

AVALIAÇÃO DOS LAUDOS CITOPATOLÓGICOS DE MULHERES ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

EVALUATION OF CYTOPATHOLOGY FINDINGS IN WOMEN ATTENDED AT A GYNECOLOGY NURSING SERVICE

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS CITOPATOLÓGICOS DE MUJERES ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE ENFERMERIA GINECOLÓGICA

Nilza Maria de Abreu Leitão¹

Ana Karina Bezerra Pinheiro²

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos³

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos⁴

Rianna Nargilla Silva Nobre⁵

RESUMO

O exame citopatológico é usado como método de rastreamento para detectar lesões precursoras do câncer de colo uterino. O profissional enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, realiza a coleta do material citológico, o que o torna responsável pela qualidade do material coletado e por fatores que influenciam no seu laudo. Objetivou-se, com esta pesquisa, avaliar os laudos citopatológicos das mulheres atendidas no serviço de ginecologia do Centro de Parto Natural. Realizou-se pesquisa descritiva, documental retrospectiva, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta de 194 prontuários, à qual se aplicou formulário estruturado contendo questões fechadas. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos. A maioria das mulheres (44,4%) tinha idade superior a 30 anos; 51,6% realizavam o exame preventivo frequentemente; 44,9% iniciaram a vida sexual entre 16-19 anos; 20,1% não usavam método contraceptivo; e a porcentagem equivalente usava como método o contraceptivo oral. A queixa ginecológica mais referida foi o corrimento branco. A maioria dos exames realizados foi considerada satisfatória (72,2%), o diagnóstico metaplasia escamosa com inflamação se sobrepôs e *Gardnerella vaginalis* (28,3%) foi o agente etiológico mais prevalente. As alterações celulares de significado indeterminado representaram 3,0% dos exames. Concluiu-se que o perfil sexual traçado foi considerado preocupante dada a presença dos fatores de risco para o surgimento de lesões precursoras para o câncer. A adequabilidade da amostra do material colhido, considerada satisfatória neste estudo, é de suma importância para o êxito do diagnóstico e tratamento adequado e tem valor como estratégia de diminuir as estatísticas de morbimortalidade do câncer cervical.

Palavras-chave: Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Esfregaço Vaginal; Enfermagem; Ginecologia.

ABSTRACT

The cytopathology test is used for screening precursory lesions of cervical cancer. A professional nurse collects cytological material and is, therefore, responsible for the quality of the sample and for any collecting factors that can alter the results. The objective of this study is to evaluate cytopathology findings in women attended at gynecology service. It was carried out through a retrospective descriptive documental methodology with a quantitative focus. One hundred and ninety one charts were analyzed according to a structured formulary with objective questions. Data was organized in tables and graphics. Most women (44%) were older than 30 years; 51.6% underwent screening test regularly, 44.4% started having sex at the age of 16-19 years; 20.1% used no contraceptive method and the same percentage had an oral contraceptive method. The most common gynecologic complain was about having a white secretion. Most part of the exams (72.2%) was considered efficient. The diagnosis of squamous metaplasia with inflammation was relevant and *Gardnerella vaginalis* was the most prevalent etiological agent (28.3%). Cytological changes of unknown significance were found in 3% of the exams. We conclude that the sexual profile described should be considered alarming since there are risk factors for precursory lesions of cervical cancer. The quality of the sample was considered satisfactory and showed to be an extremely important factor for a successful diagnosis and an adequate treatment. Moreover, the screening test has a strategic value to diminish morbid mortality of cervical cancer.

Key words: Cervix Neoplasms Prevention; Vaginal Smears; Nursing; Gynecology.

RESUMEN

El estudio citopatológico sirve como método de rastreo para detectar lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. El enfermero, a través de una consulta de enfermería, recoge el material citológico por lo cual se vuelve responsable de la calidad del material y de los factores que influyen en su diagnóstico. El objetivo de este trabajo fue evaluar el citodiagnóstico de mujeres atendidas en el servicio de Ginecología del *Centro de Parto Natural*. Se trata de una investigación descriptiva documental retrospectiva desde el enfoque cuantitativo. La muestra se constituye de 194 prontuarios de mujeres que contestaron formularios estructurados con preguntas objetivas. Los datos se organizaron en tablas y gráficos. La mayoría (44,4%) tenía más de 30 años; 51,6% realizaban examen preventivo con frecuencia; 44,9% iniciaron la vida sexual entre los 16 y los 19 años; 20,1% no usaba ningún método anticonceptivo y el porcentaje equivalente anticonceptivos orales. La queja más frecuente fue secreción blanca. El equivalente al 72,2% de los estudios fue satisfactorio; se destacó el diagnóstico metaplasia escamosa con inflamación y el agente que más prevaleció fue *Gardnerella Vaginalis* (28,3%). Las alteraciones celulares con significado indeterminado representaron el 3% de los estudios. Se concluyó que el perfil sexual trazado era preocupante por la presencia de factores de riesgo para que surgieran lesiones precursoras del cáncer. La adecuación de la muestra del material analizado, considerada satisfactoria en este estudio, es de suma importancia para que el diagnóstico y el tratamiento sean exitosos y sirve como estrategia para disminuir las estadísticas de morbimortalidad del cáncer cervical.

Palabras clave: Prevención de Cáncer de Cuello Uterino; Frotis Vaginal; Enfermería; Ginecología.

¹ Enfermeira. Presta assistência em emergência no Hospital São Carlos e em oncologia (quimioterapia) no Oncocentro. Fortaleza-CE.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta III do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF), Fortaleza-CE. E-mail: saiwori@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFC. Bolsista da Capes.

⁵ Enfermeira. Enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF), Quixeramobim-CE.

Endereço para correspondência: Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos: Rua Miguel Gonçalves, casa 139, bairro Montese. CEP 60 420-480. Fortaleza-CE.

INTRODUÇÃO

O exame colpocitológico ou teste de Papanicolaou, entre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer de colo de útero (CCU), sendo uma técnica amplamente investigada e difundida há mais de 40 anos.¹

No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde (MS), prioritariamente para mulheres entre 25 e 59 anos. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse tipo de câncer pode ser alcançada mediante o rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o acompanhamento das pacientes.²

Os laudos colpocitopatológicos dos serviços públicos trazem uma terminologia uniforme baseada no Sistema Bethesda do Instituto Nacional da Saúde dos Estados Unidos, conforme os seguintes aspectos: adequabilidade do material coletado; diagnóstico descritivo das alterações celulares e análise da microbiologia existente. Esses laudos são armazenados no Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (Siscolo), desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e pelo Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA), o que possibilita identificar as mulheres com exames positivos para lesões precursoras e câncer de colo do útero, bem como seu seguimento até o efetivo tratamento. Portanto, os resultados dos laudos citopatológicos e histopatológicos é que definem se a cliente será acompanhada no nível primário, secundário ou terciário da atenção.³

A maioria dos casos de câncer do colo uterino pode ser evitada ou reduzida por meio de rastreamento, desde que a qualidade, a cobertura e o seguimento sejam eficazes. Contudo, poucos são os países em desenvolvimento capazes de sustentar programas de rastreamento citológico efetivos,⁴ sendo estes esporádicos e de baixa qualidade em sua maioria.⁵

O exame citopatológico, ou colpocitologia oncótica (CO), está suscetível a vários fatores que podem interferir no seu aproveitamento. Os principais se devem à amostra celular insuficiente, à preparação inadequada dos esfregaços, à leitura inadequada das lâminas, à ausência de controle de qualidade dos laboratórios de citopatologia, à interpretação inadequada dos achados citológicos e ao seguimento inadequado das mulheres com esfregaços alterados.⁶

Dentre os fatores citados como limitadores do efetivo potencial de rastreamento da colpocitologia oncótica, observa-se que a amostra celular insuficiente, a preparação inadequada dos esfregaços e o seguimento inadequado das mulheres com esfregaços alterados estão intimamente relacionados com os profissionais

que realizam a coleta do material e entregam o resultado à paciente.

Considerando que o profissional enfermeiro faz parte da equipe de profissionais que realizam a coleta do exame citopatológico, faz-se necessário avaliar o trabalho executado por ele, a fim de identificar possíveis fatores que possam interferir no resultado dos laudos. A consulta de enfermagem é regulamentada pela Lei nº 7.498/86 do exercício profissional da enfermagem e a coleta do material para exame citológico é permitida por meio do Parecer Técnico nº 040/1995, do MS.⁷

Várias medidas adotadas diminuem o risco do resultado do exame ser falso-negativo – por exemplo, a atuação de profissionais de saúde capacitados e a existência de serviços eficientes, bem como a correta colheita da citologia oncótica. O resultado do exame falso-negativo é preocupante, pois a não-detecção das lesões precursoras para o câncer de colo uterino poderá aumentar o índice de morbimortalidade desta doença.

Diante de tal problemática, justifica-se a importância da avaliação dos laudos citopatológicos como fator relevante, uma vez que uma colheita citológica correta leva a resultados mais fidedignos, e esses, por sua vez, irão nortear a adoção de uma conduta terapêutica adequada. Com isso, objetivou-se avaliar os laudos citopatológicos das mulheres atendidas no serviço de enfermagem em ginecologia do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa, vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC).

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado por meio de pesquisa documental. A amostragem foi do tipo não probabilística intencional. Esse método permite ao pesquisador decidir selecionar, propositadamente, a maior variedade possível de respondentes ou escolher sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão ou particularmente conhecedores do assunto em estudo.⁸

O universo do estudo foi composto pelo total de prontuários de mulheres atendidas de janeiro a junho de 2006, da qual fizeram parte da amostra 194 prontuários, havendo perda de uma pequena parcela desses, dada a falta de descrição da consulta de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPNLBC), órgão pertencente à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, localizado no município de Fortaleza-CE. Essa instituição funciona em nível de atenção primária, onde são realizados serviços de assistência pré-natal e o exame de Papanicolaou por acadêmicos de enfermagem, sob a supervisão de enfermeiros docentes. O estudo citopatológico dos exames coletados é realizado no serviço de patologia cervical da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Em seguida, retornam à casa de parto e são entregues às pacientes.

Utilizou-se como técnica para a coleta dos dados a aplicação de um formulário estruturado, contendo questões fechadas sobre dados de identificação, antecedentes gineco-obstétricos, queixa principal, sexualidade, prática da coleta citológica e resultado do exame citopatológico (adequabilidade do material, diagnóstico, microbiologia e alterações celulares), que possibilitou a coleta dos dados com base nos prontuários.

Os dados foram coletados durante o mês de novembro de 2006 e, em seguida, organizados e armazenados em banco de dados, sendo avaliadas as frequências e os percentuais estatísticos. As variáveis dependentes e independentes passaram por análise estratificada à luz da literatura.

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, tendo recebido aprovação sob o Parecer de nº. 315/05.

Solicitou-se autorização formal à diretoria da instituição de saúde onde foi desenvolvida a pesquisa, informando os objetivos e relevância dela para a população e para a instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do perfil

Com base no prontuário de 194 mulheres que compuseram a amostra deste estudo, observou-se que 86 (44,4%) tinham idade superior a 30 anos; 52 (26,8%) estavam entre 20 e 25 anos; 28 (14,4%) entre 16 e 19 anos; 24 (12,4%) entre 26 e 30 anos e 4 (2,0%) tinham entre 10 e 15 anos. Mais da metade das mulheres (51,6%) realizou o exame de prevenção anteriormente, sendo que 53 (53%) o realizaram com intervalo menor que dois anos.

Em 1998, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu que a faixa etária das mulheres que teriam de se submeter à realização do exame para detecção precoce do câncer de colo deveria ser entre 25 e 60 anos ou antes dessa faixa etária, caso já tivessem iniciado atividade sexual.⁹ Inicialmente, esse exame deve ser feito todo ano, porém, se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos.¹⁰

A justificativa para a priorização dessa faixa etária nos programas de rastreamento do câncer cervical é baseada em estudos que mostram que rastrear mulheres muito jovens não teria impacto na redução da incidência desse tipo de câncer, visto que, nesse grupo populacional, as lesões predominantes são de baixo grau e mais da metade regredem espontaneamente entre seis e dezoito meses.¹¹

A cobertura de realização do exame citopatológico do colo uterino na instituição pesquisada teve maior percentual entre mulheres acima de 30 anos, que constituem a população-alvo do programa de combate ao câncer cervical. O intervalo de realização dos exames aconteceu, na maioria dos casos, no período preconizado pelo MS.

No Brasil, observa-se que a maior parte dos exames preventivos para o câncer de colo é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para cuidados relativos à natalidade. Isso leva a subaproveitar a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco.¹²

O câncer cervical raramente afeta as mulheres com menos de 30 anos de idade, sendo mais freqüente nas mulheres com mais de 40 anos. O número mais elevado de falecimentos é registrado nas quinquagenárias e sexagenárias.¹³ Isso se deve ao longo período de evolução da doença, com infecção inicial pelo HPV nas primeiras atividades sexuais, na adolescência ou até por volta dos 20 anos, levando ao aparecimento do câncer. Esse quadro, porém, vem se modificando aos poucos e o aparecimento das lesões precursoras está ocorrendo cada vez mais precoce, dada a iniciação cada vez mais antecipada das atividades sexuais associada aos demais fatores de risco.¹⁴

O início da atividade sexual ocorreu mais comumente entre o intervalo de 16 a 19 anos de idade (44,9%), seguido pelos de 10 a 15 anos (30,4%) e 20 a 25 anos (15,7%). Somente 3 (1,5%) mulheres iniciaram atividade sexual após os 25 anos. Cinco (2,5%) mulheres eram virgens e em 10 (5%) prontuários não constava a idade da primeira relação sexual.

Em geral, as mulheres iniciam a atividade sexual entre 15 e 19 anos, contudo há uma ligeira tendência de mulheres que apresentam lesões por HPV terem iniciado atividades sexuais antes dos 14 anos.¹⁵

A precocidade das relações sexuais e da gravidez são fatores de risco para o câncer cervical, talvez porque, na adolescência, a metaplasia se intensifica, e o coito aumenta a probabilidade de transformação atípica.¹⁶ Neste estudo, o fator de risco precocidade das relações sexuais esteve presente em 75,3% das mulheres e um número irrisório de mulheres (1,5%) iniciou atividade sexual na idade adulta, a partir de 25 anos, o que revela uma tendência da sociedade atual de iniciação precoce da atividade sexual, favorecendo o surgimento desse tipo de câncer.

Entre os métodos contraceptivos mais citados estavam: anticoncepcional oral (20,1%), preservativo masculino (16,2%), laqueadura tubária (13,7%), dispositivo intra-uterino (6,4%), anticoncepcional injetável (5,9%), coito interrompido e tabela (0,5%). Em relação ao tipo de parceiro sexual, 72 (37%), relataram ter parceiro fixo, 34 (17,6%) parceiro ocasional e em 95 (49%) prontuários não constavam o tipo de parceiro. História de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) foi relatada por 39 (20,1%) mulheres.

O uso de preservativos, masculinos e femininos, por pessoas sexualmente ativas é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis, mesmo que se tenha parceiro único.¹² Já o uso de anticoncepcionais orais por período prolongado é considerado um fator de risco para

o câncer de colo, como revelou estudo realizado com 422 mulheres portadoras de carcinoma *in situ*, o qual verificou que o uso de contraceptivos orais aumentou em quatro vezes o risco para o referido câncer.¹⁷

Diferente de outras neoplasias malignas ginecológicas de alta prevalência, como o carcinoma ductal mamário e adenocarcinoma do endométrio, o câncer escamoso cervical tradicionalmente não tem sido considerado como hormônio-dependente. Entretanto, hormônios esteróides na forma de contraceptivos orais comumente administrados durante a fase reprodutiva parecem aumentar a atividade transformadora dos oncogenes do HPV e interferir na resolução eficiente de lesões causadas pelo vírus na cérvix de mulheres jovens.^{18,19}

Embora 20,1% das mulheres fossem usuárias de anticoncepcionais orais e apenas 16,2% tenham referido que usavam preservativo, somente cinco mulheres apresentaram citologia alterada neste estudo; todavia, 39 relataram história de DST. Com isso, pôde-se inferir que tais fatores de risco estão repercutindo vagamente na alteração da citologia atual, no entanto, são fortes fatores que, persistindo, podem contribuir de forma mais intensa nas prováveis alterações futuras.

No que se refere aos fatores de risco clínicos ou epidemiológicos, pode-se afirmar que, em geral, o câncer cervical mostra incidência mais alta em populações urbanas, em classes sociais mais baixas, em países em desenvolvimento, em mulheres negras americanas, em não virgens, em viúvas e divorciadas, em múltiparas, em mulheres cuja primeira gravidez ocorreu em idade jovem, naquelas que tiveram relação sexual precoce, nas mulheres promíscuas e nas que tiveram ou têm alguma DST.¹⁴

O número de mulheres que referiram parceiro fixo foi de 37%, o que não quer dizer que elas não estão expostas a contrair infecções de seus parceiros. Um estudo realizado sobre os fatores de risco para o câncer de colo em mulheres com lesões cervicais por HPV mostrou que 60,0% eram casadas ou viviam em união consensual, tinham um parceiro fixo, porém eram portadoras de lesões cervicais. Esse fato indica que tal união conjugal pode conduzir as esposas à maior exposição, principalmente às doenças infecciosas do trato genital transmitidas por relação sexual, pois muitas vezes confiam na fidelidade de seus companheiros e não utilizam nenhum método de prevenção.¹⁵

O perfil sociodemográfico e ginecológico das pacientes apreendido nos seus respectivos prontuários tem se mostrado de grande valor para a realização de associação entre as alterações cervicais, o conhecimento dos fatores de risco mais presentes na clientela, a elaboração de estratégias educativas e as reformulações na dinâmica do serviço e atendimento.

Em relação aos motivos apresentados pelas mulheres para a realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino nesta pesquisa, apenas 78 (28,4%) informaram que era um exame de rotina para prevenir o câncer e que não tinham queixas. As 196 (71,6%) mulheres restantes

referiram outros motivos que não prevenir o câncer de colo uterino. A distribuição das quatro principais queixas se deu, em ordem decrescente, da seguinte forma: leucorréia (35,2%), dor pélvica (22,4%), prurido (15,8%) e dispareunia (10,2%) (GRAF. 1).

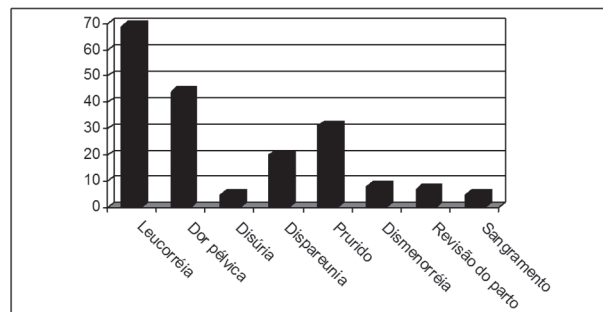


GRÁFICO 1 – Distribuição das mulheres segundo os motivos para realização do exame citopatológico. Fortaleza, novembro de 2006

Fonte: Dados referentes à pesquisa realizada. Fortaleza, 2006.

Pesquisa realizada no interior do Ceará em um serviço de prevenção do câncer cervical com 141 mulheres mostrou que o motivo que mais sobressaiu, com 80 citações, para a busca da consulta a fim de realizar o exame de Papanicolaou, foi o da apresentação de alguma queixa ginecológica (corrimento vaginal, prurido, nódulo mamário, dentre outros), seguida da busca de anticoncepcionais (n=36) e prevenção do câncer de colo (n=20).²⁰

As queixas citadas neste estudo são indicativas de vulvovaginite, definida como uma manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice). Como exemplos temos a candidíase, a vaginose bacteriana por *Gardnerella vaginalis* e a tricomoníase.¹²

A vulvovaginite é um dos problemas ginecológicos mais comuns e incomodativos que afetam a saúde da mulher e representa cerca de 70% das queixas em consultas ginecológicas. Nem sempre a queixa “corrimento” corresponderá ao diagnóstico comprovado de infecção do trato genital inferior. Porém, a anamnese dirigida e específica para os casos com queixa de corrimento, associada ou não ao resultado do exame preventivo, fornece informações suficientes para seleção de pacientes com real necessidade de tratamento.¹¹

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o MS, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, têm preconizado o manejo sindrômico do fluxo genital em nível primário de atendimento. Tal situação decorre da importância de identificar e tratar as cervicites como forma de prevenção da doença inflamatória pélvica (DIP) e de outras complicações como endometrites e celulites.²¹

A etiologia das endocervicites está relacionada à *Neisseria gonorrhoeae* e à *Chlamydia trachomatis*.

Embora a infecção seja assintomática em 70%-80% dos casos, a mulher portadora de cervicite poderá vir a ter sérias complicações se não for tratada. Uma cervicite prolongada, sem o tratamento adequado, pode-se estender ao endométrio e às trompas, causando a DIP, sendo a esterilidade, a gravidez ectópica e a dor pélvica crônica as principais seqüelas. Por isso, é importante, como rotina, a verificação da presença de fatores de risco – escore de risco –, mediante a realização da anamnese e do exame ginecológico atento em todas as mulheres que procurarem o serviço ginecológico por qualquer motivo. Alguns sintomas genitais leves, como corrimento vaginal, dispareunia – dor/desconforto na relação sexual ou disúria –, dor/dificuldade ao urinar podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta.¹²

Análise dos laudos citopatológicos

Observa-se que na maioria (72,2%) dos laudos citopatológicos que a adequabilidade do material coletado foi classificada como satisfatória, ou seja, o material continha células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, permitindo uma conclusão diagnóstica. Nenhuma amostra de material foi considerada insatisfatória.

Entretanto, 25,8% dos laudos citopatológicos foram considerados satisfatórios, mas limitados pela ausência de células endocervicais. A presença dessas células, representativas da JEC, tem sido considerada como indicador de qualidade do exame, pelo fato de se originarem do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.¹²

No formulário de coleta para a pesquisa, considerou-se a nomenclatura até então utilizada pelo laboratório que realiza a análise dos laudos da instituição pesquisada, classificando a adequabilidade da amostra como: satisfatória; satisfatória, mas limitada e insatisfatória.

Em contrapartida, a nova Nomenclatura Brasileira do Exame Preventivo Ginecológico, lançada em 2006 pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), estabelece que a adequabilidade da amostra deve ser classificada num sistema binário, satisfatório ou insatisfatório, sendo a expressão “satisfatório, mas limitado” abolida. Se a amostra for prejudicada, deve ser considerada insatisfatória.

No que se refere aos achados descritos nos laudos dos exames citopatológicos (TAB. 1), não houve amostra insatisfatória, no entanto, 50 (25,8%) lâminas foram colhidas sem a presença das células endocervicais e apenas 4 (2%) tiveram sua análise limitada pela presença de sangue no esfregaço. Quanto às afecções registradas nos resultados dos exames, destaca-se que em 181 (93,3%) constatou-se a presença de processo inflamatório.

TABELA 1 – Distribuição das mulheres quanto aos achados presentes nos laudos citopatológicos. Fortaleza – novembro de 2006

VARIÁVEIS	N (194)	%
ADEQUABILIDADE DO MATERIAL		
Satisfatória	140	72,2
Satisfatória, mas limitada pela ausência de células endocervicais	50	25,8
Satisfatória, mas limitada pela presença de sangue	4	2,0
DIAGNÓSTICO DESCRITIVO		
Nos limites da normalidade	5	2,6
Inflamação	181	93,3
Leve	62	34,2
Moderada	85	47,0
Acentuada	34	18,8
Atrofia com inflamação	8	4,1

Fonte: Dados referentes à pesquisa realizada. Fortaleza, 2006.

A questão da adequabilidade da amostra vem, ao longo do tempo, suscitando inúmeros questionamentos e modificações, dado seu caráter de matéria conflitante e de difícil conceituação plenamente aceitável. A disposição em um sistema binário (satisfatória vs. insatisfatória) melhor caracteriza a definição da visão microscópica da colheita. No atual Sistema Bethesda, a adequabilidade da amostra também está colocada nesses dois parâmetros, sendo que a caracterização da junção escamocolunar (JEC) faz parte dessa definição.¹²

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção, tem sido considerada como indicador de qualidade do exame, pelo fato de se originarem do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres de colo uterino. É muito importante que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da junção escamocolunar nos esfregaços cérvico-vaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer de colo.¹²

Na pesquisa, verificou-se que aproximadamente 25% da amostra foi limitada pela ausência de células endocervicais, o que leva a refletir sobre a adequada coleta da amostra por parte dos alunos. Percebe-se no cotidiano que, algumas vezes, os alunos têm dificuldade em encontrar o colo do útero e, por isso, acabam não coletando o material da junção escamocolunar. Propõe-se maior supervisão por parte dos docentes do curso em questão no momento da coleta, com vista a garantir o aprendizado adequado do aluno na coleta do exame e a realização de uma coleta de qualidade.

Antes do início da coleta para o exame citopatológico, deve-se sempre perguntar à mulher se está grávida ou se há suspeita de gravidez. Caso afirmativo, não se deve

colher o material da endocérvice. Para a realização do exame preventivo do colo do útero a fim de garantir a qualidade dos resultados, recomenda-se que esse exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação. Somente em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada.²²

Por vezes, em decorrência do déficit de estrogênio, ocorre que a visibilização da junção e da endocérvice pode encontrar-se prejudicada, assim como pode haver dificuldades no diagnóstico citopatológico por causa da atrofia do epitélio.²²

Os *Lactobacillus sp.* estiveram presentes na maioria dos laudos microbiológicos (38,2%), seguidos pela *Gardnerella vaginalis* (28,3%), cocos e bacilos (24,8%), *Cândida sp.* (7,7%) e *Trichomonas vaginalis* (0,5%) (GRAF. 2).

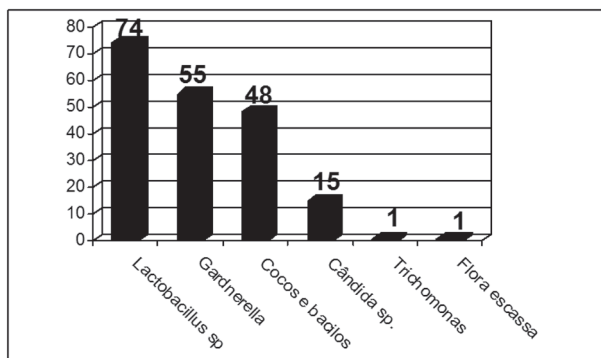


GRÁFICO 2 – Distribuição das mulheres quanto ao resultado do laudo microbiológico. Fortaleza, novembro de 2006

Fonte: Dados referentes à pesquisa realizada. Fortaleza – 2006.

Os resultados como *Lactobacillus sp.*, cocos e bacilos são considerados achados normais, fazem parte da flora vaginal e não caracterizam infecção. Considerando-se os microorganismos que causam infecção, a presença de *Gardnerella vaginalis* e da *Candida sp.*, ambas são classificadas como vulvovaginites. A *Gardnerella vaginalis* é uma bactéria encontrada em baixa concentração na microbiota vaginal, sem causar-lhe danos. Entretanto, alguns fatores podem desencadear o processo inflamatório, alterando o equilíbrio biológico.

Alterações da flora vaginal sugestiva de vaginose bacteriana ocorrem com frequência significativamente maior entre as mulheres com anormalidades citológicas cervicais em comparação com aquelas cuja citologia cervical é normal. Há, também, associação significativa entre DNA de HPV e flora indicativa de vaginose bacteriana. Assim, vem sendo sugerido que a vaginose bacteriana também poderia ter papel importante no desenvolvimento da neoplasia intra-epitelial (NIC) em decorrência de nitrosaminas oncogênicas produzidas

pelas bactérias anaeróbicas e, ainda, do estímulo para a produção de citocinas, como a interleucina 1 beta.²³

A candidíase é uma infecção fúngica que habita a mucosa vaginal e cresce quando o meio se torna favorável para o desenvolvimento dela. A relação sexual não é considerada a principal forma de transmissão, visto que o microorganismo faz parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. Os fatores predisponentes estão relacionados com a imunossupressão, gestação, uso de antibióticos, dosagem de anticoncepcional oral e os hábitos de higiene e vestuário inadequados.¹²

A candidíase, de acordo com a abordagem síndrome das queixas ginecológicas do MS, está inserida na síndrome corrimento vaginal. O *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis* (DSTs), criado pelo MS contém os fluxogramas com protocolos para o tratamento das diversas manifestações clínicas.

Somente 5 (3%) laudos apresentaram alterações celulares, as quais foram diagnosticadas: atipias escamosas de significado indeterminado (ASCUS) (n=2), papilomavírus humano (HPV) com NIC I (n=2) e ASCUS com NIC III (n=1) (GRAF. 3).

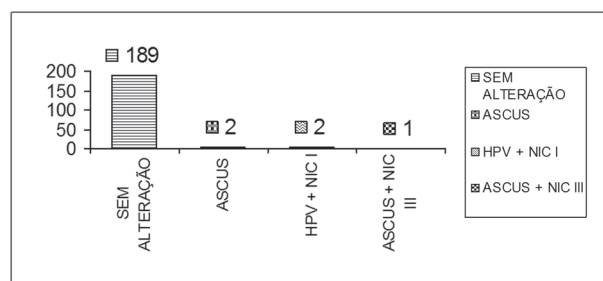


GRÁFICO 3 – Distribuição das mulheres quanto à presença e tipo de alteração celular. Fortaleza, novembro de 2006

Fonte: Dados referentes à pesquisa realizada. Fortaleza – 2006.

Atipias de significado indeterminado em células escamosas (Ascus) ou Atipias de significado indeterminado em células glandulares (Agus) correspondem a diagnósticos com alterações epiteliais de significado incerto e que precisam de melhor investigação. Entretanto, com a nova nomenclatura, essas células atípicas de significado indeterminado são consideradas, possivelmente, não neoplásicas, porém, não afastando a possibilidade de lesão intra-epitelial (LIE) de alto grau.

Vale salientar que um dos diagnósticos de atipias de significado indeterminado em células escamosas sugeriu provável lesão de alto grau, e esse diagnóstico confere um risco de neoplasia intra-epitelial cervical – NIC II e NIC III alto (24% a 94%). As pacientes com atipias em seus resultados citológicos podem apresentar de 9% a 54% dos casos NIC II ou III, 0% a 8% adenocarcinoma *in situ* e 1% a 9% adenocarcinoma invasor no exame histopatológico, considerado padrão ouro no diagnóstico dessa patologia.²³

Todos os profissionais que atuam na atenção básica realizando a coleta do material para o exame citopatológico devem ser conscientes de sua responsabilidade na execução dessa atividade, uma vez que a técnica correta é imprescindível para um diagnóstico correto, preciso e para nortear a terapêutica a ser adotada.

Em estudo realizado sobre o uso do ácido acético no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, comparou-se o desempenho dos profissionais enfermeiro e médico, considerando ambos aptos para a realização do teste com inspeção visual com ácido acético a 5%, bem como para a colheita do material cervical. Nesse estudo, concluiu-se que o enfermeiro é tão capaz quanto o médico de identificar lesões precursoras do câncer cervical por meio da inspeção visual com ácido acético a 5%, enfatizando que a eficiência do exame depende da experiência e do treinamento de quem o faz, e não de sua categoria profissional.²⁴

CONCLUSÃO

A amostra deste estudo se encontrava na faixa etária (25-60 anos) preconizada pelo MS para a realização do exame citopatológico, como também estava com intervalo de realização do exame adequado, em torno de três anos. A maioria, porém, informou queixas ginecológicas referentes à vulvovaginites nas consultas, assim como apresentou perfil sexual preocupante, com predominante início sexual precoce e sem o devido uso do preservativo, evidenciando um risco aumentado para o surgimento de lesões precursoras e para o câncer propriamente dito.

Considera-se importante a ampla abordagem sobre o câncer do colo do útero, destacando-se a promoção, a detecção precoce, os procedimentos de coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero, o diagnóstico, o tratamento e a responsabilidade de todos os profissionais envolvidos no atendimento. Cabe ao

enfermeiro, em especial, a realização da promoção da saúde em todos os níveis e o incentivo à mulher para a adoção de hábitos saudáveis de vida, reduzindo a exposição aos fatores de risco conhecidos.

Sabe-se que fatores relacionados às ações de prevenção do câncer cérvico-uterino são passíveis de interferências, podendo comprometer, assim, a saúde da mulher.

A adequabilidade da amostra do material coletado foi considerada largamente satisfatória, comprovando que a técnica da colheita e seu envio para o laboratório de patologia estavam sendo realizados de forma correta e efetiva pelos profissionais da instituição. A adequabilidade da coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico.

Apesar de nenhuma amostra ter sido considerada insatisfatória, algumas lâminas foram consideradas com ausência de células endocervicais, portanto, insatisfatórias de acordo com a nova nomenclatura. É preciso avaliar de forma mais precisa a realização da técnica de coleta citológica, inserida na consulta de enfermagem, a fim de identificar os motivos que estariam causando tal adequabilidade.

Conclui-se, portanto, que os laudos citopatológicos avaliados no serviço de ginecologia do Centro de Parto Natural apresentaram características satisfatórias, com resultados de acordo com as estatísticas observadas na literatura; entretanto, com a mudança para a nova nomenclatura, é preciso um estudo mais detalhado sobre a técnica da coleta do material citológico, visto que as amostras podem ser consideradas insatisfatórias.

Acredita-se que o estudo tenha atingido seu objetivo proposto e espera-se que essa avaliação possa contribuir para a melhoria do serviço executado naquela instituição, proporcionando fundamentos para maior empenho por parte dos docentes e discentes na realização de uma consulta de enfermagem de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Pinho AA, França Júnior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2003 jan/mar; 3(1):34-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
3. Ceará. Secretaria de Saúde. Saúde reprodutiva e sexual: um manual para atenção secundária. Fortaleza: SESA-CE; 2002.
4. Gontijo RC, Derchain Sophie FM, Roteli-Martins C, Sarian LOZ, Bragança JF, Zeferino LC, et al. Avaliação de métodos alternativos à citologia no rastreamento de lesões cervicais: detecção de DNA-HPV e inspeção visual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004 maio; 26(4):269-75.
5. Leal EAS, Leal Júnior OS, Guimarães MH, Vitoriano MN, Nascimento TL, Costa OLN. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco-Acre. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003 mar; 25(2):81-6.
6. Lapin GA, Derchain SFM, Tambascia J. Comparação entre a colpocitologia oncológica de encaminhamento e a gravidade das lesões cervicais intra-epiteliais. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(2):120-5.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer técnico Nº 040/1995, prevenção de câncer cérvico uterino e atuação do enfermeiro na coleta do material para exame citológico. Rio de Janeiro, 2006. [Citado em 2006 dez 10]. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/legisl.asp>
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer de colo do útero: normas e recomendações do Instituto Nacional do Câncer. *Rev Bras Cancerol.* 2002; 48(1):130-55.

- 10.** Brasil. Ministério da Saúde. Câncer de colo do útero. [Citado em 2007 abril 15] Disponível em: http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/dicas/45cancer_colo.html
- 11.** Soost HJ, Lange HJ, Lehmacher W, Ruffing-Krellmann B. The validation of cervical cytology: sensitivity, specificity and predictive values. *Acta Cytol.* 1991; 35:8-13.
- 12.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 13.** Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Washington: OPAS; 2007.
- 14.** Bezerra SJS, Gonçalves PC, Franco ES, Pinheiro AKB. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2005; 17(2):143-8.
- 15.** Gomes FAM. Fatores associados à infecção clínica e subclínica do trato genital feminino pelo papiloma vírus humano. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2003; 15(1):16-22.
- 16.** Pessini SA, Silveira GPG. Câncer genital feminino. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, colaboradores. *Medicina ambulatorial.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 17.** Pinto AP, Tulio S, Cruz OR. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. *R Assoc Med Bras.* 2002; 48(1):73-8.
- 18.** Silva TT, Guimarães ML, Barbosa MIC, Pinheiro MFG, Maia AF. Identificação de tipos de papilomavírus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical. *Re. Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(5):285-91.
- 19.** Andrade SM, Silva DW, Soares DA, Turini B, Schneck CA, Lopes MLS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame de Papanicolaou em município do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(1):24-31.
- 20.** Santos MCL, Fernandes AFC, Cavalcante PP. Consulta ginecológica: motivações e conhecimento da mulher sobre a prevenção do câncer do colo do útero. *Rev RENE.* 2004 jan/jun; 5(1):22-6.
- 21.** Naud P, Matos JC, Chaves EM, Hammes LS, Stuezyński JV. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire W, Passos EP, editores. *Rotinas em ginecologia.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 22.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.132. *Cadernos de Atenção Básica n. 13.*
- 23.** Lonkey NM, Sadeghi M, Tsadik GW, Petitti D. The clinical significance of the poor correlation of cervical dysplasia and cervical malignancy with referral cytologic results. *J Obstet Gynecol.* 1999; 18(3):560-6.
- 24.** Hyppólito SB. O uso do ácido acético no diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino [tese]. São Paulo(SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Data de submissão: 27/5/2008

Data de aprovação: 5/12/2008