento total: 170mm	Múltíparas e obesas.

\*Ou de acordo com a avaliação do enfermeiro

**Fonte:** Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Instituto Nacional de Combate ao Câncer: Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama. Brasília, 2006, 2013.

## TELA 32: ESPÁTULAS / ESCOVAS

### ESPÁTULAS / ESCOVAS

O uso sistemático da espátula de Ayres é aconselhado para a coleta de células da ectocervix, por apresentar uma extremidade com uma forma recortada que se adapta perfeitamente à superfície do óstio introdutório do colo do útero, permitindo realizar um raspado do epitélio ao imprimir um movimento de rotação de 360° àquele instrumento, tomando como fulcro a zona mais proeminente que se insinua no orifício externo do colo. Existem modelos de madeira ou de plástico, devendo preferir-se estes últimos por não serem absorventes, o que facilita a distribuição do produto sobre a parte lisa da lâmina, que mede aproximadamente: 1,6mm x 16mm x 176mm, de espessura X Largura x comprimento total. Para coletas endocervicais utiliza-se de uma escova ou escovinha, com haste com aproximadamente 180mm, devido sua maior eficácia (BRASIL, 2013, 2016).

Realizar coleta da endocérvice introduzindo a escova e fazendo movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical. A escovinha designada especialmente para essa finalidade é inserida através do orifício cervical externo, sendo executada uma rotação completa no canal

que pode ser finalizada com um movimento de vai e vem, com cuidado para não traumatizar a mucosa, evitando sangramento (DE OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2013, 2016).

## TELA 32 e 33: PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DO SISCAM / IDENTIFICAÇÃO DAS LÂMINAS

### PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DO SISCAM

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) é a versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA) e tem como objetivo registrar a solicitação de exames citopatológico de colo do útero e mama, histopatológico de colo do útero e mama, mamografia, resultados de todos os exames solicitados, seguimento dos exames alterados e gerar dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação (BRASIL, 2003, 2016).

Posteriormente ao exame, este formulário deve servir de base para o preenchimento online no SISCAM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, 2016).

A requisição deve ser preenchida com todos os dados solicitados, inclusive com exame ginecológico da paciente. Deve ser datado, assinado e carimbado pelo enfermeiro executor do exame (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2016).

A recomendação obrigatória para quem utiliza álcool como fixador citológico, devido à possibilidade de extravasamento nas fichas e perda de informações, é a utilização do lápis preto nº 2 ou similar (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2016).

### A IDENTIFICAÇÃO DAS LÂMINAS:

A lâmina para citologia oncológica deve ter bordas lapidadas e extremidade fosca. A identificação da paciente é feita na extremidade fosca com lápis preto nº 2 ou similar, identificadas as informações a paciente e sobre a unidade de saúde onde foi feita a coleta do exame, seguindo as orientações

do laboratório de cada serviço (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2016; BRASIL, 203, 2016)

Caso o esfregaço citológico seja encaminhado para outro serviço deve ser acompanhado juntamente com a ficha de solicitação do exame.

Em ambas as situações, deve-se atentar para ausência de dados e/ou erro na identificação da lâmina e/ou do frasco, identificação da lâmina e/ou do frasco não coincidente com a do formulário, lâmina danificada ou ausente, para que não haja devolução do material coletado, atrasando a realização do exame e conseqüentemente o resultado (BRASIL, 2012).

## TELA 34, 35 e 36: TÉCNICA DO EXAME

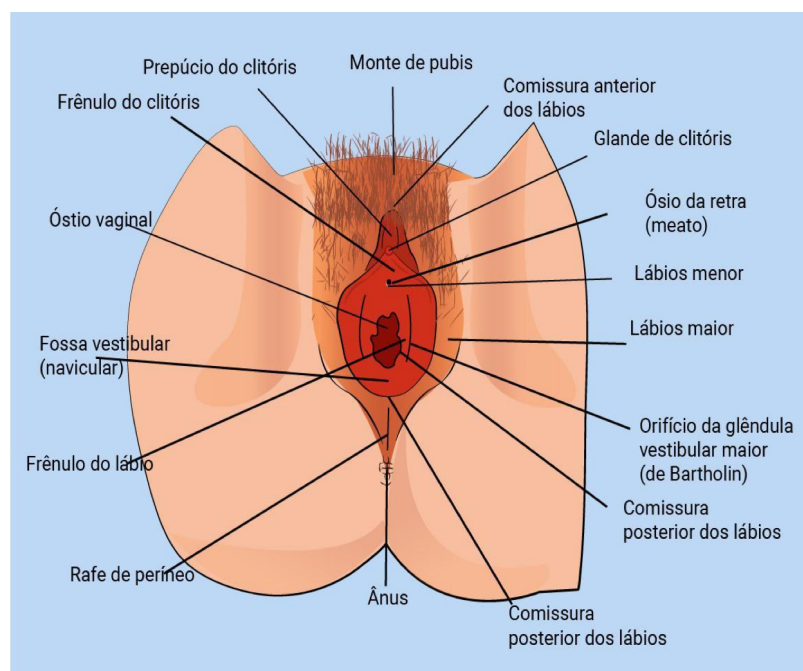
### TÉCNICA DO EXAME

Utilizaremos a seguinte técnica para o exame citopatológico:

1. chamar a paciente, confirmar o nome, apresentar-se, recepcionando-a;
2. solicitar que a mulher esvazie a bexiga e troque a roupa, em local reservado, por um avental ou camisola;
3. realizar coleta de dados ou histórico de enfermagem e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, dentre outros);
4. orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;
5. preencher formulário de solicitação do exame do SISCAM;
6. identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome da paciente, número do prontuário e iniciais da Unidade de Saúde), colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;
7. oferecer camisola/avental à paciente, encaminhando-a ao banheiro/local reservado, solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;
8. higienizar as mãos;
9. solicitar à paciente que se na mesa ginecológica para fazer a inspeção estática e dinâmica das mamas:

**Inspeção Estática:** a paciente deverá estar em posição ortostática ou sentada, com os braços soltos ao longo do corpo:

Lembrar que nas pacientes com mamas muito volumosas, e/ou muito flácidas, devemos elevá-las para melhor visualização do pólo inferior e sulco inframamário. Em relação às mamas, deve-se observar o número de mamas, localização, forma, volume, tomando-se o cuidado de se graduar quando se fizer a anotação, contornos, abaulamentos e retrações, e também a simetria. Deve-se observar a pele: cor, brilho, presença de cicatrizes, vascularização e distribuição dos vasos, pêlos, edema cutâneo (“peau d’orange”) e lesões (úlceras e feridas). Em relação ao complexo aréolo-mamilar (CAM), avalia-se a forma, dimensões, simetria, características da pele e retração. Devem-se observar eventuais alterações do tórax (cifoses, escolioses e defeitos das articulações costosternal) e da cintura escapular (CARRARA; et al, 1996).



**Figura 14 – Inspeção Estática da Genitália**

**Inspeção Dinâmica:** Feita com a paciente na mesma posição anterior e engloba três manobras distintas que visam mobilizar a glândula mamária sobre a parede torácica. Primeiramente pedimos que a paciente eleve progressivamente os braços, que devem estar estendidos, com o objetivo de



tornar tenso a pele e ligamentos de Cooper. Na sequência pedimos que a paciente coloque as mãos na cintura e faça compressão ou com os braços na frente do tórax, comprima a palma da mão esquerda contra a palma da mão direita. O objetivo desta manobra é contrair o músculo peitoral maior, o que pode realçar eventuais nódulos mamários que estejam aderidos a esta estrutura. Na terceira manobra deve pedir que a paciente estenda os braços e flexione o tronco anteriormente, de modo que as mamas fiquem pêndulas. Observa-se se há limitação da movimentação dos membros superiores, se há edema dos mesmos e a presença de escápula alada, principalmente em pacientes submetidas à cirurgia prévia. Toda e qualquer alteração observada durante a realização desta etapa deve ser meticulosamente anotada (CARRARA; et al, 1996).

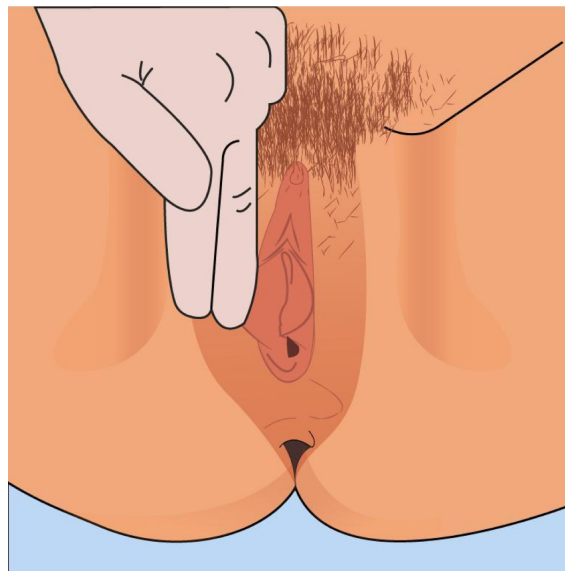


Figura 15 – Inspeção Dinâmica da Genitália

10. solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;
11. expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;

**Palpação:** realizamos em dois tempos distintos: palpação das cadeias ganglionares e a palpação das mamas, sempre bilateralmente. Inicia-se a

palpação pelas cadeias ganglionares cervicais e supraclaviculares. Para a palpação destas cadeias, preferimos nos posicionar de frente para a paciente. Na sequência, palpa-se as cadeias infra-ganglionares e finalmente as cadeias axilares. Deve-se fazer a palpação da cadeia da mama interna com a paciente deitada. Para a palpação da cadeia linfática axilar direita, deve-se deixar o braço direito da paciente solto ao longo do corpo, ou apoiado ou sustentado pelo braço direito do examinador, enquanto com a mão esquerda, este faz a palpação. Para a cadeia linfática do lado esquerdo, inverte-se o braço de apoio e a mão que palpa, ou seja, mão direita palpa axila esquerda e mão esquerda palpa axila direita. Observa-se a presença de gânglios, localização dos mesmos, tamanho, consistência, mobilidade, relação entre si, aderência a planos profundos e eventuais ulcerações. Todos os achados devem ser criteriosamente anotados. Lembrar que este tempo implica no exame da região que tem como limites a clavícula, o sulco infra-mamário, a linha axilar posterior, a linha médio-esternal e o prolongamento axilar.

A palpação das mamas, a paciente deve estar em decúbito dorsal, de forma que toda a mama se distribua sobre a parede torácica. Os braços devem estar elevados com as mãos atrás da nuca. Deve-se colocar um coxim embaixo do dorso (espádua) correspondente à mama que se palpa. Preconizamos iniciar a palpação pela mama “sadia”, palpando a mama afetada após, e sempre comparando os achados.

A palpação deve ser sempre sistematizada, de forma suave e deve abranger toda a extensão mamária. Deve-se utilizar a ponta e a polpa digital dos dedos indicadores, médios, anelares e mínimos. Movimentos de dedilhamento, de massagem e de deslizamento das mãos podem aumentar a sensibilidade do examinador, como também a pressão variável sobre as mamas. Achados como nódulos, espessamentos, consistência do parênquima, temperatura e dolorimento devem ser criteriosamente anotados.

Para a descrição mais acurada do local onde a alteração se encontra na mama, dividimos a mama em quatro quadrantes, direitos ou esquerdos, quais sejam: Quadrante súpero lateral (QSL), quadrante ínfero lateral (QIL), quadrante súpero medial (QSM) e quadrante ínfero medial (QIM). Alguns consideram ainda um quinto quadrante que seria o quadrante central

(retro-areolar). A descrição da lesão pode ser feita de forma bastante precisa tomando como referência um mostrador de relógio e a distância do CAM onde está a lesão. Lembrar que em pacientes com mamas volumosas, grandes, devemos fazer a palpação também com a pacientes sentada (CARRARA; *et al*, 1996).



**Figura 16** – Palpação da Genitália 1.



**Figura 17** – Palpação da Genitália 2.

**Expressão:** Deve-se fazer ordenha, de forma firme, porém delicada. Os movimentos devem ser abrangentes, estendendo-se da base da mama até o CAM e de forma radiada. No caso de descarga papilar, devemos observar sua

característica (líquida, oleosa ou pastosa), coloração (hialina, leitosa, sanguinolenta ou escura), volume, número de ductos excretores, bilateralidade e a presença de ponto gatilho, ou seja, ponto que ao ser tocado produz derrame papilar.

Gravidez: durante a gravidez as mamas sofrem considerável variação em volume e, às vezes em forma, devido ao grande estímulo hormonal decorrente da gestação. Pode ocorrer dolorimento e aumento da consistência do parênquima mamário. As aréolas apresentam pigmentação, tornando-se mais escuras, sofre alargamento de seu diâmetro e há maior proeminência dos tubérculos de Montgomery, que são glândulas sebáceas presentes na aréola. A rede venosa superficial sofre dilatação e é chamada de rede venosa de Haller. Em consequência do aumento de volume, pode ocorrer o aparecimento de estrias cutâneas. A presença de colostro pode ser verificada, com aumento do volume à medida que a gravidez avança (CARRARA; *et al*, 1996).

12. auxiliar a paciente a se posicionar na maca ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;
13. calçar as luvas de procedimento;
14. realizar o exame da região vulvar, anotando se houver lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias;
15. escolher o espéculo adequado (vide recomendações);
16. introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90°, mantendo-o em posição transversa, de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;
17. abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;
18. abrir os grandes lábios colocando o polegar e o indicador (também pode-se utilizar dedo médio ou anelar) entre os grandes e pequenos lábios, na altura do orifício vaginal, movendo-os horizontalmente e verticalmente. Procure pelo sinal de Chadwick
19. o material de ser colocado na lâmina metade para ectocérvice e outra metade para a endocérvice;

20. secar delicadamente o colo uterino com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra se for verificada grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente

21. Observar a presença de corrimento vaginal ou vaginite, que causa uma irritação ou secreção anormal expelida pela vagina, que geralmente possui um odor desagradável. Os corrimentos mais conhecidos são: a candidíase, a tricomoníase, a vaginose bacteriana e a cervicites (BRASIL, 2003, 2016)

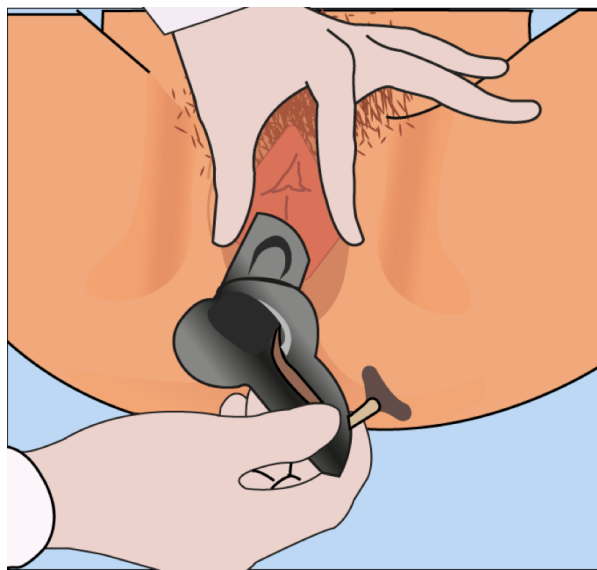


Figura 18 – Introdução do Espéculo 1.

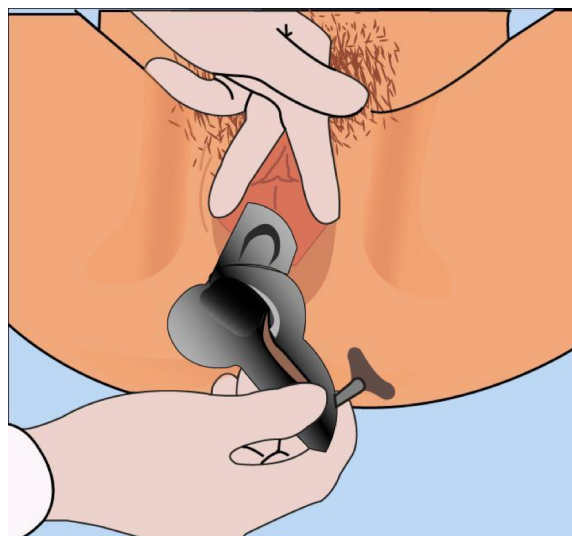


Figura 19 – Introdução do Espéculo 2.

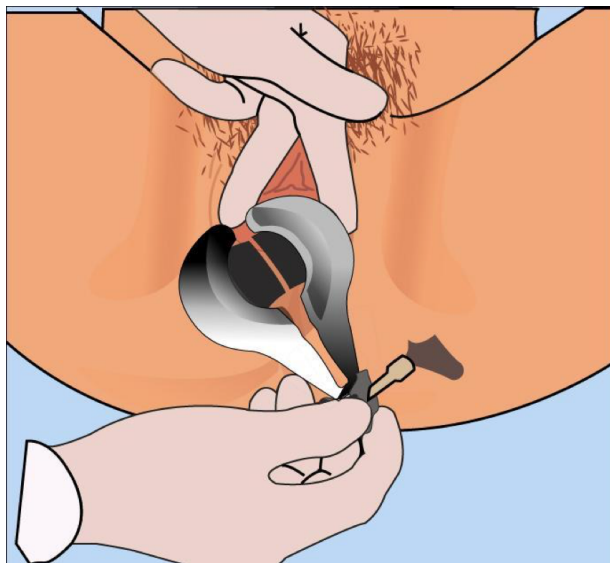


Figura 20 – Ajuste do Espéculo 1.

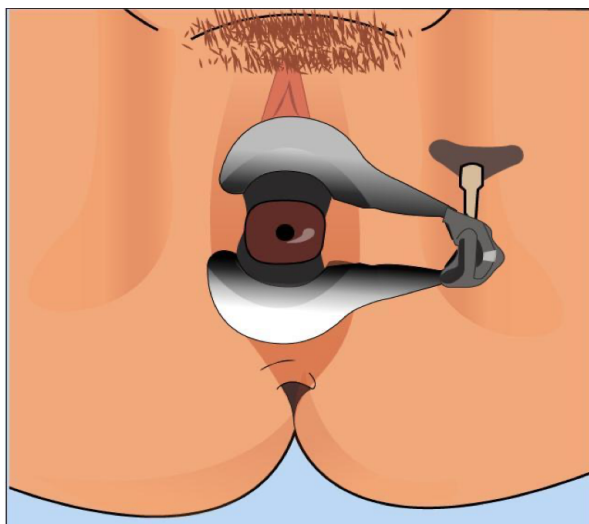


Figura 21 – Ajuste do Espéculo 2.

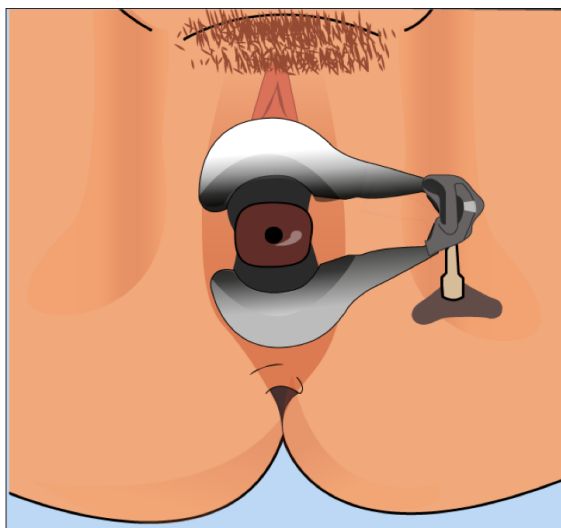


Figura 22 – Ajuste do Espéculo 3.

### TELA 37 e 38: COLETA ECTOCERVICAL / COLETA ENDOCERVICAL / TESTE DE SCHILLER

#### COLETA ECTOCERVICAL

Para coleta na endocérvice, utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.

Reserve a espátula para colocação do material na lâmina apenas após a coleta endocervical (BRASIL, 2013).

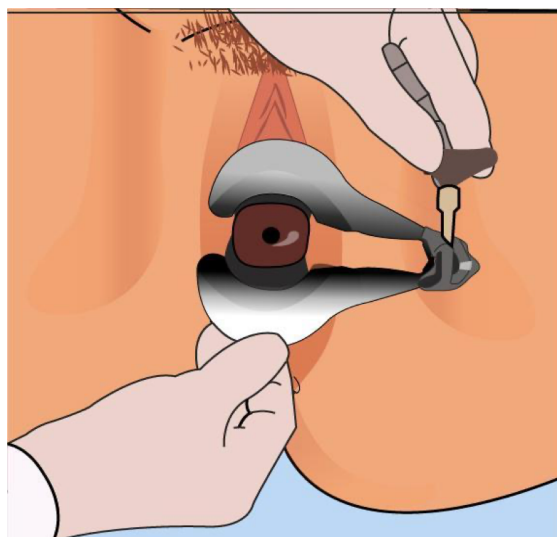


Figura 23 – Abertura do Espéculo 2.

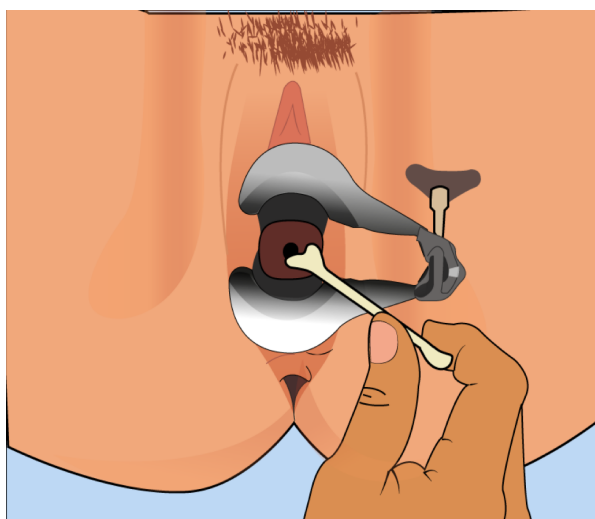
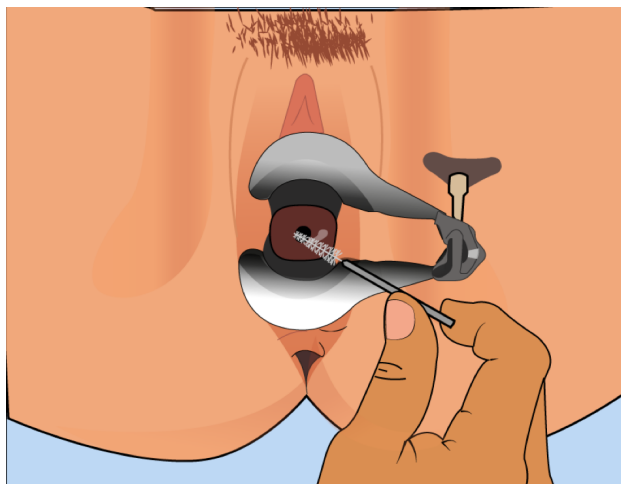


Figura 24 – Coleta Citológica na Ectocérvice

### COLETA ENDOCERVICAL

Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal (BRASIL, 2013).





**Figura 24** – Coleta Citológica na Endocérvice

### **TESTE DE SCHILLER**

Preparar a pinça Cheron com uma gaze na ponta e embebê-la em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:

Positivo: quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino. Resultado Alterado.

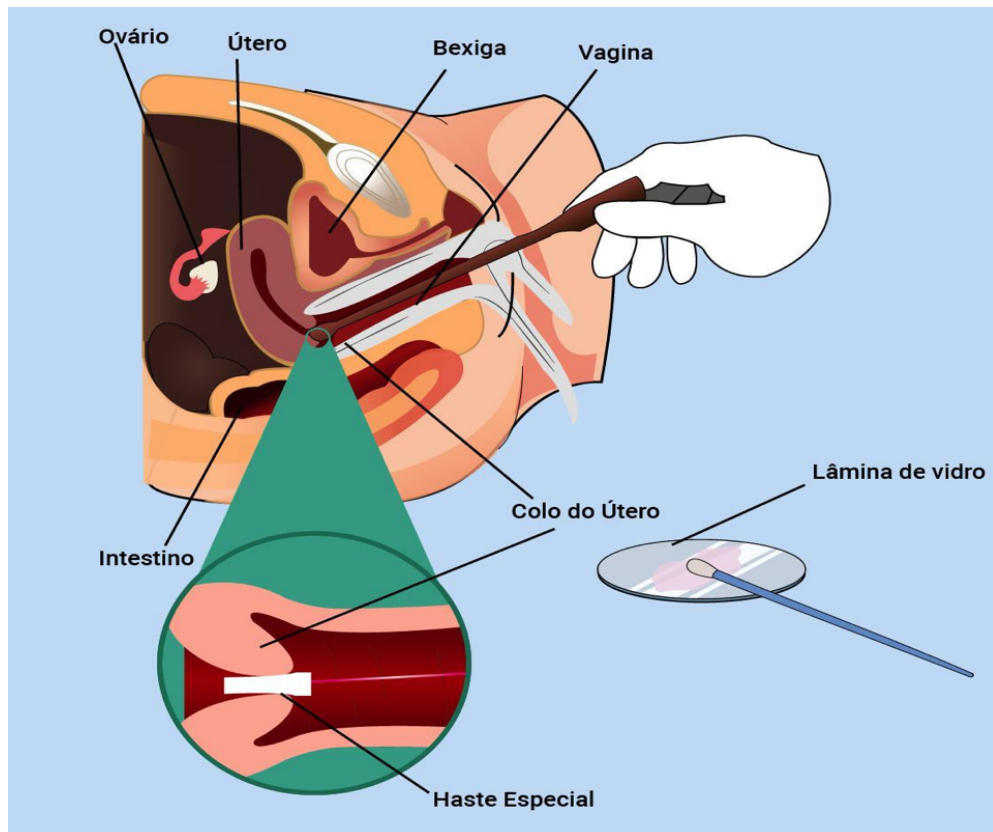
Negativo: quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol. Resultado Normal.

### **TELA 39 e 40: FIXAÇÃO DO MATERIAL À LÂMINA COM SPRAY OU ÁLCOOL / RECOMENDAÇÕES**

#### **FIXAÇÃO DO MATERIAL A LÂMINA COM SPRAY OU ÁLCOOL**

O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material. É importante observar a validade do fixador. Na fixação com álcool a 96%, considerada mundialmente como a melhor para os esfregaços citológicos, a lâmina deve ser colocada dentro do frasco com álcool em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto, fechar o recipiente cuidadosamente e envolvê-lo com a requisição. Na

fixação com spray de polietilenoglicol borrifa-se a lâmina, que deve estar em posição horizontal, imediatamente após a coleta, com o spray fixador, a uma distância de 20cm. Acondiciona-se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas revestida com espuma de náilon e papel, a fim de evitar a quebra, para o transporte ao laboratório, lacrando-se a tampa da caixa com fita gomada (BRASIL, 2013).



**Figura 25** – Fixação do Material a Lâmina 1.

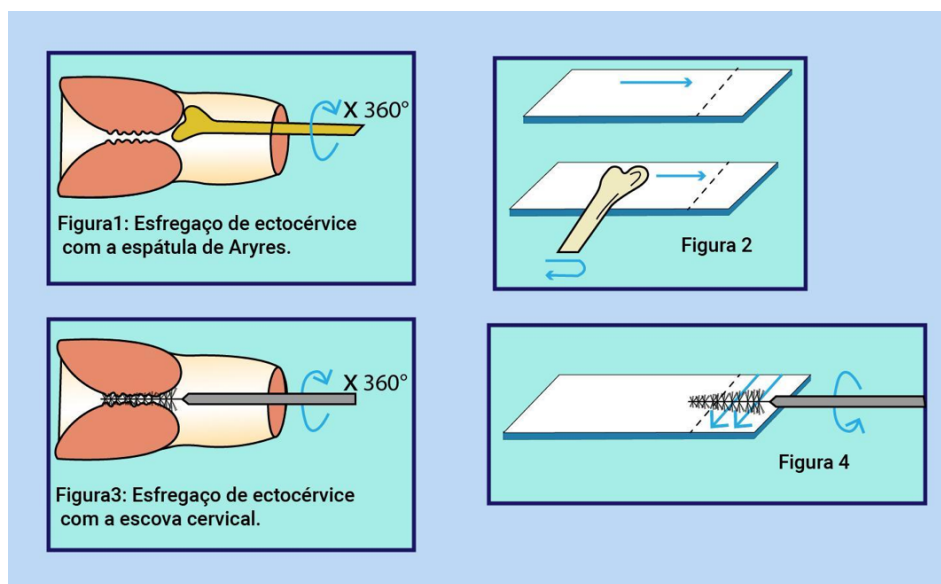


Figura 26 – Fixação do Material a Lâmina 2.

### RECOMENDAÇÕES:

\* seguir as seguintes orientações para os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia:

- acondicionar as lâminas no recipiente próprio (caixa de madeira ou plástico) para transporte;
- conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;
- preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2016).

-enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço:

- \* solicitar, caso a visualização do colo não seja possível, que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo;
- \* não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação;
- \* não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeterem-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame;
- \* não utilizar lubrificante no espéculo;

- \* Molhar o espécuro com solução salina SF 0,9% ou água destilada (AD) no caso de mulheres idosas, com vagina ressecada;
- \* realizar apenas coleta de material ectocervical em paciente gestante ou com suspeita de gravidez.
- \* Realizar coleta em mulheres hysterectomizadas desde que o colo uterino tenha sido preservado, caso não realizar coleta do fundo de saco apenas.
- \* realizar, segundo recomendação ética, o procedimento acompanhado por um profissional de enfermagem, evitando a exposição da paciente e do profissional, principalmente os enfermeiros do sexo masculino (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2016).

## TELA 41 e 42: LEITURA E INTERPRETAÇÃO DO EXAME

### LEITURA E INTERPRETAÇÃO DO EXAME

O câncer do colo do útero ou neoplasia intraepitelial cervical (NIC) é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva. A NIC é categorizada em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas, apresentando uma maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas nos graus mais graves da NIC (II e III) (SELLORS & SANKARANARAYANAN, 2003, INCA 2016). Contudo, devido à sua maior probabilidade de progressão para o câncer, se deixadas sem tratamento (MCCREDIE et al., 2008, INCA, 2016), são consideradas seus reais precursores. A maioria das NIC I regride em períodos entre 12 a 24 meses ou não progride à NIC II ou III e, portanto, não é considerada lesão precursora (MELNIKOW, et al; 1998, INCA, 2016).

**Quadro 2.** Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências.

Papanicolau (1941)	OMS (1952)	Richart (1967)	Brasil (2006)
Classe I	-	-	Normal
Classe II	-	-	Alterações

			benignas
-	-	-	atipias de significado indeterminado*
Classe III	Displasia leve Displasia moderada Displasia acentuada	NIC I NIC II NIC III	LSIL HSIL HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i>
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

*Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau

**Fonte:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016.124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

## TELA 43, 44 e 45: PRINCIPAIS ACHADOS NO EXAME DO PAPANICOLAU / AMOSTRA INSATISFATÓRIA PARA AVALIAÇÃO / RECOMENDAÇÃO / AMOSTRA SATISFATÓRIA PARA AVALIAÇÃO / RECOMENDAÇÃO

### PRINCIPAIS ACHADOS NO EXAME DO PAPANICOLAU

Atualmente a nomenclatura para adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória (INCA, 2016), sendo abolidas as anteriores.

### AMOSTRA INSATISFATÓRIA PARA AVALIAÇÃO

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada (SHIRATA; et al, 1998; INCA, 2016):

- \* material acelular ou hipocelular (menos de 10% do esfregaço);
- \* leitura prejudicada (mais de 75% do esfregaço) por presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

### RECOMENDAÇÃO:

A mulher deve repetir o exame entre seis e 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório, conforme nomenclatura e classificação do manual do INCA de 2016.

### AMOSTRA SATISFATÓRIA PARA AVALIAÇÃO:

Designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica (BRASIL, 2016).

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- \* células escamosas;
- \* células glandulares (não inclui o epitélio endometrial);
- \* células metaplásicas.

Embora a indicação dos epitélios representados na amostra seja informação obrigatória nos laudos citopatológicos, seu significado deixa de pertencer à esfera de responsabilidade dos profissionais que realizam a leitura do exame. As células glandulares podem ter origem em outros órgãos que não o colo do útero, o que nem sempre é identificável no exame citopatológico (BRASIL, 2011).

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da

qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. Uma metanálise de estudos que abordaram a eficácia de diversos dispositivos de coleta mostrou que o uso da Espátula de Ayres e da escova de canal aumenta em cerca de três vezes a chance de obtenção de células endocervicais (MARTIN-HIRSCH et al, 2000, BRASIL, 2016).

Estudo realizado no Brasil, entre 1992 e 1996, mostrou que a detecção de NIC foi cerca de dez vezes maior no grupo em que as células da JEC estavam representadas (SHIRATA et al, 1998, BRASIL, 2016).

A presença exclusiva de células escamosas deve ser avaliada pelo profissional responsável. É muito oportuno que este atente 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 (BRASIL, 2016).

## RECOMENDAÇÃO

Esfregaços normais somente com células escamosas devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente, coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com Espátula de Ayres. Conforme nomenclatura e classificação do manual do INCA de 2016.

## TELA 46 e 47: SITUAÇÕES ESPECIAIS: GESTANTES / RECOMENDAÇÃO / PÓS-MENOPAUSA / RECOMENDAÇÃO / HISTERECTOMIZADAS / RECOMENDAÇÃO

### SITUAÇÕES ESPECIAIS

#### GESTANTES

Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. O achado dessas lesões durante o ciclo

gravídico puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal. Apesar de a junção escamocolunar no ciclo gravídico puerperal encontrar-se exteriorizada na ectocérvice, na maioria das vezes, o que dispensaria a coleta endocervical, a coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada (HUNTER; MONK; TEWARI, 2008, BRASIL, 2016).

#### **RECOMENDAÇÃO:**

O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária tanto quanto para as demais mulheres, sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreamento (BRASIL, 2016).

#### **PÓS-MENOPAUSA:**

Mulheres na pós-menopausa, sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino, apresentam baixo risco para desenvolvimento de câncer (SASIENI; CASTAÑON; CUZICK, 2006, 2010; BRASIL, 2016).

O rastreamento citológico em mulheres na menopausa pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipoestrogenismo, gerando ansiedade na paciente e procedimentos diagnósticos desnecessários.

Mulheres no climatério devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres; e, em casos de amostras com atrofia ou ASC-US, deve-se proceder à estrogenização local ou sistêmica.

É fato que o diagnóstico de casos novos de câncer do colo uterino está associado, em todas as faixas etárias, com a ausência ou irregularidade do rastreamento (SASLOW; et al, 2002, BRASIL, 2016).

O seguimento de mulheres na pós-menopausa deve considerar seu histórico de exames.

#### **RECOMENDAÇÃO:**



Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder à estrogenização prévia à realização da coleta (BRASIL, 2016).

#### **HISTERECTOMIZADAS:**

O rastreamento realizado em mulheres sem colo do útero devido à histerectomia por condições benignas apresenta menos de um exame citopatológico alterado por mil exames realizados (USA/NCI, 2011; BRASIL, 2003, 2016).

#### **RECOMENDAÇÃO:**

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. As histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada (USA/NCI, 2011; BRASIL, 2003, 2016).

**TELA 48 e 49: RESULTADO NORMAL / DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO / RECOMENDAÇÕES / ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS (REATIVAS OU REPARATIVAS) INFLAMAÇÃO SEM IDENTIFICAÇÃO DE AGENTE / RECOMENDAÇÕES**

#### **RESULTADO NORMAL**

#### **DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO**

Diagnóstico completamente normal. A inclusão da expressão “no material examinado” visa estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido ao exame (DAVEY; et al, 2002, BRASIL, 2016).

#### **RECOMENDAÇÃO**

Seguir a rotina de rastreamento citológico (BRASIL, 2016).

#### **ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS (REATIVAS OU REPARATIVAS)**

## INFLAMAÇÃO SEM IDENTIFICAÇÃO DE AGENTE

Caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular (GHORAB; MAHMOOD; SCHINELLA, 2000; MALIK;et al, 2001, BRASIL, 2016). Ocasionalmente, podem-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intrauterino (DIU), em células endometriais e mesmo endocervicais (AGARWAL; SHARMA; ACHARYA, 2004; HUGHES; et al, 2005, BRASIL, 2016). Casos especiais com alterações citológicas do tipo exsudato são observados (HALFORD, 2002, BRASIL, 2016).

O teste do Papanicolaou apresenta evidentes limitações no estudo microbiológico, de forma que tais alterações podem se dever a patógeno não identificado. Os achados colposcópicos comuns são ectopias, vaginites e cervicites (MALIK et al, 2001; HALFORD, 2002, BRASIL, 2016).

### RECOMENDAÇÃO:

Deve-se seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico. Havendo queixa clínica de leucorreia, deve-se realizar exame ginecológico. Em caso de corrimento vaginal espesso e de cor branca ou amarelada, trata-se de um mecanismo natural de defesa que a vagina usa para manter o seu equilíbrio químico e para preservar a flexibilidade do tecido vaginal, ou leucorréia fisiológica. Porém, alterações caracterizadas por dois ou mais sinais e sintomas, com fluxo vaginal anormal, geralmente com volume aumentado, podendo ter ou não cheiro desagradável, irritação, coceira ou ardência na vagina ou na vulva, é um dos problemas ginecológicos mais comuns e uma das causas mais freqüentes de consulta ao ginecologista, o corrimento vaginal. O tratamento deve seguir recomendação específica (BRASIL, 2003, 2016).

TELAS 50, 51 e 52: RESULTADO INDICANDO METAPLASIA ESCAMOSA IMATURA / RECOMENDAÇÃO / RESULTADO INDICANDO REPARAÇÃO / RECOMENDAÇÃO / RESULTADO INDICANDO ATROFIA COM INFLAMAÇÃO /

## RECOMENDAÇÕES / RESULTADO INDICANDO RADIAÇÃO / RECOMENDAÇÕES / ACHADOS MICROBIOLÓGICOS / RECOMENDAÇÕES

### RESULTADO INDICANDO METAPLASIA ESCAMOSA IMATURA

A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos, buscando caracterizá-la como do tipo reparativa (MALIK et al, 2001, BRASIL, 2003, 2016).

#### RECOMENDAÇÃO

Seguir a rotina de rastreamento citológico, conforme nomenclatura e classificação do manual (BRASIL, 2003, 2016).

### RESULTADO INDICANDO REPARAÇÃO

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser originado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório, conforme nomenclatura e classificação do manual (MALIK et al, 2001, BRASIL, 2003, 2016).

#### RECOMENDAÇÃO:

Seguir a rotina de rastreamento citológico, conforme nomenclatura e classificação do manual (BRASIL, 2003, 2016).

### RESULTADO INDICANDO ATROFIA COM INFLAMAÇÃO

Ausência de atipias é um achado normal do período climatérico e somente demanda atenção ginecológica caso esteja associada a sintomas como secura vaginal e dispareunia. Não foram encontradas evidências para embasar uma conduta para melhorar a qualidade do esfregaço. Por outro lado, foram encontradas evidências de qualidade para tratamento da vaginite atrófica, favorecendo o tratamento tópico com estrogênios conjugados por quatro semanas (LYNCH, 2008; AL-BAGHDADI; EWIS, 2009; CHOLLET; et al, 2009, BRASIL, 2016).

#### RECOMENDAÇÕES

Seguir a rotina de rastreamento citológico, possivelmente terá que repetir o tratamento conforme rotina. Na eventualidade do laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, deve ser prescrito um preparo estrogênico seguindo esquemas descritos a seguir, utilizados para tratamento da colpíte atrófica, e a nova coleta deverá ocorrer sete dias após a parada do uso (BRASIL, 2016).

O tratamento da colpíte atrófica pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estrogênios conjugados 0,5 g (0,3 mg) (RAYMUNDO et al, 2004; BACHMANN et al, 2008; BACHMANN et al, 2009, INCA, 2011) ou de creme de estriol de 1 g (CARDOZO et al, 1998; LYNCH, 2008; AL-BAGHDADI; EWIS, 2009; CHOLLET, et al, 2009, BRASIL, 2016).

Ambas as drogas devem ser utilizadas, de preferência à noite, por um a três meses, em dois esquemas alternativos: durante 21 dias, com intervalo de sete dias, ou duas vezes por semana, sempre nos mesmos dias (BRASIL, 2016).

Apesar das evidências favoráveis às duas possibilidades terapêuticas, não foram encontrados estudos comparativos que permitam recomendar preferencialmente uma das duas. Na situação em que é contra-indicado uso de estrogênios conjugados, parece recomendável o uso de estriol (BRASIL, 2016).

Devido à absorção sistêmica do estrogênio aplicado sobre a pele ser mínima, não há contra-indicação de seu uso nas mulheres com história de carcinoma de mama. O esquema recomendado é o mesmo utilizado para as demais mulheres, como descrito acima (DERZKO; ELLIOT; LAM, 2007, BRASIL, 2016).

Nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase, como os utilizados no tratamento do câncer de mama, a terapia com estrogênios para a melhora da vaginite atrófica está contra-indicada (KENDALL; et al, 2006, INCA, 2016).

## RESULTADO INDICANDO RADIAÇÃO

Esse achado pode ocorrer nos casos de mulheres tratadas por radioterapia para câncer do colo uterino (CHIEN; et al, 2005; ZANNONI; VELLONE, 2008, BRASIL, 2016). O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.

### RECOMENDAÇÃO

Seguir a rotina de rastreamento citológico, conforme nomenclatura e classificação do manual (BRASIL, 2003, 2016).

### ACHADOS MICROBIOLÓGICOS

- Lactobacillus sp.
- Cocos.
- Outros bacilos.

São considerados achados normais. Fazem parte da microbiota e, na ausência de sinais e sintomas, sua presença não caracteriza infecção que necessite de tratamento (AGARWAL; SHARMA; ACHARYA, 2004; BRASIL, 2016).

### RECOMENDAÇÃO

Seguir a rotina de rastreamento citológico. A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital, deve ser encaminhada para avaliação ginecológica (BRASIL, 2016).

### TELAS 53, 54, 55 e 56: ATIPIAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO EM CÉLULAS ESCAMOSAS / CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO, POSSIVELMENTE NÃO NEOPLÁSICAS / RECOMENDAÇÕES

#### ATIPIAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO EM CÉLULAS ESCAMOSAS

O Sistema Bethesda foi criado em 1988, na cidade de Bethesda (Maryland, EUA; INCA, 2011), com o intuito de uniformizar a terminologia para laudos citopatológicos. O principal objetivo era estabelecer normas de classificação citológica para reduzir as dúvidas diagnósticas entre alterações celulares

benignas e realmente atípicas (VEIGA, et al, 200; INCA, 2011). O termo atipias de significado indeterminado (do inglês ASCUS – Atypical Squamous Cels of Undetermined Significance) foi introduzido nesta classificação, sendo definido como achados citológicos caracterizados pela presença de alterações celulares insuficientes para o diagnóstico de lesão intraepitelial (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 1989, INCA, 2011).

Atualmente, as atipias escamosas de significado indeterminado representam a atipia citológica mais comumente descrita nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero. Segundo dados registrados no SISCOLO em 2009 (BRASIL/MS/SISCOLO, 2010), no Brasil, o diagnóstico citológico de “ASC” representou 1,4% de todos os exames realizados e 53,5% de todos os exames alterados (INCA, 2016).

### CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO, POSSIVELMENTE NÃO NEOPLÁSICAS

A prevalência desse diagnóstico citológico no Brasil foi de 1,2% dentre todos os exames realizados e de 46% considerando-se apenas os resultados alterados em 2009 (BRASIL/MS/SISCOLO, 2010). A revisão das diretrizes brasileiras na conduta de citologias com células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, com o objetivo de se verificar a probabilidade de as mulheres com esse laudo citológico serem portadoras de lesão mais grave (lesão precursora ou câncer cervical).

Estudos mostram a prevalência de HSIL e câncer cervical em cerca de 10% das mulheres com citologia de ASC-US (KULASINGAM et al, 2006). Estudo realizado em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade do Rio de Janeiro (CYTRYN; et al, 2009), mostrou uma prevalência de 1,85% de NIC II e III quando lhes foi atribuído esse diagnóstico citopatológico. Segundo o ACOG, o diagnóstico ASC-US representa a alteração citológica mais comum nos Estados Unidos, respondendo por 4,4% de todos os diagnósticos citopatológicos. Entre as mulheres com esse diagnóstico, é observada prevalência de NIC II e III em 6,4% a 11,9% dos casos, e de 0,1% a 0,2% de câncer (ACOG, 2008).

A reprodutibilidade desse diagnóstico citopatológico é pobre, e estudos inter-observadores demonstram concordância entre citopatologistas, variando de 35% a 45% (AMERICAN SOCIETY OF CYTOPATHOLOGY, 2010).

Fatores como a idade da mulher e a realização de rastreamento citológico prévio devem ser considerados nessa decisão. Além desses aspectos, deve-se considerar que a lesão invasora do colo do útero é claramente mais prevalente na quarta e quinta décadas de vida da mulher, o que justifica um rastreamento mais intenso da doença (SCHIFFMAN; et al, 2007).

Observa-se similaridade de recomendações de conduta frente a uma mulher com ASC-US quando se consideram as diretrizes construídas para a França (France/ANAES, 2002), para o Reino Unido (United Kingdom/NHS Cancer Screening Programmes, 2004), para a Austrália (Australian Government/National Health and Medical Research Council, 2005), para a Nova Zelândia (New Zealand/Ministry of Health/National Screening Unit, 2008) e para os Estados Unidos (ACOG, 2008). Uma revisão e uma análise crítica dessas diretrizes apontaram a convergência de recomendações de repetição da citologia entre seis e 12 meses. Na Nova Zelândia, utilizam o ponto de corte de 30 anos para determinar o intervalo de 12 meses para repetição da citologia em função de evidências de que o tempo médio para clareamento da infecção pelo HPV é de seis a 18 meses. E, como a infecção pelo HPV oncogênico é mais persistente nas mulheres com 30 anos ou mais, estas têm maior probabilidade de apresentarem lesões pré-invasivas (New Zealand/Ministry of Health/National Screening Unit, 2008). O encaminhamento para a colposcopia é determinado caso esse resultado seja mantido. Alguns países recomendam a utilização do teste de identificação para HPV oncogênico que, caso positivo, é critério para encaminhamento à colposcopia. Todavia essa proposta não se aplica à nossa realidade, em função do alto custo do teste no mercado brasileiro e pelo fato de que a repetição do exame citopatológico cumpre o objetivo de identificar as mulheres que realmente precisam de colposcopia (RUSSOMANO; MONTEIRO; MOUSINHO, 2008).

## RECOMENDAÇÕES

Diante de um resultado de exame citopatológico de ASC-US, a conduta na mulher com 30 anos ou mais será a repetição do exame citopatológico em um intervalo de seis meses, precedida, quando necessário, do tratamento de processos infecciosos e de melhora do trofismo genital, com preparo estrogênico após a menopausa, na Unidade da Atenção Primária. Para as mulheres com idade inferior a 30 anos, a repetição da colpocitologia está recomendada no intervalo de 12 meses (INCA, 2003, 2016).

Se dois exames citopatológicos subsequentes na Unidade da Atenção Primária, com intervalo de seis meses (ou 12 meses se com menos de 30 anos), forem negativos, a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal, porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou mais significativa, a paciente deverá ser encaminhada à Unidade de Referência para colposcopia (B). Se houver um novo resultado diferente de ASC-US, a investigação deverá ser direcionada para o novo resultado (INCA, 2003, 2016).

Na colposcopia sem alterações, o retorno ao rastreio na unidade primária está recomendado com intervalo semestral ou anual, dependendo da faixa etária. Na colposcopia com alterações, deve-se realizar biópsia. Em caso de aspecto colposcópico de baixo grau, a paciente poderá ser apenas acompanhada, considerando-se outros fatores, como idade, rastreio prévio e passado de doença cervical de baixo ou alto grau. Considerando-se a baixa prevalência de doença de alto grau e câncer nessas mulheres, a conduta ver-e-tratar é inaceitável. Se, na biópsia, o resultado for de lesão intraepitelial de alto grau ou câncer, a conduta será específica para esse resultado. Seguir rotina de rastreamento citológico, conforme orientação do manual do INCA de 2016 (INCA, 2003, 2016).

## TELAS 57 e 58: CORRIMENTO VAGINAL / ETIOLOGIA DO CORRIMENTO VAGINAL

### CORRIMENTO VAGINAL



Síndrome comum entre as mulheres, o corrimento vaginal, possui ocorrência principal durante a fase reprodutiva, que pode ser acompanhado de prurido, irritação local e/ou alteração de odor da secreção vaginal (BRASIL, 2016).

A coleta de dados clínicos utilizando o histórico de enfermagem deve ser criteriosa, com informações sobre comportamentos e práticas sexuais, a característica da leucorréia, corrimento ou fluxo vaginal, cor e odor, consistência, data da última menstruação (DUM), higiene, uso de produtos irritantes locais, uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos. De igual forma, a avaliação durante exame físico da paciente deve considerar as características do corrimento, de modo que o enfermeiro observe a presença de ulcerações e/ou eritema (BRASIL, 2016).

Avaliar a percepção da paciente quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico, é algo muito importante (BRASIL, 2003, 2016), suas queixas devem ser anotadas e orientá-la a diferenciar as características da leucorréia, corrimento ou do fluxo vaginal. Atualmente utilizamos o termo Infecções do Trato Reprodutivo (ITR) para descrever:

- infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e agentes da vaginose bacteriana);
- infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- infecções sexualmente transmissíveis (tricomoníase) (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que, em mulheres, as infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*, é comum não apresentar aumento da secreção vaginal (BRASIL, 2016).

Todas as ITR são consideradas como casos de corrimento vaginal. Somente a tricomoníase é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Pacientes com queixa de corrimento vaginal devem ser bem esclarecidas sobre essas diferenças ao procurarem um serviço de saúde. As IST têm implicações ausentes nas infecções endógenas ou iatrogênicas, como o tratamento dos parceiros sexuais. Comum em casos de violência doméstica e outros impactos sobre o relacionamento entre parceiros sexuais, uma

infecção endógena ou iatrogênica é erroneamente rotulada como uma IST (BRASIL, 2003, 2016).

## ETIOLOGIA DO CORRIMENTO VAGINAL

A síndrome do corrimento vaginal ocorre por múltiplos agentes etiológicos, que incluem:

- vaginose bacteriana, decorrente do desequilíbrio da microbiota vaginal, causada pelo crescimento excessivo de bactérias anaeróbias (*Prevotellasp.*, *G. vaginalis*, *Ureaplasma sp.* e *Mycoplasma sp.*);
- candidíase vulvovaginal, causada por *Cândida spp.* (geralmente *C. albicans* e *C. glabrata*);
- tricomoníase, causada por *T. vaginalis*, considerada uma IST (BRASIL, 2016).

As causas não infecciosas do corrimento vaginal incluem: material mucóide fisiológico, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica (mulheres na pós-menopausa), presença de corpo estranho, entre outros. Outras patologias podem causar prurido vulvovaginal sem corrimento, como dermatites alérgicas ou irritativas por uso de produtos como sabonetes, preservativos, ou mesmo doenças da epiderme, como líquen simples crônico ou psoríase (BRASIL, 2016).

A limpeza deve concentrar-se na região da vulva, sem ser direcionada para a vagina. Essa região possui menor acúmulo de gordura, portanto não há necessidade de higienização mais intensa, já que a adiposidade presente é suficiente para manter a vagina umidificada e não favorece o acúmulo de sujeira. Essa região possui pH menos ácido e o nível de acidez pode ser comprometido pelos jatos de água e por sabonetes alcalinos, eliminando a proteção natural e facilitando a proliferação de micro-organismos nocivos ao ambiente (CHAITOW, 2014).

Não raro, uma paciente pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando, assim, corrimento de aspecto inespecífico (BRASIL, 2016).

## TELAS 59 e 60: EXAME DA GENITÁLIA FEMININA INTERNA E EXTERNA

### EXAME DA GENITÁLIA FEMININA INTERNA E EXTERNA

A consulta de enfermagem ginecológica segue as orientações gerais das demais consultas de enfermagem, incluindo o histórico de enfermagem e o exame físico mais detalhado, do aparelho genital, recorrendo, quando e se necessário, a meios auxiliares de diagnóstico de enfermagem, abordando o estudo dos sintomas e sinais das modificações funcionais e das doenças do aparelho genital feminino (DE OLIVEIRA, 2011).

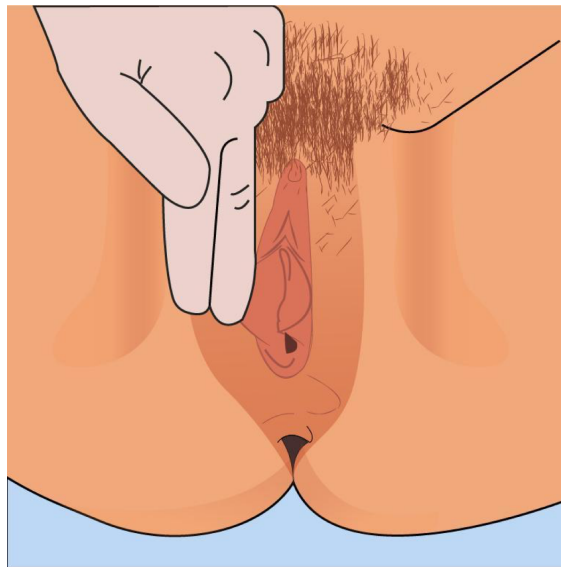


Figura 28 – Exame da Genitália Externa 1.

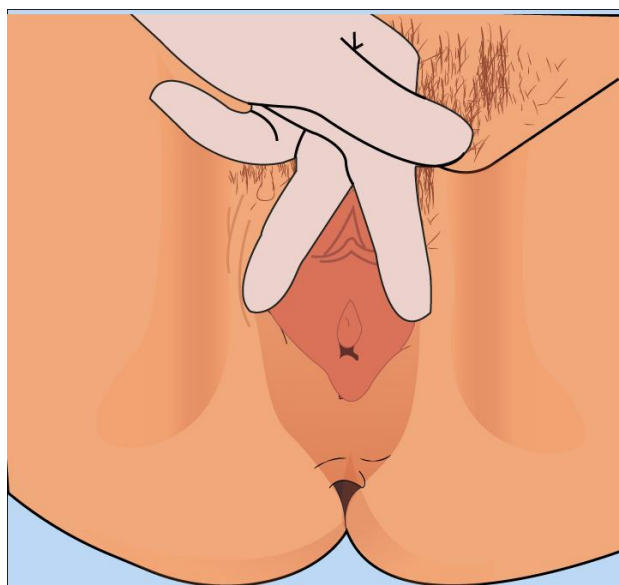


Figura 29 – Exame da Genitália Externa 2.

## TELAS 61 e 62: OBSERVAÇÃO GENITOPERIANAL

### OBSERVAÇÃO GENITOPERIANAL

A realização do exame dos genitais externos requer um posicionamento adequado da paciente e uso de uma iluminação adequada. O “vulvoscópio” (uma lente de aumento com lâmpada fluorescente) é o instrumento mais apropriado para a realização do procedimento vulvo-perineal, porém não é utilizado freqüentemente na prática profissional em ginecologia. Muito embora esta altere um pouco a coloração da pele, é de fácil uso e prático. Em situações eventuais, pode-se utilizar um colposcópio para estudo mais minucioso (DE OLIVEIRA, 2011).

O exame deve iniciar-se com a inspeção das estruturas genitais externas (vulva), incluindo o ânus e a região perianal. A inspeção, mesmo que sumária das formações vulvares, requer contato e afastamento da pele, o que deve ser feito com a utilização da mão (não dominante) enluvada, sendo altamente recomendável utilizar ambas as mãos sempre que a exploração deva ser mais pormenorizada.

Deve-se, ainda, inspecionar cuidadosamente as ninfas e as formações menos expostas, como o clitóris, o meato uretral, os orifícios das glândulas periuretrais, as paredes do vestíbulo, o rebordo himenal, a fossa navicular, a fúrcula, sendo ainda o afastamento essencial para a boa visualização do ânus, região perianal e sulco interna de gueiro (DE OLIVEIRA, 2011).

A palpação da face interna das coxas possibilita a verificação de qualquer tendência à hiper-reatividade motora, sinal de necessidade de atuação complementar de relaxamento, com atenção e cuidado para não causar desconforto em caso de reação de defesa (DE OLIVEIRA, 2011).

No monte de Vénus, observa-se as características, distribuição, quantidades e qualidades dos pelos. Podendo ocorrer escassez, como quando de algumas insuficiências hormonais ou na velhice, ou ainda, ao contrário, exagero, como quando existe tumor produtor de hormônios masculinos. Habitualmente, a pilosidade púbica feminina termina bruscamente por uma linha horizontal, que dá à pilosidade a configuração de um triângulo de base superior. Em situações de virilização, a distribuição tende a ser de tipo masculino, em

losango com o vértice superior a atingir o umbigo, havendo ainda frequente extensão até as coxas (DE OLIVEIRA, 2011).

Inspecionam-se as distintas formações vulvares, em regra de forma rápida, começando pelo clitóris, grandes e pequenos lábios, fúrcula, períneo, meato e hímen. Os grandes lábios são pregas cutâneo adiposas de cor castanha escura. Podem estar alterados morfológicamente devido a tumores, ou na sua textura, por dermatoses. Os pequenos lábios têm dimensões muito variáveis de uma mulher às demais, não tendo essa variação usualmente qualquer significado. É comum que sofram processo de atrofia após climatério e a menopausa (DE OLIVEIRA, 2011).

Durante o exame da fenda vulvar, nota-se que esta se encontra habitualmente encerrada por aposição dos lábios, porém pode apresentar-se aberta nos casos de hipotonicidade do esfíncter vulvar, frequentemente em múltipara ou mesmo de deficiência anatômica, devido à laceração perineal (DE OLIVEIRA, 2011).

Sequentemente, a inspeção simples deve observar sob esforço da paciente, através de manobra de valsalva ou tosse provocada, no intuito de descobrir eventual prolapso e/ou incontinência urinária, o que pode também ser realizado com repleção vesical. Assim, a exposição do intróito é imprescindível ao exame (DE OLIVEIRA, 2011).

## TELAS 63 e 64 : TOQUE VAGINAL OU TOQUE COMBINADO

### TOQUE VAGINAL OU TOQUE COMBINADO

A palpação endocavitária ou toque constitui parte importante do exame ginecológico, deve ser realizado durante a consulta de enfermagem em ginecologia. Requer experiência prática para que se consiga a necessária confiança e segurança no método, à medida que se executa. É importante destacar que alguns parâmetros são subjetivos entre observadores e até no mesmo examinador em diferentes momentos (DE OLIVEIRA, 2011).

É necessário seguir um roteiro de sequência sistemática do exame, que, iniciado pela palpação da parede vaginal posterior, se continua pela exploração do colo uterino, do corpo, de um e outro anexo para terminar com a pesquisa de sensibilidade vesical. Nesse momento a bexiga vesical

deve está desejavelmente vazia (DE OLIVEIRA, 2011).

É necessário explorar, com os dedos, a sensibilidade da vagina, em toque combinado com a palpação abdominal e depois realizar uma avaliação da capacidade clónica da musculatura peri-vaginal. Quando colocam-se os dedos no eixo da cavidade e se solicita à paciente que contraia os músculos elevadores do ânus com a máxima intensidade possível, simulando uma interrupção brusca da micção, se o profissional sentir pressão sobre os dedos, que os empurra para dentro e para cima durante pelo menos 3 segundos, considera-se existir uma boa resposta (DE OLIVEIRA, 2011).

Ao descrever o volume uterino corresponde à evolução do mesmo numa gravidez em primigesta. Porém, considerar um útero em situação fisiológica está intimamente ligado à idade, à paridade ou, em consequência, da chamada hipertrofia benigna. Em termos práticos, quando se diz normal para uma determinada mulher não se sabe exatamente qual o volume inicial correspondente (DE OLIVEIRA, 2011).

Assim, uma cuidadosa e suave palpação, com a mão colocada na parede abdominal, tem função primordial na aproximação dos anexos aos dedos intravaginais. Se o profissional não conseguir sentir seus próprios dedos, apresenta-se sinal de volume excessivo, que não exclui a tumoração. Recomenda-se, desse modo, o uso de imagem ultrassônica para a identificação dos ovários (DE OLIVEIRA, 2011).

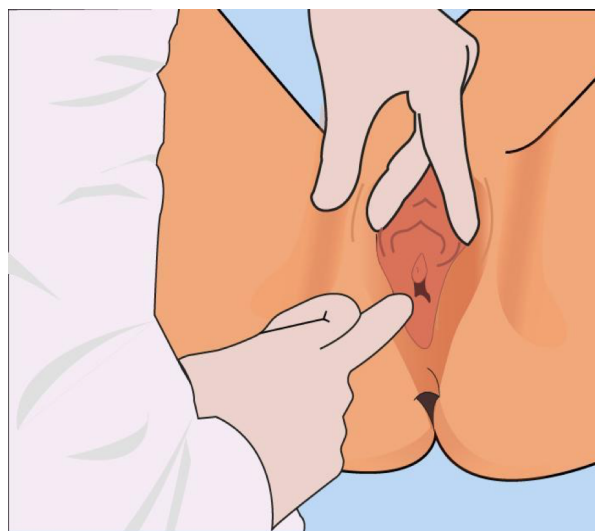
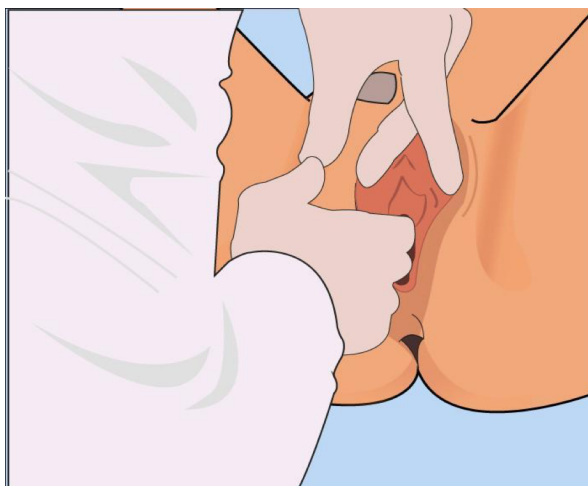
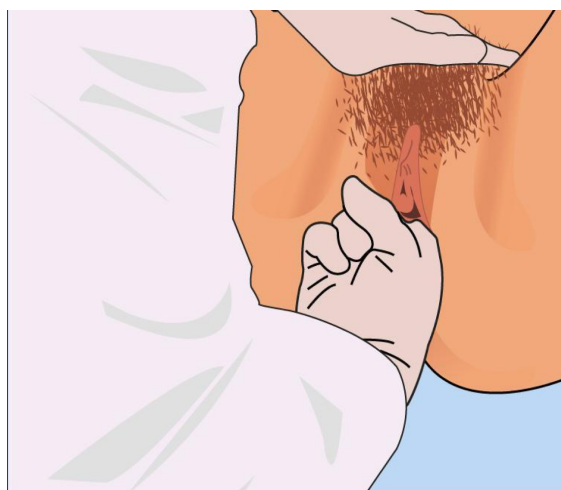


Figura 30 – Toque Vaginal 1



**Figura 31** – Toque Vaginal 2.



**Figura 32** – Toque Vaginal 3.



Figura 33 – Toque Vaginal 4.

## TELA 65 e 66: REGISTRO DE ENFERMAGEM EM CONSULTA GINECOLÓGICA

### REGISTRO DE ENFERMAGEM EM CONSULTA GINECOLÓGICA

Os registros de enfermagem são importantes tanto para o enfermeiro e sua equipe de enfermagem quanto para os demais profissionais de saúde. Como fonte de dados para avaliação do paciente e para sua resposta às condutas assistenciais, imediatas ou pós-avaliação, servem como fonte de pesquisa científica, como respaldo jurídico, para fundamentação das ações desenvolvidas (SILVA, et al; 2017).

A consulta de enfermagem em ginecologia (CEG) deve permitir a obtenção de informações que possam contribuir para o conhecimento da saúde da mulher. O histórico de enfermagem deve ter por base os antecedentes menstruais, sexuais, obstétricos e ginecológicos. Lembrando que o exame físico das mamas, abdome e órgãos genitais femininos internos e externos constitui parte importante nesse processo (DINIZ, 2013; CATAFESTA, et al, 2015).

Dessa forma, a CEG é uma atividade considerada independente que permite ao enfermeiro uma atuação junto às pacientes, com definição de Diagnósticos de Enfermagem - DE e elaboração de um Plano de Cuidados -



PC, permitindo a documentação da prática e favorecendo a sistematização de informações sobre o estado de saúde das usuárias (CATAFESTA, et al, 2015).

O enfermeiro deve transmitir confiança e tranquilidade à paciente, de forma que consiga expressar sentir-se bem e realizada. Essa satisfação quanto à realização do exame do Papanicolau, como o atendimento às suas necessidades básicas, deve ser o objetivo a ser perseguido pelo enfermeiro junto às suas pacientes (HORTA, 1979; FRIGATO & HOGA, 2003; PEREIRA, J. S; et al, 2012).

O Histórico de Enfermagem deve ser realizado levando em consideração a história clínica pregressa e atual da paciente, idade de sua menarca, data da última menstruação, paridade (quantidade e tipos) e abortamento, queixas clínicas, especialmente sangramento vaginal anormal, período de climatério e a menopausa, o uso de anticoncepcionais orais ou injetáveis e tipo e forma de planejamento familiar, data do último exame preventivo, resultados de exames citopatológicos e histopatológicos do colo/vagina prévios, procedimentos terapêuticos anteriores, como cauterização, cirurgia, quimio e/ou radioterapia (BRASIL, 2003, 2016).

Os principais pontos a ser registrado para dar seguimento ao acompanhamento pela equipe de saúde são: a presença ou ausência do colo; direção (centralizado, lateralizado a direita ou à esquerda); se está friável ao toque, com sangramento ou se está epistolizado; deve anotar a cor do fluxo vaginal, por exemplo: translúcido, marrom, verde, como também a consistência, o aspecto e quantidade; se há presença do odor ou não; o aspecto da mucosa externa também deve ser anotado (BRASIL, 2003, 2016).

## REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. [citado

- 2018 Ago 28]. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf)>. [ Links ]
- 2 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Incidência do câncer de colo do útero cai em dez anos. Brasília (DF): INCA; Coordenação de Prevenção e Vigilância; 2017. [citado 2018 Ago 28]. Disponível em:  
<<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/11/incidencia-do-cancer-de-colo-do-uterio-cai-em-dez-anos>>. [ Links ]
  - 3 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Colo de Útero: Detecção Precoce. Brasília (DF): INCA; Coordenação de Prevenção e Vigilância; 2017. [citado 2017 Jun 07]. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce)>. [ Links ]
  - 4 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Brasília (DF): INCA; Coordenação de Prevenção e Vigilância; 2017. [citado 2018 Jun 30]. Disponível em:  
<<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>>. [ Links ]
  - 5 Melo, MCSC; *et al.* O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. *Rev. bras. cancerol*, 2012; 58(3), 389-398. [citado 2018 Jan 20] Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/08\\_artigo\\_enfermeiro\\_prevencao\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_cotidiano\\_atencao\\_primaria.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterio_cotidiano_atencao_primaria.pdf)>. [ Links ]
  - 6 Puggina, C C; *et al.* Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. *Espaço para Saúde*, 2016; 16(4), 87-97. [citado 2019 Ago 28]. Disponível em:  
<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-834523>>. [ Links ]
  - 7 Morán, J. Mudando a educação com metodologias ativas. *Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens*, 2015; 2(1), 15-33. [citado 2019 Ago 28]. Disponível em:<[http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/mudando\\_moran.pdf](http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/mudando_moran.pdf)>. [ Links ]
  - 8 Castro, T C. Técnica de gamificação aplicada à formação de competências em informática em enfermagem. UFPR; Curitiba (PR), 2017. [citado 2019

- Ago 28]. Disponível em:  
<<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/45464>>. [ Links ]
- 9 Catafesta, G; Klein, DP; Canever, BP; Lazzari, DD & da Silva, EF. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2015; 22(1), 85-90. doi:  
<https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.1.2015.32> . [ Links ]
  - 10 Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670p. [citado 2017 Jun 07]. Disponível em: <  
<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=irZwDwAAQBAJ&oi=fn&pg=PT6&dq=Fundamentos+de+pesquisa+em+enfermagem:+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+evid%C3%A2ncias+para+a+pr%C3%A1tica+da+enfermagem.+7.+ed.+Porto+Alegre:+Artmed,+2011.+670p.+&ots=hNnbqUcVU1&sig=S6X8Um-ZRgC-Srd1XLrQNLbAuEc#v=onepage&q&f=false>> . [ Links ]
  - 11 Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Ergonomia da interação humano-sistema — Métodos de usabilidade que apoiam o projeto centrado no usuário. ISO/TR 16982:2014. Rio de Janeiro (RJ), 2014. [citado 2018 Jan 20] Disponível em: <<http://www.abntcatalogo.com.br/>>. [ Links ]
  - 12 de Oliveira Lopes, M V, da Silva, VM, & de Araujo, TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2013; 66(5), 649-655. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>. [ Links ]
  - 13 Alexandre, NMC., & Coluci, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2011; 16(7), 3061-3068. [citado 2018 Ago 28]. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. [ Links ]
  - 14 Marques, JBV., & de Freitas, D. The delphi method: characterization and potentialities for educational research. *Pro-Posições*, 2018; 29(2), 389. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>. [ Links ]
  - 15 Salvador PTCO, dos Santos MCM, Fortes VA, Ferreira Júnior MA, Fernandes MID, Martins JCA et al . Validação de objeto virtual de aprendizagem para apoio ao ensino da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista*

- Brasileira de Enfermagem. 2018; 71(1): 11-9. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0537>. [ Links ]
- 16 COSTA, Isabel Karolyne Fernandes et al. Construção e validação de Curso de Suporte Básico de Vida a distância. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0122>. [ Links ]
  - 17 Goyatá, Sueli Leiko Takamatsu et al. Teaching the nursing process to undergraduates with the support of computer technology. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012; 25(2), p. 243-248. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200014>. [ Links ]
  - 18 Junior, Juarez Coimbra Ormonde; DE OLIVEIRA, Larrisa Danieli; DE SÁ, Rosiély Maria. Fatores de adesão e não adesão das mulheres ao exame colpocitológico. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 2015; n. 1, p. 184-200. [citado 2019 Ago 29]. Disponível em:  
<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5556137>>. [ Links ]
  - 19 GHEZZI, Joyce Fernanda Soares Albino et al. Metodologias de aprendizagem ativa e a formação do enfermeiro com pensamento crítico: revisão integrativa da literatura. *CIAIQ2019*; 2019; 1, p. 478-487. [citado 2019 Ago 29]. Disponível em:  
<<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2186>>. [ Links ]
  - 20 De Oliveira Silva, NS, Dos Santos Barros, EC, & Baracho Lotti, RC. Conhecimento, Atitude e Prática do Exame Papanicolau. *Journal of Health Connections*, 2018; 6(5). doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400024>. [ Links ]
  - 21 Pacheco, ADS. Avaliação dos desfechos de resultados dos exames de Papanicolau realizados em uma Unidade Básica de Saúde, 2018. [citado 2019 Ago 29]. Disponível em:  
<<http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/handle/riuea/1023>>. [ Links ]
  - 22 Oliveira, J. F. G. Análise espacial dos indicadores de câncer de colo de útero, 2019. [citado 2019 Ago 29]. Disponível em:  
<<http://bdm.ufpa.br/jspui/handle/prefix/1379>>. [ Links ]

- 23 Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) Indicadores e Dados Básicos – Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019. [citado 2019 Ago 28]. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siscol-o-sismama>>. [ Links ]

## Realização:



## Apoio:

