

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

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA
REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO.**

MONISE RAFFAYELLE DUARTE PINTO

Diamantina - Minas Gerais

2012

MONISE RAFFAYELLE DUARTE PINTO

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA
REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO.**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Angela Cristina Labanca de Araújo

Diamantina - Minas Gerais

2012

MONISE RAFFAYELLE DUARTE PINTO

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA
REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO.**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Angela Cristina Labanca de Araújo

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Angela Cristina Labanca de Araújo (orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG/UNA)

Aprovada em Diamantina, em 15 de Setembro de 2012

AGRADECIMENTOS

A Deus por mais essa conquista.

À professora e orientadora, Dr^a. Angela Cristina Labanca de Araújo, pela compreensão, apoio e ainda pelos ensinamentos á distância e pela receptividade e presteza da orientação.

Aos colegas de curso, pelo apoio e coleguismo.

RESUMO

O câncer do colo do útero é a terceira causa de morte em mulheres de países do terceiro mundo e no Brasil é considerado um problema de saúde pública. O exame citopatológico ou Papanicolaou possui grande importância para a prevenção deste câncer, pois tem a característica de detectar a neoplasia em fase incipiente e curável com medidas relativamente simples. O exame consiste de coleta cervical que é realizada sob controle visual, após a colocação de um espécuro vaginal, com espátula de madeira (Ayre), que possui uma extremidade moldada para raspar a ectocérvice em uma amplitude de 360°. Assim, este estudo objetivou realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância do enfermeiro na realização do exame colpocitológico. Usou-se para busca dos artigos a base de dados do Portal Periódicos Capes, além de pesquisa em livros, monografias, dissertações e documentos de órgãos do governo sobre o tema. Os resultados apontaram que o exame realizado pelo enfermeiro, de maneira eficaz, contribui diretamente na prevenção da doença. Além disso, este profissional pode prestar importante contribuição no processo educativo, sendo de sua competência divulgar informações à clientela referentes aos fatores de risco, prevenção e detecção precoce.

Palavras-Chave: Câncer do colo uterino. Enfermeiro. Exame Papanicolaou.

ABSTRACT

The uterus cervix cancer is the third cause of death in women in developing countries. It is considered a public health problem in Brazil. The cervical cytology or Pap test has great importance for the prevention of cancer. This examination detects the cancer at an early stage and it is curable by relatively simple measures. The cervical sample is performed under visual control, after placement of a vaginal speculum. The exfoliated cells are collected with a wooden spatula (Ayre), which has a shaped tip to scrape the ectocervix in a range of 360°. Thus, this study aimed to review literature on the importance of nurses in performing the Pap test. In order to search the articles, it was used the Capes – Portal Periodic database, as well as search in books, monographs, dissertations and documents from government agencies about the subject. The results indicated that the examination by the nurse, effectively contributes directly to disease prevention. In addition, this professional can provide an important contribution in the educational process, and disseminate information within their competence to patients, regarding the risk factors, prevention and early detection.

Keywords: Cervical cancer. Nurse. Pap test.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	8
3	OBJETIVO	9
4	METODOLOGIA	10
5	REFERENCIAL TEÓRICO	11
5.1	O câncer do colo uterino	11
5.2	Magnitude da doença	12
5.3	Exame citopatológico ou Papanicolaou	14
5.4	Técnica	14
5.5	Diagnóstico	16
5.6	Importância da realização do exame	19
5.7	Qualidade das amostras	20
5.8	O papel do profissional de enfermagem na realização do exame	21
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é a terceira causa de morte em mulheres de países do terceiro mundo. No Brasil, representa 10% de todos os tumores malignos incidentes, sendo considerado um problema de saúde pública (BRASIL, 1994, 2000). De acordo com Silveira e Pessini (1993), em regiões pobres e subdesenvolvidas do Brasil, o câncer do colo uterino é o tumor mais frequente chegando a quase 50% das lesões malignas diagnosticadas na mulher.

A doença manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Uma provável explicação para as altas taxas de incidência em países em desenvolvimento seria a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento (BRASIL, 2012).

A prevenção do câncer do colo do útero tem relevância não só pela elevada incidência, mas pelos importantes agravos que poderá ocasionar na mulher, quando diagnosticado e tratado tardiamente (BRASIL, 1996). O exame colpocitológico é um instrumento adequado, prático e barato para o rastreamento deste câncer. A técnica consiste na obtenção de um esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal. Esse exame tem valor tanto para detecção precoce de lesões pré-neoplásicas quanto para o diagnóstico do câncer (LOPEZ, 1998; FERNANDES, NARCHI, 2002). Na maioria dos serviços especializados, o rastreamento da doença por essa técnica tem sido superior a 80% (FERREIRA, ANDRADE, COSTA, 2001).

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da família, deve estar alerta para a captação de mulheres que apresentam maior risco de desenvolver o câncer do colo do útero conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Faz parte deste cuidado a execução correta da técnica de coleta, preenchimento dos dados no momento da solicitação do exame, manutenção, identificação e acondicionamento dos frascos e lâminas, provisão do material, bem como a busca das mulheres, quando presente resultado anormal, encaminhando-as para o tratamento adequado (FONSECA, CHIESA, OLIVEIRA, 1994).

Neste sentido, o profissional de enfermagem tem papel crucial na prevenção e controle da doença. Além de realizar o exame, o profissional pode prestar importante contribuição no processo educativo, sendo de sua competência divulgar informações à clientela referentes aos fatores de risco e ações de prevenção e detecção precoce.

Diante do exposto, este trabalho tem por finalidade oferecer mais subsídio ao enfermeiro na realização do exame colpocitológico.

2 JUSTIFICATIVA

O câncer de colo de útero é o único câncer para o qual se dispõe de tecnologia para prevenção, detecção precoce e tratamento. O enfermeiro torna-se então figura de grande importância na prevenção e controle da doença porque ele é, também, um profissional capacitado para a realização do exame colpocitológico.

O estudo abordou a importância do enfermeiro na realização do exame colpocitológico com o intuito de conhecer a atuação deste profissional podendo contribuir assim na otimização da realização do exame.

3 OBJETIVO

Realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância do enfermeiro na realização do exame colpocitológico.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão de literatura e para tal foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de artigos científicos disponíveis em bases de dados indexadas no Portal Periódicos Capes, livros, monografia, dissertações e documentos de órgãos do governo sobre o tema, em língua portuguesa, inglesa e espanhola com data de publicação até a atualidade.

A pesquisa bibliográfica tem relevância porque um estudo sistematizado desenvolvido a partir de material previamente elaborado por inúmeras fontes científicas, também pode preceder outros tipos de pesquisa, como é o caso do estudo em questão (DUARTE e FURTADO, 2002).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O câncer do colo uterino

O câncer constitui-se de um conjunto de diferentes tipos de doenças de múltiplas causas. As doenças neoplásicas desenvolvem-se progressivamente, a partir de qualquer tecido, quando células normais perdem a sua capacidade funcional, dividindo-se descontroladamente, até produzir uma massa de tecido cancerosa (DE VITA, HELLMAN, ROSEMBERG, 1984).

O câncer do colo do útero leva em média 7 a 10 anos para se desenvolver (MELO, 2006 *apud* YASSOYAMA, 2006). É uma doença que se torna invasiva em um longo processo de evolução clínica, sendo possível sua identificação em sua forma precursora, que, quando descoberta, pode ser tratável e curável (MENDONÇA *et al.*, 2008).

O carcinoma do colo uterino pode ter sua história natural dividida em três diferentes fases: a primeira quando está presente a infecção pelo HPV; a segunda quando existem alterações morfológicas das células epiteliais do colo, chamada de lesão precursora e a última quando a lesão atravessa a membrana basal do epitélio, caracterizada por carcinoma invasivo (ZEFERINO, 2002).

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada e nas neoplasias intraepiteliais esta estratificação fica desordenada (BRASIL, 2002).

Normalmente os carcinomas de células escamosas são queratinizantes e apresentam-se com poucas células, muitas vezes com células isoladas. É típico haver uma variação acentuada no tamanho celular, presença de células caudadas e fusiformes (frequentemente contêm citoplasma denso orangeofílico). Os núcleos variam acentuadamente de tamanho e a membrana nuclear pode apresentar configuração irregular. São mais frequentes em mulheres na faixa etária de 30 a 40 anos (SOLOMON *et al.*, 2002).

Segundo Pinto *et al.* (2002), os fatores de risco relacionados à oncogênese cervical são aqueles documentados experimentalmente e os clínicos ou epidemiológicos. Os fatores imunológicos são aqueles associados com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e os fatores genéticos aqueles associados com o polimorfismo da proteína p53. O tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais são fatores documentados experimentalmente. Dentre os fatores de risco clínicos ou epidemiológicos, destaca-se o início precoce da atividade

sexual, a multiplicidade de parceiros, a baixa escolaridade e renda, a multiparidade e a história de doença sexualmente transmissível.

Uma marcante característica do câncer do colo do útero é a sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2002). No estudo de Harris *et al.* (1980), o nível educacional foi fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino depois de controlado por outros fatores. Os autores revelaram que as mulheres com educação equivalente ao segundo grau mostraram um risco relativo reduzido comparado com aquelas com apenas educação primária.

5.2 Magnitude da doença

Os cânceres encontram-se entre as principais causas de morte nas estatísticas de mortalidade do Brasil ao lado das doenças do aparelho circulatório, das causas externas, das doenças do aparelho respiratório, das afecções do período perinatal e das doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2012).

No Brasil, tem-se a particularidade de dimensões territoriais muito grandes que levam a marcadas diferenças regionais, sejam nos aspectos culturais, sociais e econômicos; seja na ocorrência das patologias e na distribuição dos fatores de risco associados a essas diferenças (BRASIL, 2011a). O Sul e o Sudeste apresentam um perfil epidemiológico do câncer que é similar a alguns países desenvolvidos com maior incidência dos cânceres de mama, próstata e colon e reto. Por outro lado, as regiões Norte e Nordeste apresentam um padrão mais próximo aos países em desenvolvimento, com incidências mais elevadas de tumores geralmente associados a pobreza: colo do útero, estômago e cavidade oral (BRASIL, 2012).

As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o ano de 2012 são válidas também para o ano de 2013 e apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (BRASIL, 2011a).

Eram esperados para o ano de 2011, 236.240 casos novos de câncer para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Estimava-se 18 mil novos casos de câncer do colo uterino e no ano de 2012, esperam-se 17.540 casos novos deste câncer, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).


O câncer do colo uterino apresenta alta incidência em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, ocupa o primeiro lugar em ocorrência, com grande impacto na mortalidade, o que poderia ser minimizado aumentando-se a eficácia da detecção das formas pré-neoplásicas (LIMA, PALMEIRA, CIPOLLOTTI, 2006).

Entre as mulheres, o câncer do colo do útero representa a segunda neoplasia com maior incidência, e a terceira causa de morte, precedida pelo câncer de mama (Figura 1) (PARKIN *et al.*, 2005; BRASIL, 2011a). Em geral, a razão mortalidade/incidência é de 52%, sendo responsável pelo óbito de 275 mil mulheres em 2008. A incidência do câncer do colo do útero manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos (BRASIL, 2011a).

De acordo com dados do INCA (BRASIL, 2011a), o câncer do colo do útero é mais incidente na região Norte do Brasil (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil) ocupa a segunda posição mais frequente; na região Sudeste (15/100 mil), a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição.

As tendências da mortalidade por câncer de colo uterino não tem mostrado variação importante, como observado em muitos estudos relatados por Gamarra (2009). Estes achados permitiram que a autora concluísse que as medidas que vem sendo adotadas não têm conduzido aos resultados esperados, no sentido de alcançarem efeitos positivos sobre a doença no Brasil.

Figura 1. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes nas mulheres estimados para 2012, exceto pele não melanoma.

	Localização primária	casos novos	percentual
Mulheres 	Mama Feminina	52.680	27,9%
	Colo do Útero	17.540	9,3%
	Cólon e Reto	15.960	8,4%
	Glândula Tireoide	10.590	5,6%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
	Estômago	7.420	3,9%
	Ovário	6.190	3,3%
	Corpo do Útero	4.520	2,4%
	Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%
	Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%

Fonte: BRASIL (2011a)

5.3 Exame citopatológico ou Papanicolaou

Para o diagnóstico do câncer do colo do útero utiliza-se o exame citopatológico, mais conhecido como teste de Papanicolaou, a colposcopia e o exame histopatológico do fragmento de biópsia quando necessário (JACYNTHO, 2001).

A estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico ou Papanicolaou prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos (BRASIL, 2011a).

5.4 Técnica

O colo do útero é dividido em ectocérvice (porção vaginal) e endocérvice. Ao exame vaginal, o ectocérvice é visível a olho nu, sendo coberto por epitélio escamoso estratificado não queratinizado contínuo com a cúpula vaginal. O epitélio escamoso converge centralmente para uma pequena abertura denominada orifício externo. Na nulípara, esse orifício está praticamente fechado (ROBBIN e CONTRAN, 2005). Entre o ectocérvice e endocérvice encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher (BRASIL, 2002).

A técnica de coleta da citologia, baseada na esfoliação espontânea ou induzida de células normais ou patológicas do colo uterino, foi introduzida por Papanicolaou e Traut em 1943 (DRAPER e COOK, 1983). O exame consiste de coleta cervical (Figura 2) que é realizada sob controle visual, após a colocação de um espéculo vaginal, com espátula de madeira (Ayre), que possui uma extremidade moldada para raspar a ectocérvice em uma amplitude de 360°. Para a coleta endocervical utiliza-se a *citobrush* (escovinha de náilon) (JONES, 1988; SANTOS *et al.*, 2003).

Figura 2. Ilustração da Coleta Cervical (Exame citopatológico)



Coleta de material ectocervical



Coleta de material endocervical

Fonte: BRASIL (2002)

As amostras são espalhadas sobre uma lâmina de microscopia e fixadas em álcool etílico a 95% para envio ao laboratório, onde são coradas e lidas por citotécnicos e citopatologistas (Figura 3) (JONES, 1988; MONTANARI e STEFANON, 1996).

Figura 3 Confeção dos esfregaços ectocervical e endocervical.



Fonte: BRASIL (2002)

O exame citopatológico normalmente não é doloroso, mas um desconforto variável pode acontecer, de acordo com a sensibilidade individual de cada paciente. As mulheres devem ser orientadas a não terem relações sexuais ou fazerem uso de duchas, medicamentos ou exames intravaginais durante as 48 horas que precedem o exame. Deve ser realizado fora do período menstrual, pois o sangue dificulta a leitura da lâmina, podendo até tornar o esfregaço inadequado para o diagnóstico citopatológico. A sensibilidade da citopatologia varia entre os diferentes trabalhos, podendo ser considerada em torno de 70%, mas quando associada à colposcopia, pode chegar até 80% (BRASIL, 2002).

5.5 Diagnóstico

O exame citopatológico ou Papanicolaou foi criado pelo médico grego George Nicholas Papanicolaou que mostrou que a partir do esfregaço vaginal era possível detectar células malignas, tornando-se um dos estudos extraordinários na história do conhecimento do câncer de colo uterino (COELHO, 2002).

Depois dos resultados obtidos por Papanicolaou, o Sistema de Bethesda foi criado para uniformizar a terminologia para o método diagnóstico. A introdução desta terminologia

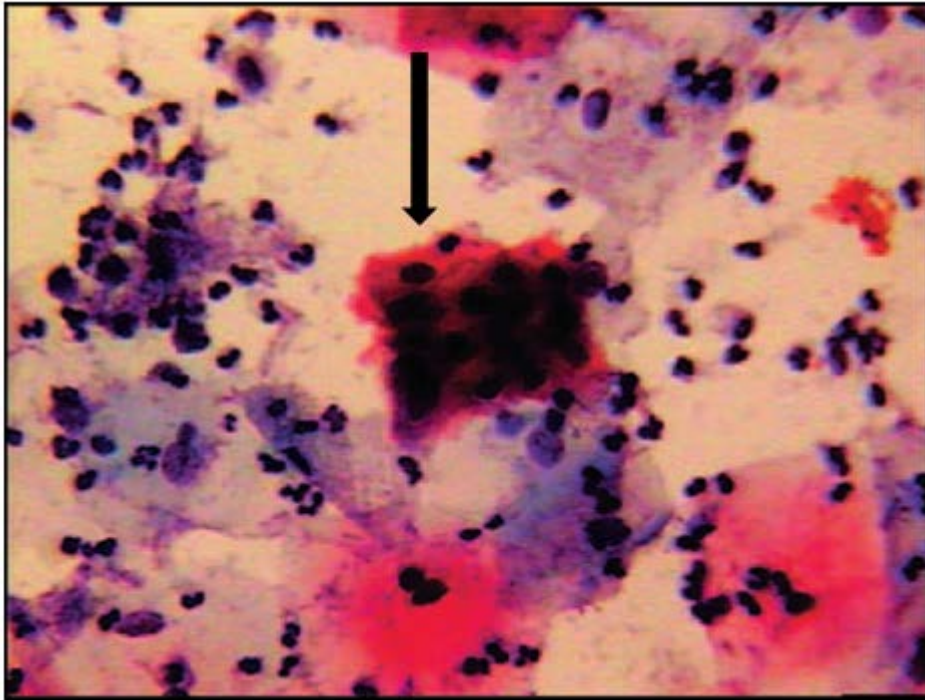
permitiu estabelecer normas para a classificação citológica com o objetivo de reduzir confusões diagnósticas entre alterações celulares benignas e realmente atípicas (JONES, 1988; MONTANARI e STEFANON, 1996). A classificação do Sistema incluiu os diagnósticos relacionados às células glandulares atípicas no laudo do exame citológico do colo do útero. (CAMPANER *et al.*, 2007; WESTIN, 2009).

Em 1988 foi introduzida a categoria diagnóstica células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS) (CAMPANER *et al.*, 2007; HAMMOUD *et al.*, 2002) sendo definido como achados citológicos caracterizados pela presença de alterações celulares insuficientes para o diagnóstico de lesão. Como a nova categoria apresentava limitações por não definir se as alterações citológicas eram reparativas ou neoplásicas, houve uma revisão dessa classificação em 2001. Essa categoria foi reclassificada em “ASC-US” – células escamosas atípicas de significado indeterminado (Figura 4) e “ASC-H” – células escamosas atípicas não podendo se excluir lesão de alto grau (BRASIL, 2011b).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero atuais (2011), as atípias 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 descritos nas Diretrizes do INCA, o diagnóstico citológico de “ASC” representou 1,4% de todos os exames realizados e 53,5% de todos os exames alterados (BRASIL/MS/SISCOLO, 2010 *apud* BRASIL 2011b).

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 (BRASIL, 2011b).

Figura 4. Células escamosas em uma preparação citológica convencional apresentando atipias de significado indeterminado (ASC-US).



Fonte: Vaucher, Santos, Vargas (2006)

Os resultados da colpocitologia são agrupados como descrito por Uchimura (2009) em: atipias de significado indeterminado de células escamosas e glandulares (ASC-US/AGUS), lesões intraepiteliais de baixo grau (LIEBG), que incluem HPV e NIC I, lesões intraepiteliais de alto grau (LIEAG), que incluem NIC II e NIC III e câncer para o carcinoma escamoso invasivo e adenocarcinoma invasivo. O diagnóstico de ASC-US não deve representar mais que 5%, com uma taxa média de 2,8%, de todas as amostras encaminhadas a um serviço de citopatologia.

A tabela 1 mostra as nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências.

Tabela 1. Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

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

Fonte: INCA (BRASIL,2011b)

5.6 Importância da realização do exame

De acordo com o INCA (BRASIL, 2011a), com exceção do câncer da pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. O exame citopatológico ou Papanicolaou possui grande importância para a prevenção do câncer cérvico-uterino, pois tem a característica de detectar a neoplasia em fase incipiente e curável com medidas relativamente simples (SILVA *et al.*, 2008).

Os programas de rastreamento têm efetividade plena na redução da mortalidade apenas se os exames citopatológicos são conhecidos e aceitos pela população, além de serem repetidos a intervalos apropriados para detectar a doença em estágios precoces (BRASIL, 2002).

Davim *et al.* (2005), com o objetivo de identificar o conhecimento de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, quanto à importância, frequência e cuidados na realização do exame de Papanicolaou, concluíram que todas as entrevistadas referiram conhecer a importância do exame apontando-o como um meio de prevenir a formação do câncer, identificar doenças contagiosas, DST e indicar alteração no útero.

Em outro estudo realizado por Motta *et al.* (2001), os autores observaram que a maioria das mulheres estudadas reconhece tanto a necessidade da colpocitologia como sua periodicidade, mas aquelas mais velhas são as que se encontram com menor orientação. Os autores salientaram que além dos diagnósticos realizados, é importante estabelecer a qualidade das amostras obtidas a fim de definir programas de re-educação de coleta e preparo do material pelos profissionais envolvidos.

5.7 Qualidade das amostras

O exame citopatológico é o método mais utilizado para o rastreamento do câncer do colo do útero. No entanto, desde o início da década de oitenta vem sofrendo uma série de críticas relacionadas com a alta proporção de resultados falso-negativos, que variam de 2% a 62%. As principais causas são atribuídas a erros na coleta do material, no escrutínio do esfregaço ou na interpretação dos diagnósticos. Entre as estratégias utilizadas pelos laboratórios para a detecção de resultados falsos-negativos, considera-se um dos métodos mais eficientes a revisão crítica de exames colpocitológicos negativos anteriores de pacientes com diagnóstico atual de neoplasia intraepitelial cervical grau II ou neoplasia intraepitelial cervical grau III (ALLEN, ZALESKI, COHEN, 1994; ATTWOOD *et al.*, 1985; BOSCH, RIETVELD, BOON, 1992; MITCHELL E MEDLEY, 1995; TABBARA, SIDAWY, 1996).

De acordo com Pittoli *et al.* (2003) outro problema que pode afetar a qualidade dos exames é o envio de amostras para diferentes laboratórios, dificultando a revisão de exames anteriores. Apesar de este último aspecto ser de difícil resolução, os autores acreditam que a adoção de um registro centralizado de diagnósticos de acordo com um código único por paciente e uma organização mais eficiente nos sistemas de referência e contrarreferência nos laboratórios públicos, bem como investimento em informatização seriam importantes avanços para a qualidade.

Segundo Uchimura *et al.* (2009), pesquisas têm sido desenvolvidas para investigar a qualidade do exame citopatológico utilizando os testes de sensibilidade e especificidade. Várias etapas são necessárias para uma coleta citológica satisfatória, análise do material adequada e um bom sistema de referência e contrarreferência. Em uma revisão sistemática com metanálise os autores mostraram que a sensibilidade do exame citopatológico variou de 87% a 99% e a especificidade de 23% a 87% (MITCHELL *et al.*, 1998 *apud* UCHIMURA *et al.*, 2009).

Apesar de não existirem estudos randomizados avaliando o desempenho do exame citopatológico no rastreamento de câncer do colo uterino, há evidências suficientemente consistentes de que as taxas de incidência e mortalidade diminuem em função da porcentagem da população que foi rastreada. Em países onde estes programas são bem estruturados, notou-se queda significativa destas taxas (LAARA , DAY, HAKAMA, 1987; VIZCAINO *et al.*, 2000).

5.8 O papel do profissional de enfermagem na realização do exame

O trabalho do profissional de enfermagem se desenvolve no âmbito de instituições e organizações de saúde, que atuam no segmento de prestação de serviços, e têm como característica específica trabalhar, com o ser humano, seja ele como usuário/cliente/paciente ou como recurso humano/profissional, que atende ao usuário do sistema de saúde (KURCGANT, 2011).

Durante a formação profissional, o enfermeiro tem oportunidade de aprendizado sobre promoção da saúde e prevenção das doenças. No que se refere ao câncer, são obtidos, entre outros, conhecimentos referentes à morfologia e alterações celulares e fisiopatologia, sendo abordadas as ações de prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino, mama, pele, boca, próstata, fatores de risco e os diversos tipos de autoexame (BEGHINI *et al.*, 2006).

Em relação ao câncer de colo uterino, o enfermeiro pode contribuir de forma expressiva para sua prevenção, destacando-se, dentre outras, a participação no controle de fatores de risco e na realização do exame citopatológico. Dessa forma, a atuação deste profissional pode influir para um maior e melhor atendimento à demanda, efetivando um sistema de registro de qualidade, intervindo para o encaminhamento adequado das mulheres que apresentarem alterações citológicas (BRASIL, 2012).

Para a realização do exame citopatológico predomina claramente o trabalho manual, desde a coleta do material até a emissão e liberação do resultado pelo laboratório. Portanto, o desempenho pode estar relacionado com a qualidade dos profissionais envolvidos. A participação do profissional de enfermagem nos programas de educação continuada, aprimoramento individual e teste de proficiência são de fundamental importância para a eficiência da realização do exame (ANDERSON *et al.*, 1987; MODY *et al.*, 2000).

Em um estudo conduzido por Beghini *et al.* (2006), os autores objetivaram verificar a adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico. A análise

evidenciou que as alunas do período mais avançado do curso se mostraram mais conscientes e possuindo melhor conhecimento a respeito da prevenção do câncer do colo uterino e de mama do que as alunas do período anterior. Os autores relacionaram este resultado ao fato de as alunas de períodos mais avançados estarem vivenciando atividades práticas de realização de consultas em suas pacientes incluindo coleta de material para o exame citopatológico e ações educativas para as mulheres adotarem o autoexame das mamas.

Greenwood, Machado e Sampaio (2006), com o objetivo de avaliarem os motivos que levam mulheres a não retornarem para o recebimento do resultado do seu exame de prevenção do câncer cérvico-uterino observaram três aspectos como impeditivos: os fatores relacionados à mulher, ao profissional e ao serviço. Os autores do estudo acreditam que o profissional de enfermagem, para que ele seja apto a atuar, deve ter uma boa interação com a clientela e exercer seu primordial papel de educador, sendo essencial que receba constante incentivo e capacitação.

A leitura desses estudos citados reforça a importância que o profissional de enfermagem possui em realizar o exame citopatológico de forma eficaz e transmitir informações às mulheres no momento da realização do mesmo. Além disso, o enfermeiro deve transmitir segurança e confiança à mulher fazendo com que esta retorne para o recebimento do resultado do exame citopatológico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a importância do exame citopatológico na prevenção do câncer do colo uterino, deve-se ressaltar a importância do profissional de enfermagem que o realiza, contribuindo para o diagnóstico precoce desta patologia.

Com base na proposta do Programa de Saúde da Família (PSF), o enfermeiro possui papel crucial tanto na realização do exame Papanicolaou, coletando o material de forma correta, quanto na maneira com que recebe e orienta à mulher. Além disso, a atuação deste profissional pode contribuir para um melhor atendimento às mulheres, efetivando um sistema de registro de qualidade, contribuindo dessa forma com o programa de prevenção contra o câncer do colo do útero.

Por essa razão, o profissional de enfermagem deve possuir conhecimento e habilidade para realizar tanto o exame colpocitológico quanto medidas educativas.

REFERÊNCIAS

ALLEN, K.A.; ZALESKI, S.; COHEN, M.B. Review of negative Papanicolaou tests. Is the retrospective 5-year review necessary? **Am. J. Clin. Pathol.**, v.101, p.19-21, 1994.

ANDERSON, G.H.; FLYNN, K.J.; HICKEY, L.A., LERICHE, J.C.; MATISIC, J.P.; SUEN, K.C. A comprehensive internal quality control system for a large cytology laboratory. **Acta Cytol**, v.31, p.895-899, 1987.

ATTWOOD, M.E.; WOODMAN, C.B.J.; LUESLEY, D.; JORDAN, J.A. Previous cytology in patients with invasive carcinoma of the cervix. **Acta Cytol**, v.29, p.108-110, 1985.

BEGHINI, A. B.; SALIMENA, A.M.O.; MELO, M.C.S.; SOUZA, T.E.O. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 637-644, 2006.

BOSCH, M.M.C.; RIETVELD, S.P.E.M.; BOON, M.E. Characteristics of false negative smears. **Acta Cytol**, v.36, p.711-716,1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. O controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Rio de Janeiro: INCA; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle ao Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2000. Rio de Janeiro: INCA; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer . Coordenação de Programas de Controle ao Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2000. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer . Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle ao Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2000. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer. Inquerito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis.** Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Disponível em: www.inca.gov.br/inquerito, acesso em: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer de mama.** Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0401> *apud* Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

CAMPANER, A.B, GALVÃO, M.A.L, SANTOS, R.E, AOKI, T. Células glandulares atípicas em esfregaços cervicovaginais: significância e aspectos atuais. **J Bras Patol Med Lab**, v.43, p.37-43, 2007.

COELHO, M. C. S. **Adesão da mulher ao exame de prevenção do câncer de colo uterino.** 2002. 39f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2002.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; SILVA, R.A.R.; SILVA, D.A.R. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.3, p.296-302, 2005.

DE VITA, V.T; HELLMAN S.; ROSENBERG S.A. Cancer: Principios y practica de oncologia. Salvat Editores. Espana. 1a Reimpresion. 1984.

DRAPER,G.J.; COOK,G.A. Changing patterns of cervical cancer rates. **Br. Med. J.Clin. Res. Ed**, v. 287, p. 510-512, 1983.

DUARTE, S. V.; FURTADO, M. S. V. **Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisas.** 3 ed. Montes Claros – Minas Gerais: Unimontes, , 219 p. 2002.

FERNANDES, R. A. Q; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Rev Bras Cancerol**, v. 48, n.2, p. 223-30, 2002.

FERREIRA, M. L. S; ANDRADE, P. F. L; COSTA, E.S. **Prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino.** UNESP [periódico online] v.31, n.5, out, 2001. Disponível em: <http://www.connectmed.com.br>. Acesso em: 15 de maio 2012.

FONSECA, R.M.G.S.; CHIESA, A.M, OLIVEIRA, M. A. C. A práxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de integração docente assistencial. **Rev Esc Enferm USP**; v. 28, n.3, p.321-31, 1994.

GAMARRA, J. G. **Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005.** 120f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

GREENWOOD, S. A; MACHADO, M. F. A. S; SAMPAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.4, p. 503-510, 2006.

HAMMOUD, M.M.; HAEFNER, H.K.; MICHEL, C.W.; ANSBACHER, R. Atypical glandular cells of undetermined significance. Histologic findings and proposed management. **J Reprod Med.** v. 47, p. 266-279, 2002.

HARRIS, R. W.; BRINTON, L. A.; COWDELL, R. H. SKEGG, D. C. SMITH, P. G.; VESSEY, M. P. DOLL R.Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uteri. Journal Article: **British Journal of Cancer**, v.42, n.3, p. 359-369, 1980.

JACYNTHO, C. **HPV - O vírus do câncer pelo sexo? Nossas dúvidas!** Rio de Janeiro. 2001, 182p.

JONES, H. W. **Neoplasia cervical intra-epitelial e Câncer cervical invasivo.** In: JONES, H. W.; WENTZ, A. C; BURNETT, L.S. NOVAK - Tratado de Ginecologia. 11. ed. Tradução: J.Israel Lemos. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 11 ed., cap. 26 e 27. p. 474-524, 1988.

KURCGANT, Paulina. A capacitação profissional do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2011

LAARA, E.; DAY, N.E.; HAKAMA, M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: Association with organized screening programs. **Lancet**, v.1, p.1247-1249, 1987.

LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, Oct. 2006 .

LOPES, R. M. L. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. **Ver. Enferm UERJ**; v. 2, n.2, p.165-70, 1998.

MELO, I. A infecção pelo Papilomavirus Humano. Disponível em: www.colposcopia.org.br. Acesso em: 20 de Nov. 2006 *apud* YASSOYAMA, M. C. B. M. **Estudo do colo uterino por espectroscopia RT- Raman**. 2006 **96 f.**Dissertação (Mestrado em Bioengenharia). Programa de Pós-graduação em Bioengenharia, Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2006.

MENDONÇA, V.G.; LORENZATO, F.R.B.; MENDONÇA, J.G.; MENEZES, T.C.; GUIMARÃES, I. MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.30, n.5, p. 248-55, 2008.

MITCHELL MF, SCHOTTENFELD D, TORTOLERO-LUNA G, CANTOR SB, RICHARDS-KORTUM R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a metaanalysis. **Obstet Gynecol**. v.91, p.626-631, 1998 *apud* UCHIMURA, N. S., et al. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev Assoc Med Bras**; v. 55, p.5, p 569-574, 2009.

MITCHELL, H.; MEDLEY, G. Differences between Papanicolaou smears with correct and incorrect diagnoses. **Cytopathol**, v.6, p.368-75,1995.

MODY, D. R.; DAVEY, D. D.; BRANCA, M.; RAAB, S. S.; SCHENCK, U. G.; STANLEY, M. W. Quality Assurance and Risk Reduction Guidelines. **Acta Cytol**, v.44, p. 496-507, 2000.

MONTANARI, G.R. e STEFANON, B. **Exame citológico e biopsia**. In: DE PALO, G. et al. Colposcopia e Patologia do Trato Genital Inferior. Rio de Janeiro: Medsi Editora, 2. ed. 1996.

MOTTA, E. V.; DA FONSECA, A.M.; BAGNOLI, V. R.; RAMOS, L. O.; PINOTTI, J. A. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. **Rev Ass Med Brasil** v.47, n.4, p.302-310, 2001

PARKIN, D.M., BRAY, F., FERLAY, J., PISANI, P. Global cancer statistics, 2002. **CA Cancer J. Clin**. v.55, p.74-108, 2005.

PINTO AP, TULIO S, CRUZ OR. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Rev Assoc Med Bras**. v. 48, n.1, p.73-78, 2002.

PITTOLI, J, E. et al. Revisão de esfregaços cervicais negativos em pacientes com lesões intra-epiteliais de alto grau **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial** Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 2003.

ROBBIN, S. L; CONTRAN, R. S. Patologia Bases Patológicas das Doenças. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1058-1093, 1105-1108, 1119-1124, 2005.

SANTOS, C.; TEIXEIRA, F.; VICENTE, A.; ASTOLFI, S. Detection of Chlamydia trachomatis in Endocervical Smears of Sexually Active Women in Manaus-AM, Brazil, by PCR. **Bras. J. Infect. Diseases**, v.7, n.2, p.91-95, 2003.

SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E; LIMA, V. L. A; CARVALHO, F. L; MAR, D. F. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame Papanicolaou: implicações para a saúde da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v.12 n.4, p. 685-692, 2008.

SILVEIRA, G. P. G.; PESSINI, S. A. Câncer de colo uterino. Lesões Precursoras. In: Halbe, H. W. Tratado de Ginecologia, 2ª ed. São Paulo, Roca, 1993, cap. 172, p. 1788-1806.

SOLOMON D, DAVEY D, KURMAN R, MORIARTY A, O'CONNOR D, PREY M, *et al.*. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. **JAMA**, v 287, n.16, p:2114-2119, 2002.

TABBARA, S.O.; SIDAWY, M. K. Evaluation of the 5-year review of negative cervical smears in patients with high grade squamous intraepithelial lesions. **Diagn. Cytopathol.**, v.15, p.7-11, 1996.

UCHIMURA, N. S.; NAKANO, K.; NAKANO, L.C.G.; UCHIURA, T.T. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev Assoc Med Bras**; v. 55, p.5, p 569-574, 2009.

VAUCHER, R. A.; SANTOS, F. R.; VARGAS, V. R. A. Índice de concordância entre dois diferentes observadores na revisão de esfregaços citológicos cérvico-vaginais anteriormente diagnosticados como ASC-US: utilização da técnica convencional de Papanicolau. **RBAC**, v.38, n.1, p. 29-33, 2006.

VIZCAINO, A.P.; MORENO, V.; BOSCH, F.X.; MUÑOZ, N.; BARROS-DROS, X. M.; BORRAS, J. et al. International Trends in Incidence of Cervical Câncer: II Squamous-cell carcinoma. **Int. J.Cancer**, v.86, p.429-35, 2000.

WESTIN M.C. A. **Células glandulares atípicas e adenocarcinoma "in situ" de acordo com a classificação de Bethesda 2001**: Associação cito-histológica.2009. **70f.** Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

ZEFERINO, L. C; AMARAL, R. G; DUFLOTH, R. M. HPV e a neoplasia do colo do útero. **Femina**;v.30, p.471-475, 2002.