

Coleta de Amostras para o Papanicolaou

A garantia de um esfregaço satisfatório para avaliação oncótica implica na presença de células em quantidade representativa, sua distribuição e fixação.

O câncer de colo do útero é uma doença prevenível e sua detecção precoce é a principal estratégia indicada para o controle da doença. Por demorar anos para se desenvolver, pode ser rastreado e detectado em suas fases iniciais e quando tratado adequadamente, resulta em 100% de chance de cura.

Desde 1928, quando o médico grego George G. Papanicolaou publicou seu primeiro trabalho utilizando esfregaços cérvico vaginais para o diagnóstico de câncer de colo uterino, o exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento desta doença (WHO, 2010).

A detecção precoce, pela realização do exame citológico, tem sido uma estratégia eficiente para modificar as taxas de incidência e mortalidade. Se realizado dentro dos padrões de qualidade, com uma cobertura de pelo menos 80% das mulheres e se as lesões iniciais forem tratadas, a redução da taxa de mortalidade desse câncer pode chegar a 90% (TAVARES; PRADO, 2006).

Quando iniciar a coleta da citologia?

O início da coleta pode ocorrer aos 25 anos para as que já iniciaram atividade sexual. O intervalo dos exames deve ser de 3 anos, após dois exames negativos anuais.

A coleta pode ser interrompida aos 64 anos se tiverem dois exames negativos nos últimos 5 anos e nunca tiverem sido tratadas para câncer cervical ou lesões precursoras.

As que nunca fizeram exame de prevenção do câncer do colo uterino ou pacientes hysterectomizadas por patologia benigna podem ser excluídas do rastreamento.

Pacientes virgens também podem ser excluídas do rastreamento.

Fatores que podem afetar a qualidade e acarretar falhas no exame citopatológico

Recomendações prévias à mulher

- Não fazer uso de lubrificantes, duchas vaginais, espermicidas, medicamentos vaginais e exames intravaginais 48 h antes da coleta;

- O exame não deve ser feito no período menstrual. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação para coleta;

- Evitar relações sexuais 48 h antes da coleta;

No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada.

São considerados fatores clínicos de risco para neoplasias do colo e do útero: Hemorragia genital pós-menopausa; sangramento ectocervical de contato; evidência de doenças sexualmente transmissíveis no exame ginecológico; alterações macroscópicas significativas ao exame especular ou à colposcopia; radioterapia pélvica e/ou quimioterapia; exame citopatológico anterior alterado.

Os informes clínicos, que acompanham o exame são fundamentais na avaliação citológica, pois podem estar relacionados aos riscos para neoplasias intra-epiteliais ou carcinomas invasivos do colo do útero.

Importância do local da coleta

A coleta, a fixação, o acondicionamento e o transporte das amostras de forma adequada são fundamentais.

A garantia de esfregaço satisfatório para avaliação oncótica implica na presença de células em quantidade representativa, sua distribuição e fixação.

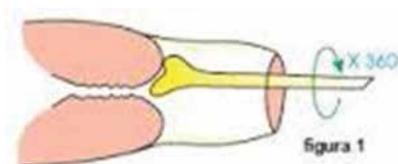
A coleta do material deve ser realizada no ectocérvice e no endocérvice em lâmina única. A junção escamo-colunar (JEC) é a região do colo onde incidem preferencialmente as doenças de natureza pré-maligna e maligna.

A representação celular da JEC assegura que a amostra é representativa.

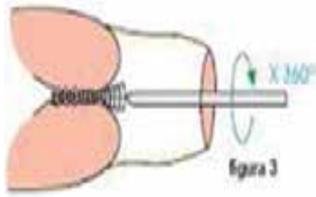
Coleta na ectocérvice

Para a coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar firmemente a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, fazendo um movimento rotativo de 360°, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina.

A pressão exercida deve ser firme, mas delicada, sem agredir o colo. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada.



Coleta no endocérvice: utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo todas as cerdas da escova no canal endocervical e fazer um movimento giratório de 360°. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.



Distribuição do material na lâmina

O esfregaço deve ser fino, homogêneo, distribuído em um só sentido. Evitar movimentos rotativos e de vai-e-vem.

Exemplos de material biológico disposto inadequadamente



Estes movimentos desfazem os agrupamentos celulares e acarretam grande sobreposição celular.

Fixação do material na lâmina

A fixação do esfregaço deve ser feita **imediatamente após a coleta**, sem nenhuma espera. O objetivo é fixar o protoplasma celular, preservar o material colhido, mantendo as características originais das células.

No momento da coleta, todo o material deve estar disponível (lâminas, espátulas, escova e fixador ao alcance das mãos).

Obs: não deixar o ar condicionado ou ventilador direcionado para o local da coleta (mesa ginecológica).

O dessecamento das células ao ar provoca alterações na estrutura celular, inviabilizando a leitura do exame.

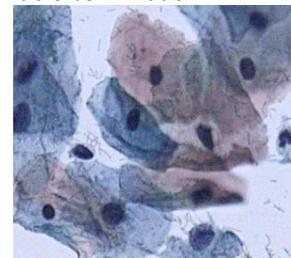
Métodos de fixação: Fixação com Álcool a 96%: considerada mundialmente como a melhor opção para os esfregaços citológicos. A lâmina com material deve ser imediatamente submersa no álcool a 96% por no mínimo 20 minutos. **NÃO** retirá-lo do frasco antes de 20 minutos.

Fixação com spray de polietilenoglicol. Deve-se colocar **IMEDIATAMENTE** o fixador sobre a lâmina (esfregaço); borrifar a lâmina com fixador, spray ou aerossol, a uma distância de 20 cm. Cobrir totalmente o esfregaço evitando excessos que possam lavar o material colhido.

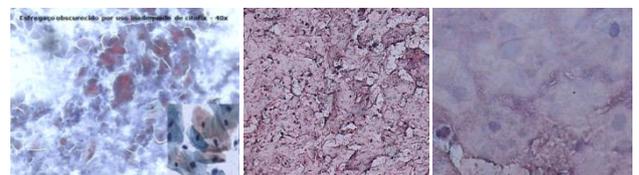
Manter a distância de 20 cm evita o espriamento do material biológico.



Material bem colhido e bem fixado



Material mal fixado: Recusar este material é um procedimento constrangedor para a paciente, para o médico e para o laboratório, no entanto, oferece segurança, pois impede que falhas no escrutínio e resultado sejam danosas e irreparáveis no futuro.



O controle do câncer de colo de útero depende do tratamento/seguimento das lesões precursoras identificadas na citologia.

Dra. Juçara Costa Sobrinho

Doutora em Tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da UFMG (Patologia Geral)
Professora de Citologia Clínica da Faculdade de Farmácia da UFMG
Especialista em Citologia Clínica (Sociedade Brasileira de Citologia Clínica)