

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem - Mestrado

NANCY COSTA DE OLIVEIRA

**DESEMPENHO DE ENFERMEIRAS NA COLETA DE MATERIAL
PARA O EXAME DE PAPANICOLAOU**

FORTALEZA
2007

NANCY COSTA DE OLIVEIRA

DESEMPENHO DE ENFERMEIRAS NA COLETA DE MATERIAL
PARA O EXAME DE PAPANICOLAOU

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Comunitária

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane
Ferreira Moura

FORTALEZA

2007

NANCY COSTA DE OLIVEIRA

DESEMPENHO DE ENFERMEIRAS NA COLETA DE MATERIAL
PARA O EXAME DE PAPANICOLAOU

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data de aprovação: 12/01/2007

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira Moura (orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof.^a Dr.^a Marli Terezinha Gimenez Galvão
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof.^a Dr.^a Maria Albertina Rocha Diógenes
Universidade de Fortaleza-UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza-UNIFOR

À **minha filha**, LUIZA que realizou em mim a indescritível felicidade de ser mãe!

*“...E um raio de sol nos teus cabelos
como um brilhante que partindo a luz
explode em sete cores
revelando então
os sete mil amores
que eu guardei somente pra te dar
LUIZA”*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À DEUS,

Pai de infinita bondade e misericórdia que me permitiu transpor todos os obstáculos durante esta trajetória e... finalmente obter a vitória;

Aos **Meus Pais,**

Bráulio e Darcy, pelo carinho e imensa força,
possibilitando a realização dos meus sonhos;

Ao **Meu Cônjuge,**

Caetano pelo companheirismo e encorajamento,
facilitando minha chegada até aqui.

AGRADECIMENTOS

- À Professora Doutora Escolástica Rejane Ferreira Moura, por sua amizade, compromisso e dedicação. Sempre atenciosa, acessível, uma amiga de todas as horas. Uma verdadeira estrela, sempre irradiando luz por onde passa.
- Aos membros da Banca Examinadora, pelas valiosas sugestões;
- À Leni Lúcia Leal Nobre, grande exemplo de determinação, competência e sensibilidade. Minha gratidão pelo apoio, incentivo e amizade;
- À Enfermeira Marta Saunders: Minha coordenadora de trabalho, porém bem mais uma amiga. Sua compreensão e apoio foram fundamentais.
- Ao Dr. Policarpo que enquanto Secretário de Saúde de Maranguape possibilitou e incentivou minha participação no mestrado;
- À Verônica Camurça, pelo exemplo de sensibilidade e apoio;
- À Rose por compreender minhas ausências e apoiar.
- À Maria Clara (Clarinha), sempre atenciosa e prestativa.
- Às mais novas colegas de trabalho, uma valorosa aquisição: Daniele Coelho, Lílian, Ângela Campinas, Regina Mônica e Janaína pelo imenso apoio;
- À Dira, pela paciência, atendendo sempre com carinho às minhas solicitações.
- Aos colegas : Sheilinha, Valderi e Fátima Viana pela parceria no trabalho, sempre pude contar com vocês;
- À todos os colegas do mestrado pela convivência e valorosa troca de saberes.
- À todos os funcionários do Departamento de Enfermagem pela presteza no atendimento;
- À Profa. Doutora Ana Fátima Carvalho pelo desempenho na coordenação da Pós – Graduação;
- Aos professores Glória, Dalva, Ângela, Violante, Ana Karina, Rui Verlaine, Ana Fátima, Vera Leitão, Josefina, Graziela e Neiva pelas grandes lições;
- Às enfermeiras participantes do estudo, meus sinceros agradecimentos. Cada uma foi muito especial, demonstrando compromisso com o que fazem e com a pesquisa.
- Às usuárias participantes da pesquisa.
- Aos meus irmãos, Bráulio e Gardênia, pela existência em minha vida.
- À todos os que fazem a Secretaria de Saúde de Maranguape pela compreensão e apoio no que diz respeito ao afastamento das horas de trabalho para me dedicar aos estudos e à pesquisa;
- Às Instituições de fomento: Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa- FUNCAP e Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico – CNPq, pela valorosa contribuição;
- À todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho.

*“Jamais se desespere em meio às mais
sombrias aflições de sua vida, pois das nuvens
mais negras cai água límpida e fecunda”.*

(Provérbio chinês)

RESUMO

O exame de Papanicolaou tem reconhecimento mundial enquanto estratégia segura para detectar o câncer de colo uterino precocemente. Envolve trabalho manual, da coleta do material até a emissão do resultado. Portanto, o desempenho dos recursos humanos contribui para a segurança ou não dos resultados. Este é realizado por médicos e enfermeiros que compõem as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), todavia predominantemente pelos enfermeiros. Neste contexto, decidiu-se pela realização deste estudo que teve por objetivo geral avaliar a coleta de material para o exame de Papanicolaou por enfermeiras e como objetivos específicos verificar conhecimento e prática dessas profissionais com relação à coleta citológica; identificar disponibilidade dos recursos materiais necessários à realização da coleta e avaliar adequabilidade do material coletado baseado no laudo laboratorial. Pesquisa avaliativa, com caráter exploratório-descritivo. Realizou-se em unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Maranguape-CE, cujos dados foram coletados de agosto a outubro de 2006 por observação estruturada direta e participativa junto às 21 (100%) enfermeiras, em seus sítios de atuação, e através da revisão dos laudos laboratoriais de 63 lâminas coletadas. A observação estruturada seguiu o Instrumento de Reconhecimento da Qualidade da Metodologia Proquali, sendo os dados anotados mediante sistema de checagem. Dados da observação participativa foram registrados em diário de campo. Os resultados foram apresentados nos itens: caracterização das enfermeiras; formação, acesso a manuais técnicos e conhecimentos para lidar com a coleta citológica; desempenho das enfermeiras na coleta de material para o exame (medidas de biossegurança, conforto e segurança das mulheres durante exame e técnica de coleta); disponibilidade de recursos para realização do procedimento e; adequabilidade das lâminas. A maioria das enfermeiras tinha entre nove e 11 anos de formadas. Dezesete (81%) se auto-avaliaram seguras para realizar o procedimento e 16 (76%) demonstraram ter conhecimento adequado sobre o local da coleta citológica. O acesso à prática de coleta citológica na Graduação foi referida por somente 7 (33%) das enfermeiras. Apenas 4 (19%) lavaram as mãos antes do procedimento, 21 (100%) utilizaram luvas de procedimento nas duas mãos e o descarte do lixo mostrou-se inadequado em todas as unidades. O conforto da usuária avaliado sob o ponto de vista de certificar-se se a mulher havia esvaziado a bexiga antes do exame e explicá-lo para usuária foi atendido por 2 (9,5%) e 4 (19%) das enfermeiras respectivamente. A privacidade, avaliada pelos critérios de cobrir a mulher, manter a porta do consultório fechada e impedir o entra e sai de pessoas durante o exame foi alcançado por 20(95%), 17 (81%) e 14 (67%), respectivamente. A técnica da coleta foi satisfatória entre 90,5% ou mais dos enfermeiros em sete dos 11 itens avaliados e a adequabilidade das lâminas mostrou-se satisfatória em 100% dos 63 laudos. O desempenho das enfermeiras foi o ideal esperado em termos de garantir lâminas de qualidade ao rastreamento do câncer de colo, todavia, lavagem das mãos, descarte adequado do lixo, conforto e segurança da usuária, e entrevista sobre condições da mulher para a realização da coleta precisam melhorar. Risco de dessecamento, presença de sangue e material hipocelular foram observados, porém não gerou lâminas insatisfatórias, sobre o que sugere-se que estudos sejam realizados com o objetivo de avaliar recomendações desnecessárias ou excessivas à coleta.

Palavras-Chave: Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Avaliação de Desempenho. Programa Saúde da Família. Esfregaço Vaginal. Neoplasias do Colo Uterino-Prevenção e Controle.

ABSTRACT

The Pap test has world-wide recognition as a safe strategy to detect cervical cancer early. Its execution includes manual work, from the material collection to the result emission. Thus, the performance of human resources contributes to the security or not of the results. This is carried out by doctors and nurses that compose the teams of Health Family Program (PSF), but mainly by nurses. In this context, it was decided to carry out this study which had as a general objective to evaluate the material collection for the Pap test by nurses and as specific objectives to verify knowledge and practice of these professionals in relation to cytological collection; to identify the availability of material resources which are necessary for the execution of the collection and to evaluate if the collected material is adequate based on the laboratorial report. It is an evaluative research, with descriptive exploratory character. It was executed in units of the Family Health Program (PSF) in Maranguape-CE, whose data was collected from August to October, 2006, through the direct and participative structured observation made with 21 (100%) nurses, in their area, and through the review of the laboratorial reports of 63 collected slides. The structured observation followed the Instrument of Quality Recognition of Proquali Methodology, and the data was annotated using checking system. The participative observation data was registered in field books. The results were presented under nurse characterization; formation, access to technical handbooks and knowledge to deal with cytological collection; performance of nurses in the material collection for the exam (biosecurity measures, comfort and security of women during exam and collection technique); availability of resources for the execution of the procedure and; suitability of the slides. Most nurses were graduated for 9 to 11 years and had 8 years of experience with cytological collection. Seventeen (81%) evaluated themselves as secure to execute the procedure and sixteen (76%) showed to have the adequate knowledge about the exact localization of the cytological collection. The access to the practice of cytological collection at college was referred by only 7 (33%) of them. Only 4 (19%) washed the hands before the procedure, 21 (100%) used procedure gloves in both hands and the discard of the trash was inadequate in all the units. Users' comfort was evaluated according to the standpoint of making sure if the woman had emptied the bladder before the exam and of explaining it to the user and was achieved by 2 (9,5%) and 4 (19%) of the nurses respectively. The privacy was evaluated by the criteria of covering the woman, maintaining the office's door closed and preventing people's getting in and out during the exam. It was achieved by 20 (95%), 17 (81%) and 14 (67%), respectively. The collection technique was satisfactory with 90,5% or more of the nursed in 7 of the 11 evaluated items and the suitability of blenders was satisfactory in 100% of the 63 reports. The nurses' performance was the ideal expected in terms of guaranteeing slides with good quality to search cervical cancer. However, practice at college, washing of hands, adequate discard of the trash, users' comfort and security and the interview about women's conditions for the execution of the collection need improvement. It was observed risk of desiccation, presence of blood and hypocelular material, but unsatisfactory slides were not generated. It is suggested that studies need to be carried out with the objective of evaluating unnecessary or excessive recommendations for the collection.

Keywords: Quality Assurance, Health Care. Employee Performance Appraisal. Family Health Program. Vaginal Smears. Uterine Cervical Neoplasms.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1

- Distribuição do número de enfermeiras segundo conhecimento sobre local adequado para a coleta citológica Maranguape – CE. Ago/Out 2006 42

Tabela 2

- Distribuição do número de enfermeiras segundo critérios de biossegurança Maranguape – CE. Ago/Out 2006 44

Tabela 3

- Distribuição do número de enfermeiras segundo itens de conforto e segurança na coleta de material para o exame de Papanicolaou Maranguape – CE. Ago/Out 2006 48

Tabela 4

- Distribuição do número de enfermeiras segundo critérios da técnica de coleta propriamente dita Maranguape – CE. Ago/Out 2006 50

LISTA DE SIGLAS

AGUS	Atipia Celular de significado indeterminado em células escamosas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCUS	Atipia Celular de significado indeterminado em células glandulares
CH II	Captura Híbrida II
GM/MS	Gabinete Ministerial / Ministério da Saúde
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPCC	Instituto de Prevenção do Câncer ginecológico
IRQ	Instrumento de Reconhecimento da Qualidade
IVA	Inspeção Visual com ácido acético
JEC	Juncão escamocolunar
JHPIEGO	Program for International Education in Reproductive Health
MMQ	Metodologia de Melhoria da Qualidade
NIC I	Neoplasia Intraepitelial Cervical I
NIC II	Neoplasia Intraepitelial Cervical II
NIC III	Neoplasia Intraepitelial Cervical III
PNPCC	Programa Nacional de Cervical III
PROQUALI	Programa de Qualidade
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS/MS	Secretaria de Assistência a Saúde
SESA - CE	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SISCAM	Sistema sobre câncer da mulher
SISCOLO	Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao câncer de colo uterino

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	21
3	REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1	Considerações gerais sobre o câncer do colo do útero	22
3.2	O exame de Papanicolaou	28
3.2.1	Marcos Históricos	28
3.2.2	A coleta citológica	29
3.3	Atuação do Enfermeiro	31
4	MATERIAIS E MÉTODO	35
4.1	Tipo e natureza do estudo	35
4.2	Universo do Estudo	35
4.3	População e Amostra	36
4.4	Coleta de Dados	37
4.5	Organização dos dados para Análise	39
4.6	Aspectos Éticos	39
4.7	Financiamento	40
5	RESULTADOS	41
5.1	Caracterização das Enfermeiras	41
5.2	Formação, acesso a manuais técnicos e conhecimento para lidar com a coleta citológica	41
5.3	Desempenho de enfermeiras na coleta de material para exame de Papanicolaou	44
5.3.1	Desempenho quanto às medidas de biossegurança	44
5.3.2	Desempenho na realização da coleta para o exame de Papanicolaou	50
5.4	Disponibilização dos materiais necessários à realização da coleta de material para o exame de Papanicolaou	53
5.5	Adequabilidade das lâminas preparadas pelas enfermeiras, segundo laudo laboratorial	56
6	CONCLUSÕES	58
7	RECOMENDAÇÕES	60
8	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICES	68
	ANEXO	75

1. INTRODUÇÃO

O câncer cérvico uterino apresenta estatísticas elevadas, que se reflete de maneira significativa nas taxas de morbidade e mortalidade entre a população feminina. É o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo, ficando abaixo somente da incidência do câncer de mama (SANTOS *et al.*, 2003).

A mortalidade por câncer de colo uterino é citada por Nunes *et al.* (2004) como sendo a primeira causa de morte por neoplasia em mulheres em algumas regiões do mundo, como a África, a Ásia e a América Central. Todavia, as maiores incidências são encontradas na América Latina e Sudeste da Ásia, enquanto que as baixas taxas aparecem na América do Norte, Oeste Europeu e Norte da Austrália (BRASIL, 2002a). É a primeira causa de morte de mulheres em idade reprodutiva na América Latina (VIEIRA *et al.*, 2002).

Para Linard, Silva e Silva (2002), essa patologia se configura como um problema de Saúde Pública de elevada magnitude em nível nacional, repercutindo diretamente na morbidade e mortalidade das mulheres brasileiras. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirma que as taxas de mortalidade por câncer de colo uterino no Brasil ainda são elevadas e, do ponto de vista temporal, apresentam tendência crescente, uma vez que, em 1979, a taxa era de 3,4 casos / 100.000 habitantes e, em 2000, passou para 4,6 casos / 100.000 habitantes, correspondendo a um aumento percentual de 33,1%, o que pode estar relacionado tanto a um aumento do número real de óbitos, quanto à melhoria da qualidade da informação nos atestados de óbito (BRASIL, 2002a).

É importante considerar que, mesmo apresentando taxas crescentes, o número de casos da doença é hoje bem menor do que costumava ser antes da realização do exame de detecção precoce pela técnica de Papanicolaou. Nos últimos 20 anos, houve uma redução de câncer cervical invasivo, de 14,2 casos / 100.000 habitantes para 7,8 casos / 100.000 habitantes. Analisando os últimos 40 anos, a redução foi de 45 casos / 100.000 para 15 casos / 100.000 habitantes (SMELTZER; BARE, 2000).

Estimativa realizada pelo INCA para 2006 determinou a ocorrência de 19.260 casos novos de câncer de colo de útero no Brasil, sugerindo um risco de 20 casos para cada 100.000

habitantes. Destes, 780 casos ocorreriam no Ceará (18,51/100.000 hab.) sendo esperados 250 casos na capital e 530 no interior (BRASIL, 2005a).

No Ceará, em 2002, 9,2% dos óbitos por neoplasias ocorridos em mulheres foram por câncer de colo do útero, ocupando a segunda causa de morte por neoplasias em mulheres (CEARÁ, 2003).

O INCA afirma que o referido agravo é mais freqüente nas camadas mais baixas da população, existindo uma forte relação com o baixo nível socioeconômico, dada à vulnerabilidade social nessas classes. A referida instituição enfatiza, ainda, as diversas dificuldades encontradas por essas populações para ter acesso às medidas preventivas, de diagnóstico e tratamento precoce das alterações relacionadas ao câncer de colo uterino, destacando-se as barreiras geográficas, econômicas e culturais (BRASIL, 2002a).

A faixa etária de maior freqüência de casos é entre 40 e 60 anos, tendo um pequeno percentual que surge antes dos 30 anos (BRASIL, 2002a; LEAL *et al.*, 2003).

Esta patologia tem estreita relação com o Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo evidenciado em muitos estudos como o principal responsável pelo câncer cérvico-uterino (CARVALHO, 2002). Segundo Nicolau (2003), houve uma expressiva evolução ao longo dos últimos anos no que diz respeito à associação entre câncer de colo do útero e o HPV, a ponto de ser possível assegurar que não existe câncer de colo de útero sem HPV.

A infecção pelo HPV é causa importante de câncer de colo uterino, porém não é aceita como única, uma vez que precisa estar associada a outros fatores de risco para que haja a evolução da doença, como a precocidade do início da vida sexual, a promiscuidade (caracterizada pela multiplicidade de parceiros e coito sem uso de preservativos), paridade elevada e estado de imunossupressão (causada por corticoterapia, diabetes, AIDS e lupus). Há outros fatores, cujas evidências ainda não são conclusivas, como o tabagismo, a deficiência de ingestão de vitaminas A, C, beta-caroteno, ácido fólico e o uso de anticoncepcionais (BRASIL, 2002a).

A maioria dos casos de câncer de colo uterino evolui lentamente, atravessando etapas pré-clínicas, possíveis de serem detectadas e curadas em até 100% dos casos. Desta forma, é possível prevenir o aparecimento da doença ou fazer sua detecção precoce (CARVALHO, 2002; BRASIL, 2002a).

Para a detecção precoce do câncer de colo uterino, é realizado o exame de Papanicolaou ou citologia oncológica, muito conhecido entre as mulheres como “exame de prevenção”. Este exame foi utilizado, inicialmente, em 1943, pelo Dr. George Papanicolaou que, por sua vez, baseou-se em estudos datados de 1917. Desde sua descoberta vem sendo utilizado largamente e consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina. É um exame bastante aceito pela comunidade científica, valioso para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e de fácil realização (MOTTA *et al.*, 2001).

De acordo com o INCA, a realização do exame de Papanicolaou tem reconhecimento mundial enquanto estratégia segura e eficiente para detectar o câncer de colo de útero de forma precoce, o que contribui efetivamente para reduzir as taxas de incidência, bem como as de mortalidade por esta patologia, caso seja garantido o tratamento adequado (BRASIL, 2002b).

Além de ser confiável, o exame citológico é igualmente importante como teste de rastreamento, dada à viabilidade de realização em grandes populações. É responsável por grande impacto na saúde e qualidade de vida da população, na medida em que provocou redução significativa da mortalidade por câncer de colo uterino nos países onde ocorreu ampla implementação, principalmente nos centros mais desenvolvidos (MOTTA *et al.*, 2001). De acordo com Guarisi *et al.* (2004), para haver impacto na redução da mortalidade por esta patologia é necessária uma cobertura de exames de 70% a 80%. Para Gontijo *et al.* (2005), em locais onde a qualidade, a cobertura e o seguimento do rastreamento são elevados, a incidência de câncer cervical foi reduzida em até 80%.

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a utilizar o exame de Papanicolaou que até hoje é tido como suporte principal no controle do câncer do colo uterino. Desde sua descoberta vem sendo utilizado largamente e consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina. Permite a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. Há vários outros países que utilizam o teste de Papanicolaou em programas de rastreamento, dentre os quais países da América do Norte, Finlândia, Dinamarca, Holanda, Noruega e Reino Unido (BRASIL, 2002a).

A Província da Colúmbia Britânica do Canadá possui um dos programas de rastreamento mais bem sucedido do mundo. De uma maneira geral, o sucesso desses programas está relacionado

a fatores como cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequados (BRASIL, 2002a).

Apesar de o Brasil ter sido um dos primeiros países do mundo a realizar o exame de Papanicolaou para detectar precocemente o câncer de colo uterino, apenas 30% das mulheres submetem-se ao exame citopatológico três vezes na vida, o que resulta em diagnósticos na fase avançada, em cerca de 70% dos casos (LEAL *et al.*, 2003).

Para o INCA, fatores como baixos níveis de cobertura populacional com exame citológico do colo uterino, falhas no acompanhamento das mulheres com anormalidades e na adoção de condutas diagnósticas e terapêuticas adequadas têm sido incluídos como fatores associados ao fracasso do rastreamento (BRASIL, 2002a).

Para Thé e Leitão (2004), as ações de rastreamento do câncer de colo do útero são prejudicadas, em parte, pelas oportunidades perdidas de realização do exame, uma vez que a procura pelo serviço de saúde, pela maior parte das mulheres, é por motivo outro que não o de realizar o preventivo, e os profissionais não aproveitam para realizar a coleta citológica. Tal fato se deve à insuficiência de materiais e à inexistência de uma logística para dar suporte aos profissionais. As condições de trabalho oferecidas são, na maioria das vezes, precárias.

Há, ainda, o despreparo técnico dos profissionais e a baixa sensibilidade para lidar com o medo e a vergonha de boa parte das mulheres por ocasião do exame ginecológico. Percebe-se a existência de tabus e preconceitos de alguns profissionais frente à realização do exame, sendo comum a desmotivação gerada pela inadequada estrutura dos serviços. A desestruturação dos serviços, associada às questões que comprometem o desempenho profissional, determina, com frequência, a não realização do exame na data previamente agendada, causando descrédito nas usuárias em relação ao serviço, fazendo com que não mais retornem para a realização do exame (THÉ; LEITÃO, 2004).

Por outro lado, as atividades de informação em saúde voltadas para as mulheres são muitas vezes escassas ou inadequadas, promovendo pouco impacto na mudança de hábitos e comportamentos que lhes garantam melhor saúde sexual e reprodutiva. Nesta ótica, Fernandes e Narchi (2002) afirmam que, muitas vezes, os profissionais de saúde deixam de atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças para atuar, preferencialmente, nos modelos prescritivos, usando

como justificativa a elevada demanda de trabalho ou precariedade nas estruturas de serviço, deixando de conquistar espaços na oferta de serviços para a mulher, reduzindo desta forma sua participação na melhoria da qualidade de saúde da população.

Os programas que apresentam melhores resultados são aqueles que empreendem esforços para incluir as mulheres através de propostas específicas e personalizadas. Neste aspecto, é oportuna a introdução de formas estratégicas de orientação a fim de possibilitar à mulher melhor captação e fixação dos conhecimentos, de forma a torná-las co-partícipes das ações de saúde (GUARISI *et al.*, 2004).

O sucesso do exame de Papanicolaou está vinculado à possibilidade de cobertura de toda a população alvo. Um programa de rastreamento de lesões cervicais, de base populacional, exige alguns requisitos para obter êxito. Inicialmente é necessário que haja identificação da população de risco de modo que seja possível a convocação e re-convocação das mulheres quando necessário. É fundamental que haja disponibilidade de recursos para a coleta, exame e relatório do esfregaço cérvico-vaginal; garantia de tratamento e seguimento das mulheres cujos exames apresentaram alterações; avaliação contínua do programa relacionada a intervalos, bem como avaliação dos exames por meio de critérios de qualidade; além da compreensão da importância do programa de rastreamento. Deverá estar explícito o responsável pelo programa (MOTTA, 2001).

Para Fernandes e Narchi (2002), o exame preventivo é oferecido com limitações, não sendo acessível a todas as mulheres, quando deveria ser garantido plenamente por todos os serviços de atenção primária à saúde.

Na prática diária, vê-se que essas barreiras persistem mesmo com a lógica que norteia a Estratégia Saúde da Família. Percebe-se também que, na cultura das comunidades, estão presentes o medo, os tabus e os preconceitos relacionados ao exame de prevenção do câncer. Ainda ocorrem casos em que o homem não permite que sua parceira busque este tipo de serviço ou, ainda, não colabora com o tratamento quando requerido.

A sensibilidade do exame colpocitológico, ou seja, a proporção de casos verdadeiros positivos é muito alta. Estudo realizado por Pinho e Matos (2002) em Botucatu, São Paulo, sobre validação da citologia cérvico vaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo

de útero, encontrou sensibilidade de 96%. Para o Instituto Nacional do Câncer, o exame de Papanicolaou apresenta sensibilidade de 97% (BRASIL, 2002a).

Apesar dos benefícios atribuídos ao exame citopatológico, é importante destacar sua vulnerabilidade relacionada a erros de coleta, preparo e conservação das lâminas, bem como interpretações e seguimento dos resultados, que, por vezes, são norteados por subjetividades. Para Gontijo *et al.* (2005), o desempenho profissional no exame está vinculado à qualidade dos recursos humanos envolvidos, já que predomina o trabalho manual desde o momento da coleta do material até o resultado emitido pelo laboratório. Diante de tal vulnerabilidade, torna-se imperiosa a avaliação da coleta de material para o exame de Papanicolaou.

Para Motta (2001), os problemas relacionados com a coleta de material podem e devem ser sempre investigados com o objetivo de serem corrigidos. A avaliação das amostras obtidas é de fundamental importância para se definir programas de re-educação de coleta e preparo do material pelos profissionais envolvidos.

É importante citar a existência de métodos alternativos e/ou com tecnologia mais avançada para o rastreamento do câncer cérvico-uterino. Dentre estes, podem ser citados a Inspeção Visual com Ácido Acético (IVA) e os testes de captura híbrida para detecção do papilomavírus humano (HPV). A IVA tem sido considerada como importante técnica a ser utilizada em países em desenvolvimento por ser um método simples, requerer infra-estrutura mínima e oferecer resultado imediato. Já a captura híbrida (CH II) é um procedimento de hibridização molecular, de rápido processamento e leitura confiável, capaz de detectar 18 tipos de HPV divididos em grupos de alto e de baixo risco de oncogenicidade (GONTIJO *et al.*, 2005).

Enquanto gerente de atenção básica de um município de médio porte da região metropolitana de Fortaleza, no Ceará, lida-se cotidianamente com as ações de controle do câncer de colo do útero e, portanto, com a oferta do exame de Papanicolaou. Este exame vem sendo realizado por médicos e enfermeiros que compõem as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), todavia, no referido município, 95% são realizados por enfermeiros(as). Exercendo esta função e avaliando o exposto, surgiu na pesquisadora a inquietação por investigar sobre a coleta citológica realizada pelos enfermeiros(as), uma vez que a coleta adequada é uma etapa importante para a obtenção de impacto positivo no rastreamento do câncer cérvico-uterino pela técnica de Papanicolaou.

Mediante a magnitude do exame de Papanicolaou para a prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino e considerando-se relevante pesquisar a respeito da coleta de material para o referido exame, passou-se à elaboração das seguintes questões: As unidades de saúde da família dispõem dos recursos materiais necessários à coleta de material para o exame de Papanicolaou? Os enfermeiros possuem conhecimento satisfatório sobre a coleta de material e a realizam adequadamente? O que consta nos laudos laboratoriais em relação à adequabilidade do material coletado pelos enfermeiros?

Sabe-se que é possível detectar inabilidades e/ou ineficiências na prestação dos cuidados ofertados nos serviços de saúde, portanto, é necessário otimizar esforços para criar e/ou implementar condições para a oferta de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade, devidamente reconhecidos pela comunidade científica. Nesse contexto, a avaliação dos serviços de saúde vem se afirmando gradativamente como ação relevante de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde (TOMASI, 2003). Em nível municipal, os desafios são mais provocadores, uma vez que é o cenário onde as políticas públicas são de fato operacionalizadas e concretizadas como um produto para a população, o que justifica sobremaneira a avaliação deste objeto de estudo.

A avaliação proporciona aos gestores uma análise crítica sobre como estão sendo ofertados à população os serviços de saúde. Para Médici (1991), a gerência subsidiada na informação é mais que uma necessidade, é uma filosofia mundial de trabalho. O sucesso na organização da assistência dependerá cada vez mais da descentralização e disponibilidade das informações, propiciando aos trabalhadores a melhoria de seu processo de trabalho e à sociedade a possibilidade de entendimento e controle por meio de suas organizações.

A coleta citológica é um indicador relevante na avaliação da saúde da mulher e faz parte do elenco de indicadores que compõe o Pacto da Atenção Básica, que deverá ser efetuado anualmente entre estados e municípios. No pacto, o elenco de indicadores é avaliado como a razão entre o número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizado em mulheres de 25-59 anos em determinado local e o período e a população feminina de 25 a 59 anos no mesmo local e período.

O indicador objetiva avaliar, de forma direta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) do câncer de colo de útero.

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica é um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção. De acordo com a Portaria n° 21/GM, de 5 de janeiro de 2005, esse pacto é a base para a negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e da situação de saúde da população, a ser alcançada por municípios e estados, tendo como referência legal a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS – SUS 01/2002, aprovada pela Portaria n° 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002, e pela Portaria n° 384/GM, de 4 de abril de 2003 (BRASIL, 2005b).

Em 2006, novamente, a saúde da mulher entra no foco das políticas públicas. Desta feita como uma das seis prioridades do Pacto pela Vida: Controle do câncer de colo de útero e de mama. Para o monitoramento recomendou-se como indicador a proporção de amostras insatisfatórias de exames citológicos. O indicador é calculado pela razão entre o número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cervicovaginais em determinado local e o período e o número total de exames citopatológicos cervicovaginais realizados no mesmo local e período, multiplicado por 100. A meta nacional é de 10%, ao máximo (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida é um dos componentes do Pacto Pela Saúde, instituído através da Portaria N° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. É constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal (CEARÁ, 2006).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a coleta de material para o exame de Papanicolaou realizada por enfermeiros (as).

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar o conhecimento e a prática das enfermeiras com relação à coleta de material para o exame de Papanicolaou.
- Identificar a disponibilidade dos recursos materiais necessários à realização da coleta para o exame de Papanicolaou.
- Avaliar a adequabilidade do material coletado a partir do laudo laboratorial.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Considerações gerais sobre o câncer de colo do útero

A palavra câncer em sua origem latina significa caranguejo. Ziegler (2002) afirma que há uma semelhança entre as pernas do crustáceo e as ramificações do tumor. Para Ayoub *et al.* (2000) associa-se a adesão, sustentação, invasão, conotações essas que levaram à denominação desta patologia.

O INCA atribui o câncer a um conjunto de doenças cuja característica é o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos e o poder de disseminação das mesmas para outras partes do corpo formando metástases. Essas células de unidades anti-sociais autônomas, indiferentes aos sinais reguladores impostos às células normais (BRASIL, 2003).

Para Clark e Mcgee (1997) o câncer é mais bem definido como “uma única célula diferenciada que não obedece ao regulamento da diferenciação, e proliferação celular, que cresce sem respeitar às necessidades do corpo.” O dicionário Aurélio o define como “qualquer tumor maligno” (FERREIRA, 2004).

A carcinogênese do câncer de colo uterino acontece lentamente, levando anos para que a célula passe do estágio de proliferação para um tumor visível (BRASIL, 2002a). Segundo Longatto Filho e Silva Filho (2002), este é um processo complexo e constitui-se em etapas gradativas que vão desde a saída da célula do seu estado normal até a invasão da lesão neoplásica. Tem início com discretas alterações no epitélio pavimentoso da endocérvice, progredindo até a invasão do estroma, necessitando de 10 a 15 anos para chegar a essa última etapa. Em relação a esse período, encontra-se pequena variação na literatura, podendo ser de 10 a 20 anos (MOTTA, 2001; BRASIL, 2002a).

Existem dois tipos de câncer do colo uterino, conforme Ayoub *et al.* (2000): carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma. O primeiro é mais comum e, segundo Clark e Mcgee (1997), sua incidência varia de 80% a 95% e ocorre em mulheres com idade mais avançada. O adenocarcinoma ocorre em mulheres mais jovens e tem um prognóstico mais reservado; apresenta-se na endocérvice, de tamanho volumoso e natureza agressiva, respondendo ao tratamento com menor intensidade.

Anatomicamente o colo do útero divide-se em endocérvice e ectocérvice. A endocérvice, parte interna do colo uterino, é composta por células cilíndricas que produzem muco pelo epitélio colunar simples. A parte externa, a ectocérvice, é composta por um tecido de várias camadas de células, formando o epitélio escamoso estratificado. Entre esses dois epitélios situa-se a Junção Escamo-Colunar (JEC), uma linha que, dependendo da situação hormonal da mulher, pode estar tanto na endocérvice como na ectocérvice (BRASIL, 2002a).

Quando a JEC fica exposta ao ambiente vaginal ácido, as células subcilíndricas (células de reserva) se transformam em células com maior capacidade de adaptação (células escamosas), gerando um novo epitélio, denominado terceira mucosa ou zona de transformação, onde se localizam mais de 90% dos cânceres de colo uterino BRASIL, 2002a).

Freitas *et al.* (2005) afirmam que o adenocarcinoma endocervical desenvolve-se na zona de transformação (ZT), semelhante à neoplasia intra-epitelial cervical. À medida que o grau de diferenciação diminui, o tumor pode mostrar um de dois padrões: a arquitetura glandular persiste, mas as atipias celulares e a produção de muco diminuem; no outro, a diferenciação glandular diminui e a neoplasia se desenvolve com um padrão mais sólido, semelhante ao carcinoma de células escamosas.

Portanto, o câncer de colo uterino apresenta aspectos epidemiológicos e história natural bem conhecida, além de etapas definidas, para diagnósticos pré- malignos ou iniciais (MOTTA, 2001).

A partir da análise histopatológica, verificou-se que as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares. Essas alterações sofreram mudanças de nomenclatura ao longo do tempo a fim de facilitar o diagnóstico da doença. Em 1949, foram classificadas por George Papanicolaou em cinco tipos: Classe I - negativo para células neoplásicas malignas; Classe II – células atípicas presentes, porém negativo para células neoplásicas malignas; Classe III – suspeito para células neoplásicas malignas; Classe IV – positivo altamente sugestivo para células neoplásicas malignas; Classe V – positivo para células neoplásicas malignas (BRASIL, 2006b).

Em 1979, Stegner classificou as displasias de acordo com o grau de comprometimento do epitélio, podendo ser leve, moderada ou grave (MOTTA *et al.*, 2001). Os graus de displasia referiam-se, de forma grosseira, à classe III de Papanicolaou, correlacionando também a Classe IV

com carcinoma escamoso *in situ*. A Classe V continuou a indicar carcinoma invasor e, pela primeira vez, foi dada ênfase a alterações celulares, devido à ação do Papiloma Vírus Humano – HPV (BRASIL, 2006b).

Em 1988 foi criado um novo sistema de classificação das lesões, denominado Sistema Bethesda. Em 1991, o sistema foi revisado, de acordo com Tenconi, Becker, Passini e Haas (2004), sendo possível detectar fatores técnicos ou outros achados possíveis de afetar a interpretação do exame. Esse sistema tem como base o conceito de neoplasia intraepitelial – cervical (NIC), classificando-se em três estágios: NIC I, NIC II e NIC III.

O colo uterino é revestido por células epiteliais pavimentosas dispostas em camadas organizadas que, nos casos de NIC, esta estratificação é caracterizada pelo desordenamento dessas células. Quando ocorre desordenamento celular nas camadas mais basais do epitélio estratificado, o mesmo é caracterizado como NIC I; quando o desordenamento atinge até os três quartos do epitélio e há preservação das camadas mais superficiais, esta é denominada de NIC II. Nos casos de NIC III ocorre uma desordenação em todas as camadas de células. Quando ocorre invasão intensa, em nível de tecido conjuntivo do colo uterino, abaixo do epitélio, denomina-se carcinoma invasor (BRASIL, 2002a).

Considerando a necessidade de incorporar novas tecnologias e atualizar os conhecimentos clínicos, morfológicos e moleculares, o Instituto Nacional do Câncer estabeleceu parceria com diversos segmentos da sociedade científica, como a Sociedade Brasileira de Citopatologia, a Sociedade Brasileira de Patologia, a Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e de Colposcopia, para elaborar uma nova proposta de nomenclatura, em novembro de 2001, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2006b).

Em agosto de 2002, foi aprovada a nova nomenclatura brasileira para laudo dos exames citopatológicos, tendo início as discussões sobre seu impacto nas condutas clínicas e laboratoriais.

Apesar da proposta que havia para divulgação da nova nomenclatura para laudos de exames citopatológicos e das respectivas condutas clínicas preconizadas, no ano de 2003, a mesma só ocorreu em meados de 2006. De acordo com o INCA, a publicação da nova nomenclatura e de condutas preconizadas tem como objetivo orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente

os profissionais de saúde, possibilitando-lhes a orientação adequada em relação ao controle do câncer do colo uterino, baseada nas mais recentes evidências científicas, qualificando, assim, as ações voltadas à atenção integral à mulher (BRASIL, 2006b).

Ainda de acordo com o INCA, a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos contempla aspectos de atualidade tecnológica, mantendo a similaridade com o Sistema Bethesda 2001, o que facilita a equiparação dos resultados nacionais com aqueles encontrados nas publicações científicas internacionais. Foram introduzidos novos conceitos estruturais e morfológicos que contribuem para o melhor desempenho laboratorial e serve como facilitador da relação entre a citologia e a clínica. A estrutura geral facilita a informatização dos laudos, o que permite o monitoramento da qualidade dos exames citopatológicos realizados no SUS. Além disso, o consenso que há das sociedades científicas envolvidas com a confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões torna possível o estabelecimento de diretrizes para as condutas terapêuticas (BRASIL, 2006b).

Descreve-se a seguir a nova Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos divulgado pelo Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2006b).

Quanto à citologia, a recente nomenclatura orienta que seja especificada a forma de preparo, ou seja, se a citologia é convencional ou em meio líquido, uma vez que a adequabilidade do material é avaliada de forma diversa para cada meio.

Foi introduzido o conceito de Avaliação pré-analítica, como uma inovação, visando a estabelecer a rejeição por causas alheias e anteriores à chegada do material ao laboratório e aquelas relacionadas à colheita, coloração ou análise microscópica. A causa da rejeição deverá ser identificada, de preferência no momento da entrada da lâmina no laboratório e seu registro deverá ser feito. Contudo é o profissional responsável pelo exame quem irá assinar o laudo contendo o motivo da rejeição. A amostra poderá ser rejeitada por ausência ou erro de identificação da lâmina e/ou do frasco não coincidente com a do formulário; lâmina danificada ou ausente; causas alheias ao laboratório; e outras causas.

Em relação à adequabilidade da amostra, que anteriormente apresentava três categorias de classificação (amostra satisfatória, satisfatória, mas limitada por... e insatisfatória), agora é classificada apenas como satisfatória ou insatisfatória. No caso da amostra insatisfatória para avaliação oncótica, a mesma pode ser devido a: material acelular ou hipocelular (< 10% do esfregaço)

e leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos, intensa superposição celular e outros. É considerada satisfatória a amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuída, fixada e corada de tal modo que a visualização permita uma conclusão diagnóstica. A disposição em um sistema binário (satisfatório x insatisfatório) melhor caracteriza a visão microscópica da colheita.

São informados obrigatoriamente nos laudos os tipos de epitélio representados na amostra: escamoso, glandular e metaplásico. É importante ressaltar que a presença de células dos epitélios citados, que representam a junção escamo-colunar (JEC), não é utilizada no sistema binário como critério de avaliação da adequabilidade da amostra. Portanto, a amostra adequada pode não ter a representação completa da JEC, ficando a definição de adequabilidade pela representatividade como de exclusiva competência do responsável pela paciente que deverá levar em consideração as condições próprias de cada uma (idade, estado menstrual, limitações anatômicas, objetivo do exame, etc.).

Em relação ao diagnóstico descritivo, os achados poderão ser: 1) Dentro dos limites da normalidade, no material examinado - O acréscimo da expressão “no material examinado” visa a estabelecer, de forma clara e inequívoca, o aspecto do momento do exame. Neste ponto também houve uma diferença importante com o Sistema Bethesda 2001, no qual foi excluída a categoria das alterações celulares benignas. A manutenção do termo nos laudos brasileiros deve-se ao entendimento de que os fatores que motivaram a exclusão não se aplicam a nossa realidade; 2) Alterações celulares benignas - podem ser do tipo: inflamação, reparação; metaplasia escamosa imatura, atrofia com inflamação, radiação e outras (especificar). Em relação à nomenclatura anterior, a única mudança ocorre pela introdução da palavra “imatura” em metaplasia escamosa, buscando caracterizar que é esta a apresentação que deve ser considerada como alteração. Assim sendo, a metaplasia madura, com sua diferenciação, já definida, não deve ser considerada como inflamação e, eventualmente, nem necessita ser citada no laudo, exceto na indicação dos epitélios representados, para caracterizar o local da colheita; 3) Atipias celulares – Células atípicas de significado indeterminado em células escamosas, glandulares ou de origem indefinida.

Nas atipias celulares, em qualquer que seja o tipo de célula, ainda existem as subcategorias possivelmente não-neoplásicas; e não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau. Esta é mais uma inovação da nomenclatura brasileira que criou uma categoria separada para todas as atipias de

significado indeterminado e, mais ainda, a categoria “de origem indefinida” destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. Observa-se que foi excluída a expressão “provavelmente reativa”, a qual foi substituída pela expressão “possivelmente não neoplásica”. Foi introduzida também a expressão “não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau”. Com isso pretende-se dar ênfase ao achado de lesões de natureza neoplásica, reduzindo a dubiedade diagnóstica. O objetivo é identificar as células imaturas, pequenas e que, por sua própria indiferenciação, representam um maior risco de corresponder a lesões de alto grau. Sempre que for necessário, devem ser acrescentadas notas explicativas com o objetivo de orientar o responsável pela paciente nos procedimentos adotados.

Foi desaconselhado o uso das siglas ASCUS e AGUS, devendo sempre constar por extenso os diagnósticos: Em células escamosas: Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia cervical grau I – NIC I); Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III – NIC II e NIC III); Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; carcinoma epidermóide invasor. Foi substituído o termo neoplasia por lesão intra-epitelial, estabelecendo dois níveis (baixo e alto graus), separando as lesões com potencial morfológico de progressão para neoplasia daquelas mais relacionadas com o efeito citopático viral, com potencial regressivo ou de persistência. Foi ainda incluída a possibilidade diagnóstica de suspeição de microinvasão. Em células glandulares: adenocarcinoma *in situ*; adenocarcinoma invasor (cervical endometrial e sem outras especificações); outras neoplasias malignas; presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual). A introdução da categoria Adenocarcinoma *in situ* reconhece a capacidade de identificação morfológica desta entidade e acompanha a nomenclatura internacional. O item “sem outras especificações” refere-se exclusivamente a adenocarcinomas de origem uterina. As células endometriais somente necessitam ser mencionadas quando a sua presença possa ter significado patológico. Assim sendo, seu achado nos primeiros dozes dias que sucedem ao período menstrual, apenas deverá ser referido se houver importância para a identificação de algum processo patológico.

Os laudos citopatológicos podem conter itens relacionados à microbiologia como: *Lactobacillus sp*; bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella Mobiluncus*); outros

bacilos; cocos; *candida sp*; *trichomonas vaginalis*; sugestivo de *Chlamydia sp*; *actinomyces sp*; efeito citopático com vírus do grupo Herpes; outros (especificar). As informações sobre *Chlamydia*, cocos e bacilos foram mantidas por considerar-se a oportunidade, por vezes única, em um país continental e com grandes dificuldades geográficas e econômicas, de estabelecer uma terapêutica antimicrobiana baseada exclusivamente no exame preventivo. A introdução da expressão “bacilos supracitoplasmáticos” busca indicar a apresentação morfológica de agentes microbianos de difícil distinção pelo exame corado e fixado pela técnica citológica, mas que, de modo geral, respondem aos mesmos tratamentos.

3.2 O Exame de Papanicolaou

3.2.1 Marcos históricos

Dr. George Nicholas Papanicolaou, médico grego, nascido em 1883, formou-se na Faculdade de Medicina pela Universidade de Atenas. Em 1943, graças às suas pesquisas, foi descoberto o meio de prevenção do câncer do colo do útero. Especialista em Ginecologia e Embriologia pela Universidade de Munique, na Alemanha, teve sua carreira interrompida para servir o exército na Guerra dos Balcãs. Logo após, decidiu viver nos Estados Unidos e voltou a dedicar-se as suas pesquisas iniciadas em Munique, destacando-se como um grande pesquisador na área de câncer do colo do útero. Passou vários anos desenvolvendo suas pesquisas em laboratórios, examinando as secreções do colo do útero. Observou ainda que o tecido de alguns dos colos, quando visto a olho nu, apresentou-se normal, mas, ao ser examinado com lente de aumento, apresentava alterações (SANTA CATARINA, 2003).

Até 1945 o diagnóstico citológico não tinha sido amplamente aceito como válido. No mesmo ano, Papanicolaou apresentou um trabalho sobre suas aplicações no câncer uterino que imediatamente foi contestado por um estudioso através de estatística que demonstrava a impossibilidade de distinção de células cancerosas isoladas através daquele método. Diante de tanta divergência, um forte sentimento de perplexidade fez com que Papanicolaou cancelasse a reserva de seu trem e passasse a noite na cidade. Pela manhã, no laboratório de seu contestador,

juntos sentaram-se diante de um microscópio com uma caixa de preparações. Passados alguns minutos, Papanicolaou proferiu a seguinte afirmação: “Senhor, me alegro muito de ter ficado aqui. Você e eu estamos totalmente de acordo. Tampouco a mim é possível fazer um diagnóstico citológico com umas preparações tão pobres” (CEARÁ, 2000).

Nem mesmo ao citologista mais experiente, é possível a interpretação correta de um esfregaço se a preparação for inadequada. O diagnóstico citológico é baseado em detalhe celular fino que será perdido caso a amostra não seja devidamente preparada. A exatidão do método depende de material altamente qualificado. Os erros de diagnóstico que ainda ocorrem têm como causa esfregaços mal colhidos, mal estendidos e mal fixados (CEARÁ, 2000).

O exame de Papanicolaou é também conhecido como: panicolau, exame preventivo, exame de lâminas, exame citológico, citologia oncótica, exame citopatológico e exame colpocitológico. Fora do país, é denominado *Pap Test ou Pap Smear*.

O exame preventivo do câncer do colo do útero deve ser realizado uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Para mulheres infectadas pelo HPV e as imunodeprimidas, a orientação é que o rastreamento seja anual. Deve abranger mulheres com idade entre 25 e 60 anos e as que já iniciaram atividade sexual mesmo antes desta faixa etária (BRASIL, 2002b). Pinho e Franca Júnior (2003) reforçam essa assertiva ao afirmarem que não há diferenças na redução da incidência do câncer cervical quando se realizam exames com intervalos anuais ou trienais.

3.2.2 A Coleta Citológica

Para que o diagnóstico de uma lâmina seja realizado de forma adequada é fundamental que detalhes técnicos sejam observados com rigor e cuidadosamente executados durante a coleta.

De acordo com a Secretária da Saúde do Ceará (SESA-CE), uma coleta adequada é aquela que apresenta uma quantidade de células suficientes do local indicado, sem a presença de hemácias ou células do estroma decorrentes de abrasão vigorosa. É necessária a presença de células endocervicais e/ou metaplásicas presentes nas mulheres que possuem colo. Portanto, para que um esfregaço seja interpretável e representativo da mucosa cervical deverá conter, pelo menos,

dois dos três elementos a seguir: células cilíndricas, células metaplásicas e muco cervical (CEARÁ, 2000).

Antes da coleta de material, a lâmina a ser utilizada deverá ser previamente identificada com as iniciais da cliente, número de prontuário e cidade de residência.

Para a obtenção de uma coleta adequada, é necessária a realização das seguintes etapas:

- a) Colocar o espéculo esterilizado na vagina após breve explicação à usuária sobre o procedimento que vai ser realizado. Este deverá ser introduzido fechado sem o uso de lubrificante, a formar um ângulo de 75° com o meato uretral. A parede posterior da vagina é pressionada com os dedos indicador e médio a fim de expor o intróito vaginal e evitar traumatismo da uretra. Apoiado sobre a fúrcula, o aparelho é introduzido lentamente e, quando estiver na metade do trajeto, deve-se realizar uma rotação de 15°, dando ao espéculo a posição que ocupará no exame. Sua extremidade será orientada na direção do cóccix. Nas nulíparas, idosas e menopausadas, deverá ser utilizado o espéculo pequeno (número 1) tendo-se o cuidado para não traumatizar e não lacerar a mucosa genital, uma vez que as mulheres menopausadas possuem vagina e colo atróficos. Nas mulheres que já tiveram filhos, o espéculo a ser utilizado deverá ser o médio (número 2). O espéculo grande (número 3) está indicado para pacientes com extensas roturas perineais (DIÓGENES; REZENDE; PASSOS, 2001);
- b) Realizar a esfoliação da superfície externa e interna do colo introduzindo o braço alongado da espátula de Ayre no canal endocervical, observando para que a parte côncava se aplique na mucosa da ectocérvice, efetuando certa pressão e uma rotação de 360°. É necessária habilidade para não traumatizar a mucosa. O formato da espátula permite abraçar a superfície da ectocérvice e penetrar na endocérvice, alcançando a junção escamo-colunar (JEC). Quando a JEC não for visualizada, há indicação de uso de escova de nylon (escovinha tipo campos da paz) para a coleta citológica do canal cervical, principalmente em mulheres menopausadas. A escova deverá ser introduzida no canal e girada de forma lenta em um ângulo de 360°. As escovas possibilitam a obtenção de uma maior quantidade de células endocervicais do que as espátulas, porém apresentam alguns inconvenientes: tendem a recolher células pequenas e distorcidas que podem tornar difícil a interpretação pelo técnico do laboratório; as escovas podem causar sangramento quando o material está sendo retirado; o material colhido com a escova seca rapidamente e

pode não fixar bem e, finalmente, as escovas são mais caras que as espátulas. Cotonetes não devem ser utilizados para realização do esfregação cervical, visto que a maioria das células fica presa nas fibras de algodão (PFIZER, 1993);

- c) O material coletado (esfregação) deverá ser disposto em fina espessura em uma única lâmina de vidro com extremidade fosca, em sentidos diferentes conforme o local de coleta (ectocérvice e endocérvice), espalhado de forma suave para que as células não sofram esfacelamento, rápida e regular; a lâmina deverá ter espessura com cerca de 1 mm a fim de evitar que se quebre facilmente;
- d) A fixação do esfregação deverá ocorrer imediatamente, não ultrapassando 15 segundos, para que não haja dessecação do material. A lâmina contendo material coletado deverá ser colocada em um tubo com álcool a 96°. A quantidade de álcool no tubo deverá ser suficiente para cobrir completamente o esfregação;
- e) Após a realização dos procedimentos citados, retirar o espéculo com o mesmo cuidado tido durante a sua colocação, evitando prender o colo entre as “abas” do espéculo, beliscando a paciente. Sua retirada aberta causaria dor e traumatismo uretral;
- f) Ao término do procedimento, observar se o material contém rótulo de identificação completa da cliente e se está acompanhado pela requisição de exame citopatológico devidamente preenchida e com assinatura do profissional responsável pela coleta. As lâminas devem ser enviadas para o laboratório o mais breve possível evitando prolongamento desnecessário entre o tempo da coleta e o resultado.

3.3 Atuação do Enfermeiro

O enfermeiro obteve as primeiras experiências em coleta de material para o exame de Papanicolaou no Ceará a partir de 1987, quando o Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), imbuído do propósito de aumentar a cobertura da população pelo exame de prevenção, implantou uma ação conjunta com enfermeiros desempenhando esta tarefa. Na luta pela prevenção do câncer no Ceará, o IPCC pôde contar com o apoio dos enfermeiros, inclusive para implantar serviços de coleta citológica no interior do Estado e treinar pessoal para esta finalidade. Até então apenas as enfermeiras obstetras tinham destaque nessa área e podiam compartilhar seus saberes

com colegas que necessitavam ampliar os conhecimentos nesse campo, considerado novo para os enfermeiros que atuavam em Saúde Pública (DIÓGENES; REZENDE; PASSOS, 2001).

No âmbito nacional ficou constatado o sucesso da Campanha de Combate ao Câncer de Colo Uterino no Ceará, realizada pelo Ministério da Saúde, em 1998, na qual o profissional enfermeiro coordenou, organizou e realizou a coleta citológica, responsabilizou-se também pela viabilização da campanha, contornou as dificuldades, ajudando a divulgar e a conscientizar a população, cumprindo o seu papel na luta contra o câncer de colo uterino (BRASIL, 2002a).

Somente em 1999 esta atividade realizada pelo enfermeiro foi reconhecida e legalizada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria da SAS/MS n° 1230, de 14/10/1999 (BRASIL, 1999).

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Assim, cabe ao enfermeiro atuar na promoção, proteção, recuperação da saúde, exercendo a profissão com autonomia, respeitando os princípios éticos e legais da Enfermagem.

O medo do câncer é um obstáculo na procura pela assistência, daí a importância dos enfermeiros estarem atentos à educação da comunidade sobre os benefícios da detecção precoce. O profissional deve estar preparado para atuar na dimensão do cuidar, prevenindo e detectando precocemente o câncer do colo uterino.

Para o Ministério da Saúde, a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer tem sido objeto de estudo em diversos países e cada vez mais fica comprovada a sua importância nos programas de prevenção junto à população, não só como técnico, mas também como educador e conselheiro (BRASIL, 2002a). A formação holística do enfermeiro com foco voltado para a educação em saúde confere-lhe perfil ideal para atuação nesta área (MOURA; NOGUEIRA, 2001).

Desde os anos 30, um grupo de médicos liderados pelo Professor Mário Kroeff já demonstrava preocupação com a prevenção e controle do câncer. Neste período era idealizada ampla política sanitária em nível nacional para combater o câncer. Porém, somente em 1986, ações efetivas aconteceram através do Ministério da Saúde, como a descentralização das áreas da informação, prevenção e educação em oncologia (BRASIL, 2002b).

Nesta perspectiva foi criado o Instituto Nacional de Câncer cujo objetivo maior era dar suporte, em nível nacional, à formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento

do câncer. Dessa forma, todas as iniciativas nesse sentido passaram a ter como diretriz maior a própria formulação de uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC (BRASIL, 2002b).

A partir de 2000, os exames realizados pelos laboratórios credenciados passaram a ser informados através do Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (SISCOLO), sistema de informática oficial do Ministério da Saúde, que forma um banco de dados em nível estadual. Esse sistema é composto por dois módulos operacionais, um relativo ao laboratório e outro à gerência.

Através desse sistema, é realizada a escolha das lâminas a serem revistas para o controle de qualidade do exame de prevenção de câncer do colo uterino. O tamanho da amostra definido pelo sistema deve atingir, no mínimo, 10% do total dos exames realizados (MAEDA *et al.*, 2004).

De acordo com a Secretaria da Saúde do Ceará, o SISCOLO armazena os laudos citopatológico e histopatológicos, o que permite identificar mulheres com exames positivos para lesões precursoras e câncer de colo de útero, bem como seu seguimento até o efetivo tratamento (CEARÁ, 2002b).

É importante que os profissionais estejam orientados e sensibilizados para o preenchimento correto dos dados de identificação nos formulários para requisição do exame citopatológico, que alimentarão o SISCOLO. A falta ou os dados incompletos poderão impedir o cadastramento da mulher no SISCOLO e a realização do exame no laboratório, além de não permitir o acompanhamento e a busca ativa dessa mulher, caso necessário (BRASIL, 2006a)

O SISCOLO faz parte de um sistema mais abrangente, que é o Sistema de Informações do Câncer da Mulher (SISCAM). A agregação dos dados permitiu a construção de uma base de dados que se destaca como um importante instrumento de avaliação e monitoramento do processo evolutivo da doença no País (BRASIL, 2006e).

Em 2005 foi criada a portaria GM/MS 2439/05 que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, enfocando, entre outros componentes, a promoção e a vigilância em saúde; o sistema de informação como subsídio aos gestores para tomada de decisão; e a atenção básica, na

realização de ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados, sendo estas ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e particularmente pelos enfermeiros (BRASIL, 2006c).

Diante do exposto, percebe-se mais uma vez a oportunidade de participação efetiva dos enfermeiros/as nessa área do cuidado.

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo e natureza do estudo

Pesquisa do tipo avaliativa, com caráter exploratório-descritivo. A pesquisa avaliativa possibilita que se constate o modo de funcionamento de uma determinada prática, política ou programa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O caráter exploratório permitiu que fosse constatado o modo como as enfermeiras realizam a coleta citológica e porque determinados aspectos acontecem, proporcionando maior familiaridade com o problema. O aspecto descritivo consistiu em observar, registrar, classificar e interpretar dados da coleta citológica sem interferência do pesquisador e, mais, obter o retrato preciso das características dos enfermeiros e/ou situações, além da frequência com que ocorrem certos fenômenos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

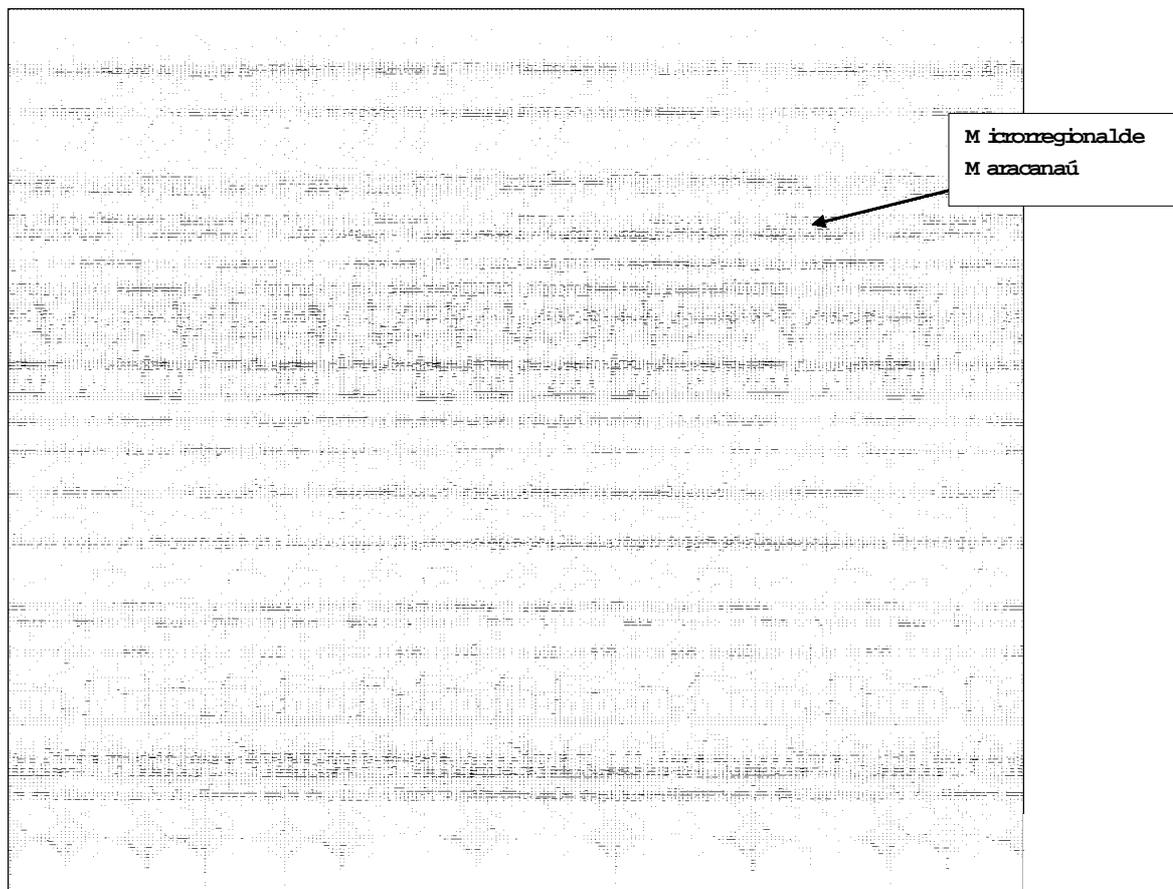
4.2 Universo do estudo

O estudo foi realizado no município de Maranguape-CE, localizado a 22 km da metrópole - Fortaleza. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005), o referido município possui uma população de 98.428 habitantes, dos quais 18.499 mulheres com idade entre 25 e 59 anos, faixa etária correspondente à necessidade de cobertura pelo exame de Papanicolaou.

Maranguape pertence à III Célula Regional de Saúde do Estado (III CERES) – Maracanaú, compartilhando as buscas de soluções para os problemas comuns em saúde com outros sete municípios que integram a Célula (Redenção, Acarape, Barreira, Guaiuba, Pacatuba, Palmácia e Maracanaú), por meio de pactuações que refletem o processo de microrregionalização da saúde (ANEXO).

Segundo a Secretaria da Saúde do Ceará, no município de Maranguape, em 2003, não houve registro de óbitos por câncer de colo uterino (CEARÁ, 2005a). Em 2004, a taxa de mortalidade no referido município foi de 4,3/100.000 habitantes (CEARÁ, 2005b).

Figura 1. Mapa do Estado do Ceará segundo a Regionalização da Saúde.



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2006

O município de Maranguape, em 2005, não alcançou a meta pactuada no indicador razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25-59 anos e a população feminina nesta faixa. Foi pactuada a razão de 0.3 exames e alcançada a razão de 0.2 (CEARÁ, 2005b).

O número de coletas citológicas realizadas na faixa etária anteriormente referida e no mesmo ano, realizadas em Maranguape, foi de 4.393. A população de mulheres na faixa etária de 25-59 anos prevista pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2005 foi de 18.499 mulheres (IBGE, 2005). A insuficiência de material, como espécuro e pinça, foi fator determinante para o não alcance da meta (MARANGUAPE, 2005).

4.3 População e amostra

O município de Maranguape conta atualmente com 21 equipes do Programa Saúde da Família em atividade. Cada equipe é composta por uma enfermeira, um médico, um auxiliar de

enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de saúde, sendo co-responsável pela saúde de cerca de 1.000 famílias, o que corresponde a uma média de 3.450 a 4.500 pessoas. A cobertura do PSF no município, de acordo com o critério máximo de 4.500 habitantes por equipe, estabelecido pelo Ministério da Saúde, é de 90%.

A população foi constituída por todas as enfermeiras (N=21), que realizam coleta citológica nas Unidades Básicas do Programa Saúde da Família, distribuídas na zona urbana e zona rural, visto que todas aceitaram participar do estudo.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados se deu no período de agosto a outubro de 2006, por meio da observação estruturada direta das enfermeiras, orientada pelo Instrumento de Reconhecimento da Qualidade (IRQ) e por meio da observação participativa. Anterior à observação, cada enfermeiro respondeu a um questionário abrangendo aspectos profissionais para a caracterização do seu perfil (APÊNDICE A) e duas questões técnicas relacionadas à coleta citológica. Ademais, os laudos citológicos das lâminas coletadas foram seguidos para contemplar a avaliação da adequabilidade das mesmas.

A observação estruturada direta permitiu nomear, através de um “sistema de checagem”, de modo sistemático, os comportamentos e eventos quantitativos e qualitativos que se deixam entrever na coleta citológica. Envolve a enumeração dos procedimentos que o pesquisador deve observar e registrar pelo uso de escalas de pontuação para consolidar o que fora observado. Através da técnica de observação participativa, o pesquisador participa do funcionamento do grupo ou instituição investigada, mantendo contato e envolvimento com os sujeitos da pesquisa, e representa tanto uma fonte de dados quanto uma base para a compreensão do significado dos mesmos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O IRQ é parte da “Metodologia de Melhoria da Qualidade (MMQ)” aplicada na Atenção Básica à Saúde, um produto do Projeto de Qualidade (Proquali), desenvolvido em uma parceria da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE) com três agências de cooperação internacional: Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), Management Sciences for Health

(MSH) e Center for Communication on Programs (CCP), visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, no nível primário de atenção (CEARÁ, 2002a).

O referido instrumento (APÊNDICE B) apresenta passo a passo os critérios para a realização adequada da coleta de material para o exame de Papanicolaou que, em conformidade com a MMQ, tem sua aplicação voltada para a avaliação dos profissionais. Estes foram observados de forma direta e sistemática, por ocasião de três coletas cada, realizadas nos respectivos sítios de atuação. Observar três procedimentos por cada profissional foi a estratégia adotada para superar distorções comportamentais ou reatividade manifesta pela presença do observador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim, foram observados ao todo 63 procedimentos.

Durante a observação estruturada, não houve interferência da pesquisadora no procedimento ou nas condutas adotadas pelas enfermeiras, todavia foram-lhes feitas perguntas, no sentido de aclarar detalhes do objeto investigado, o que está pautada na observação participativa. Os dados advindos da observação estruturada foram registrados no próprio IRQ em uma das categorias: sim (S); não (N); ou não se aplica (NA), categoria adotada quando o procedimento mostrar-se desnecessário à condição da cliente. A avaliação final de cada enfermeira foi feita por cada etapa da coleta investigada, estabelecendo-se como adequada aquela que alcançou sim (S) ou não se aplica (NA) nos três eventos observados (CEARÁ, 2002a). A observação foi efetuada por profissional capacitada, experiente e especializada no campo de investigação, no caso a própria pesquisadora.

Os dados da observação participativa foram registrados sob a forma de “anotações em campo”, instrumento do registro cotidiano de eventos e diálogos ocorridos de maneira ampla, analítica e interpretativa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para preservar a identidade da paciente, foram anotados no Instrumento de Reconhecimento da Qualidade (IRQ) o número de prontuário, a data de realização do exame e um número de ordem, de forma a permitir analisar os dados levantados sobre a técnica de coleta para o exame de Papanicolaou e o laudo laboratorial do respectivo material, posteriormente.

Os laudos foram acessados na Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Município, setor de recebimento direto do laboratório, a qual efetua a redistribuição dos mesmos para as respectivas equipes de PSF. Nessa oportunidade as lâminas identificadas com o número de ordem referente à pesquisa eram selecionadas para a coleta de dados.

4.5 Organização dos dados para análise

Os resultados foram organizados em tópicos: 1) Caracterização das enfermeiras; 2) formação, acesso a manuais técnicos e conhecimentos para lidar com a coleta citológica; 3) desempenho de enfermeiros na coleta de material para o exame de Papanicolaou, com os subitens: desempenho quanto às medidas de biossegurança, desempenho quanto a proporcionar conforto e segurança às mulheres durante a coleta de material e desempenho na coleta de material propriamente dita; 4) disponibilidade de recursos para a realização do procedimento e; 5) adequabilidade das lâminas segundo laudo laboratorial.

4.6 Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos da Pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Portaria 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que destaca, fundamentalmente, a proteção ao bem-estar dos indivíduos pesquisados, bem como o respeito aos valores culturais, morais, religiosos e éticos (BRASIL, 1996). A pesquisa foi realizada com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer nº 383/2006 (APÊNDICE E).

A pesquisadora apresentou os objetivos do estudo para cada enfermeira que, em seguida, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Às mesmas foram garantidos a confidencialidade e o sigilo com relação às informações fornecidas e observadas. O consentimento esclarecido constitui-se um processo em que pesquisadores garantem aos sujeitos pesquisados as informações adequadas sobre a pesquisa, os riscos potenciais, os desconfortos e incômodos, assim como os benefícios de participarem do estudo, informando-os sobre o direito de participar ou não da pesquisa (BRASIL, 1996).

Às clientes foi solicitada a permissão para que a pesquisadora observasse a coleta citológica, procedimento no qual foram sujeitos indiretos do estudo, também assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

4.7 Financiamento

O estudo obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), uma vez submetido ao Edital MCT-CNPq / MS-DAB / SAS – N° 49/2005 para Seleção Pública de propostas sobre Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde.

Contou-se, ainda, com o amparo da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) sob a forma de Bolsa de Demanda Social.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das Enfermeiras

Com relação à faixa etária das 21 enfermeiras participantes do estudo, encontrou-se uma idade mínima de 22 anos e máxima de 55 anos. Todas eram do sexo feminino, fato relevante, pois o profissional sendo do mesmo sexo favorece a interação com a cliente. Segundo Carvalho e Furegato (2001), há por parte das usuárias uma preferência pelo profissional do sexo feminino, o que pode ser justificado por uma possível conotação de cumplicidade entre seres semelhantes. Pesquisa realizada no Ceará constatou que as mulheres ainda apresentam resistência em realizar exame ginecológico com profissional do sexo masculino. As percepções que seguem comprovam a referida evidência: “*Durante o exame fiquei toda me tremendo, morrendo de vergonha porque foi homem*”; e uma outra usuária ressaltou – “*Senti-me diferente porque era mulher [referindo-se à profissional], mas se fosse homem era mais ruim*” (SOUSA, 2006).

Quanto ao tempo de formadas, o período variou de menos de um a 25 anos, com predomínio maior para a faixa de 9 a 11 anos. Sobre o tempo de experiência na realização de coleta para o exame de Papanicolaou, a média foi de oito anos. O acúmulo de experiência e a repetição do procedimento poderão estar associados à maior habilidade profissional na coleta citológica.

5.2 Formação, acesso a manuais técnicos e conhecimento para lidar com a coleta citológica.

Quatorze (67%) das entrevistadas afirmaram não ter realizado nenhuma prática específica em coleta citológica na graduação e, mesmo após a graduação, onze (52%) também afirmaram nunca ter realizado treinamento. Das 10 (48%) que afirmaram ter participado, 3 (30%) não lembraram quando, 3 (30%) fizeram há 2 anos e 4 (40%), entre 3 e 6 anos. Dezesesseis (76%) das enfermeiras afirmaram ter acesso a manuais e normas relacionadas a essa temática. Numa auto-avaliação, 17 (81%) afirmaram ter segurança em realizar o exame e entre as 4 (19%) que não se sentiram seguras, as dificuldades estavam no manejo do espécuro, na descrição do colo e/ou na preparação do esfregaço.

Quando solicitado que fossem descritas três condições de uma lâmina adequada para o exame de Papanicolaou, as respostas obtidas foram: adequabilidade do esfregaço (18), o que incluiu material bem disposto na lâmina (7), material suficiente (6) e ausência de sangue no esfregaço (5); identificação correta da lâmina (11); integridade da lâmina (6); e ser de ponta fosca (3).

A tabela a seguir apresenta um consolidado do conhecimento das enfermeiras quanto aos locais adequados para a coleta citológica.

Tabela 1 – Distribuição do conhecimento sobre local adequado para a coleta citológica segundo informações das enfermeiras. Unidades de Saúde da Família, Maranguape-CE. Agosto a outubro de 2006

Variáveis (n=21).....	Nº	%
Endocérvice e ectocérvice (com ênfase na JEC)	10	48,0
Ectocérvice, endocérvice e fundo de saco	5	24,0
Endocérvice e fundo de saco	1	4,0
Não se aplica	5	24,0
	21	100,0

Foi satisfatório constatar que a maioria das enfermeiras, ou seja, 16 (76%), apontou a ectocérvice e endocérvice como locais adequados para a coleta citológica, pois a visão de uma coleta centrada na endocérvice e ectocérvice com ênfase na JEC é fundamental para a detecção precoce do câncer de colo uterino, uma vez que, segundo Brasil (2002b), é nessa zona que se localiza mais de 90% dos casos de carcinoma cervical. É importante destacar que as (24%) enfermeiras, cujas respostas foram consideradas como “não se aplica”, corresponderam à incompreensão da pergunta, uma vez que comentaram sobre ambiente e estrutura física para realização do exame.

Um esfregaço de boa qualidade deverá conter três tipos de epitélio: o epitélio pavimentoso estratificado – aquele contendo várias camadas celulares, encontrado na parte externa do colo uterino em contato com a vagina; o epitélio cilíndrico ou glandular – encontrado na endocérvice, possui camada única de células; e o epitélio metaplásico – encontrado na junção escamo-colunar. A presença de células cilíndricas endocervicais no esfregaço é considerada como necessária para uma avaliação citooncológica mais precisa, reduzindo a possibilidade de falsos-negativos (BRASIL, 2002a). Portanto, as pesquisadas, em sua maioria, demonstraram ter conhecimento para proporcionar esse desfecho.

De acordo com o Ministério da Saúde, a coleta de material do fundo de saco não é recomendada para o diagnóstico do câncer de colo uterino, visto que o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncológico (BRASIL, 2006a). Esse tipo de amostra tem indicação para obtenção da microbiologia vaginal, cujos resultados ainda permanecem nos laudos citopatológicos devido ao fato de ser, muitas vezes, a oportunidade que a mulher dispõe para tratar uma vaginose, por exemplo.

O conhecimento anátomo-fisiológico do colo uterino é indispensável para que as enfermeiras atuem de maneira adequada na coleta citológica. Neste sentido, chama-se a atenção para as alterações que podem ocorrer em relação à localização da junção escamo-colunar, que na infância e pós-menopausa, geralmente, situam-se para dentro do canal cervical. Já na menacme, devido à ação estrogênica, a JEC situa-se no orifício externo ou para fora deste, fenômeno denominado de ectopia ou eversão (BRASIL, 2002a). A visão direta da vascularização estromal é responsável pela tonalidade vermelho-vivo do epitélio glandular. O contraste com a coloração rosa-pálido da ectocérvice acentua ainda mais essa característica (PEREYRA; DIAS; PARELLADA, 2000).

Com esse conhecimento é possível que não sejam utilizados termos indevidos, como ferida no colo do útero, conforme foi dito por duas enfermeiras ao terminar a coleta (diário de campo), evitando, assim, preocupações desnecessárias às usuárias, já que a ectopia é um processo fisiológico que ocorre no colo uterino.

A senhora está com uma feridinha no colo do útero, mas pode ser tratada.

Tem uma ferida bastante inflamada...

5.3 Desempenho de Enfermeiras na coleta de material para o exame de Papanicolaou

5.3.1 Desempenho quanto às medidas de biossegurança

Tabela 2 – Distribuição do número de enfermeiros segundo realização dos critérios de biossegurança. Unidades de Saúde da Família, Maranguape-CE. Agosto a outubro de 2006

Variáveis (n=21)	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Lava as mãos com água e sabão e seca em toalha de papel ou utiliza solução de álcool 60-90% (etílico, n-propílico ou isopropílico com glicerina a 2% antes de realizar o procedimento;	4	19,0	17	81,0
Lava as mãos com água e sabão e seca em toalha de papel ou utiliza solução de álcool 60-90% (etílico, n-propílico ou isopropílico com glicerina a 2% após realizar o procedimento;	12	57,0	9	43,0
Coloca as luvas de procedimento nas duas mãos;	21	100,0	—	—
Despreza o material contaminado em recipiente apropriado;	—	—	21	—
Retira as luvas e despreza em recipiente apropriado.	21	100,0	—	—

Biossegurança, em seu sentido amplo, significa vida livre de perigos. São medidas que visam a contribuir para que as atividades sejam exercidas sem riscos para os profissionais (CAVALCANTE; MONTEIRO; BARBIERI, 2003).

A lavagem das mãos constitui-se uma das principais medidas de biossegurança, sendo um procedimento que, além de remover a sujeira das mãos, remove a flora microbiana

transitória da camada mais superficial da pele, evitando infecção cruzada entre pacientes. Deverá ser realizada antes e após contato com o paciente, entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente e imediatamente após a retirada das luvas (TIETJEN; BOSSEMEYER; MCINTOSH, 2005).

Neste estudo, 4 (19%) dos enfermeiros realizaram a lavagem das mãos antes de realizar a coleta citológica, porém houve um aumento considerável na realização desse procedimento após a execução do exame, ou seja, foi realizado por 12 (57%) dos enfermeiros. Este percentual ainda é baixo, uma vez que é necessária a lavagem das mãos sempre que o profissional manusear instrumentos que possam estar contaminados, como o espécuro e a pinça Cherron, por exemplo, e sempre que tocar mucosas, sangue ou outras secreções corporais. A lavagem das mãos deve também ser feita antes e após a remoção de luvas de exame nos procedimentos de rotina, tais como o exame pélvico (TIETJEN; BOSSEMEYER; MCINTOSH, 2005).

Em algumas unidades, apesar de ter pias e torneiras, esses equipamentos eram subutilizados ou por falta de água corrente ou por danificação da estrutura (diário de campo). Nessas condições, é aconselhável o uso de gel alcoólico, uma vez que apresenta excelente resultado na higienização das mãos, opção não utilizada no universo estudado (TIETJEN; BOSSEMEYER; MCINTOSH, 2005).

O álcool etílico e o isopropílico possuem atividade contra bactérias na forma vegetativa, vírus envelopados (por exemplo: vírus causadores da influenza, das hepatites B e C e da AIDS), micobactérias e fungos. Não apresentam ação contra esporos e vírus não-envelopados (por exemplo: vírus da hepatite A e Rinovírus), caracterizando-se como a única substância que tem ação desinfetante e anti-séptica, porém sem propriedade esterilizante. Em geral, o álcool isopropílico é considerado mais eficaz contra bactérias, enquanto o álcool etílico é mais potente contra vírus, enfim, o álcool é uma ótima opção por possuir características microbidas que abrangem os microorganismos mais frequentes, além de possuir fácil aplicabilidade, custo acessível e baixa toxicidade (SANTOS *et al.*, 2000).

A secagem das mãos deve ser feita, preferencialmente, com toalha de papel, pois as toalhas convencionais de tecido permanecem úmidas, possibilitando o crescimento e a transmissão

de microorganismos. Quando usadas devem ser de maneira individual. O papel toalha deve ser mantido sempre dentro do suporte e adquirido em toalhas individuais e não em rolo. No estudo, a maioria das unidades oferecia toalha de tecido, porém não era de uso individual; e as que tinham papel toalha, este era em formato de rolo. O uso coletivo da toalha de tecido é desaconselhado, pois as toalhas usadas por muitas pessoas contaminam-se com rapidez (TIETJEN; BOSSEMEYER; MCINTOSH, 2005).

Quanto ao uso das luvas, foi satisfatório constatar que 100% das enfermeiras dispunham de luvas de procedimento, de látex, e as utilizavam nas duas mãos. Os profissionais deverão utilizar luvas antes de entrar em contato com sangue e com líquidos corporais de qualquer cliente. Deve ser utilizado um par de luvas diferente para cada cliente com a finalidade de evitar a contaminação cruzada, ou seja, contaminação de um cliente a outro, do profissional de saúde para o cliente ou vice-versa (TIETJEN; BOSSEMEYER; MCINTOSH, 2005).

O material reprocessável (espéculos, pinças e cubas) fora desprezado, em sua maioria, adequadamente, ou seja, em recipiente plástico impermeável. Todavia, esses recipientes não apresentavam identificação. Parte continha solução clorada, outra parte solução clorada mais sabão em pó e o restante, nenhum tipo de solução. Em algumas unidades, o mesmo material era desprezado em caixas de papelão revestida por saco plástico improvisado, sendo encaminhado, posteriormente, para reprocessamento em autoclave ou estufa no município sede, pois somente seis equipes dispunham do equipamento para esterilização.

Percebe-se, pois, que no município estudado não havia uma padronização em relação ao processamento de materiais contaminados, visto as diversas formas adotadas.

É sabido que todo material a ser reprocessado deve ser descontaminado no próprio local de uso, com o propósito de prevenir acidente, como a contaminação profissional envolvendo funcionários responsáveis pelo transporte e/ou lavagem e escovação. Para a descontaminação pode ser utilizada a solução de cloro a 0,5% ou fenol sintético. A desvantagem da solução de cloro está na necessidade de controlar o tempo de exposição de 10 minutos sob pena de o material sofrer corrosão. Porém, seu benefício está no baixo custo e na eficácia em eliminar o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV),

o vírus da hepatite B e C, principais agentes relacionados aos acidentes com materiais contaminados por fluidos corporais. Outra opção seria desprezar o material em recipiente impermeável (plástico) e realizar a respectiva etapa somente no setor de lavagem, garantindo a luva apropriada (luva de serviço) ao pessoal que executa a lavagem (TIETJEN; BOSSEMEYER; MCINTOSH, 2005).

Anotações do diário de campo identificaram que, ao término de um atendimento, o material contaminado reprocessável fora transportado para esterilização no município sede, porém ficou por dois dias no porta-malas do carro das equipes do PSF até ser entregue ao destino final. Outro caso foi o de um recipiente contendo espéculos, pinças e cuba que havia sido utilizado há três dias e ainda permanecia na sala de atendimento de uma das unidades. Ressalta-se o fato de que este tipo de conduta implicou diretamente em prejuízo no fluxo do serviço, uma vez que, em algumas ocasiões, faltou material para outras equipes realizarem a coleta citológica. Ademais, os danos causados aos instrumentais são relevantes. Assim, ocorrências dessa natureza devem ser evitadas.

O material descartável contaminado fora desprezado em saco plástico juntamente com o lixo comum, evidenciando a não segregação do lixo, aspecto que deve ser seguido pelos profissionais para reduzir a geração de lixo infeccioso, já que representa uma ameaça para o meio ambiente e implica em custos maiores. Em nenhuma das unidades havia saco plástico, branco leitoso, identificado com símbolo biológico para lixo infectante, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BRASIL, 2004).

A responsabilidade pela geração de resíduos nos serviços de saúde, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC N° 306, de 7 de dezembro de 2004) da ANVISA, é dos serviços de saúde, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até o seu destino final (BRASIL, 2004). No município em estudo, não é realizada a gestão do lixo infeccioso conforme a referida RDC, fazendo-se de maneira inadequada e muitas vezes improvisada.

Tabela 3 – Distribuição do número de enfermeiros segundo realização dos itens de conforto e segurança na Coleta de material para o exame de Papanicolaou. Unidades de Saúde da Família, Maranguape-CE. Agosto a outubro de 2006

Variáveis (n=21)	Sim		Não	
	N.º	%	N.º	%
Certifica-se de que a mulher está com a bexiga vazia	2	9,5	19	90,5
Explica a usuária o que vai ser feito	4	19,0	17	81,0
Cobre a usuária adequadamente	20	95,0	1	5,0
Não permite entra e sai de pessoas durante o atendimento	14	67,0	7	33,0
Mantém a porta do consultório fechada	17	81,0	4	19,0

Durante a pesquisa, apenas 2 (9,5%) das enfermeiras certificaram-se de que a usuária estava com a bexiga vazia. É preciso atenção dos profissionais para este aspecto, uma vez que a bexiga vazia ajuda a relaxar a musculatura perineal e facilita o exame bimanual do útero. Sabe-se que a contratilidade da musculatura pélvica, vaginal e perineal dificulta a introdução do espelho, causando tensão, desconforto e dor (APPLING, 2005).

Quanto a explicar à usuária o que irá ser feito, apenas quatro (19%) das enfermeiras o fizeram. Em estudo realizado por Moura e Nogueira (1999), também em municípios do Ceará, sobre a atuação de enfermeiras nas ações do câncer cérvico uterino, das onze enfermeiras avaliadas, quatro explicaram o procedimento às usuárias, o que vem confirmar os achados em discussão. Faz-se necessário, portanto, uma maior interação entre enfermeiras e usuárias. É preciso uma postura profissional que vá além do tecnicismo, considerando uma aliança entre aspectos biológicos e psicológicos da mulher, pois quando se trata de ser humano não há dicotomia entre o emocional e o fisiológico. Para Oliveri (1985), a atitude principal para o sucesso dos profissionais da área de saúde é a compreensão do ser humano e de suas necessidades, associada a uma capacidade de comunicação indispensável para interagir com uma grande variedade de indivíduos em diferentes fases da vida.

É fundamentalmente importante que a mulher esteja ciente do procedimento ao qual está sendo submetida, amenizando o medo e a insegurança gerados pelo exame ginecológico. A

confiança estabelecida entre profissional e paciente acarretará uma expectativa positiva da mulher em relação ao exame, favorecendo o retorno desta e, possivelmente, a mobilização de tantas outras no seio da família e da comunidade (MOURA; NOGUEIRA, 1999).

Tão importante quanto explicar à usuária o procedimento que irá realizar é utilizar uma linguagem que possa ser entendida pela mesma. Durante a pesquisa, dentre as enfermeiras que explicavam o procedimento, ouviram-se frases do tipo: “Vou passar o espêculo, tá?” ou ainda “vou introduzir o aparelho” (diário de campo). Houve, porém, uma enfermeira que dizia que ia colocar o espêculo ao mesmo tempo em que o mostrava para a cliente. Percebeu-se com essa atitude a expressão de afirmação da mulher em visualizar o espêculo ao mesmo tempo em que a enfermeira falava o nome do instrumento, demonstrando que de fato estava entendendo. Essa experiência deve ser evitada uma vez que a linguagem técnica muitas vezes impede que haja um entendimento na comunicação entre profissional e usuária. Conhecer o espêculo e até tocá-lo poderá aliviar o medo e a ansiedade da mulher em relação ao exame (SOUSA, 2006).

No critério de cobrir a usuária adequadamente apenas uma (5%) enfermeira não o fez, e nesse caso a usuária tentava se cobrir, repuxando a bata, demonstrando vergonha (diário de campo).

Apesar de a maioria das enfermeiras cobrir as usuárias, destaca-se o fato de que o lençol é único para todas as pacientes, bem como o lençol que cobre a mesa ginecológica. No caso deste último, observa-se em uma unidade que as mulheres levavam uma toalha para colocar na cama durante a realização de seu exame, orientação bastante pertinente, favorecida pela enfermeira. Em algumas unidades, um lençol reserva era disponibilizado para ser utilizado, no caso do que está em uso ser molhado ou sujo.

Segundo o Ministério da Saúde (2006a), os aventais/camisolas bem como os lençóis deverão ser descartáveis. Após o uso deverão ser desprezados em local apropriado. Caso sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem, segundo rotina da Unidade Básica de Saúde da Família.

Em relação à privacidade da paciente, a maioria das enfermeiras impediu “entra e sai” de pessoas durante o atendimento e mantiveram a porta do consultório fechada. Dentre as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), enfatiza-se que o atendimento à mulher deve ser individual, garantindo a presença do/a acompanhante, quando ela desejar. O respeito e a

atenção durante o atendimento são essenciais para que se estabeleça uma relação de confiança entre a usuária e o/a profissional de saúde.

Havia unidades que, apesar da janela estar fechada, as venezianas ficavam abertas, causando insegurança à paciente.

5.3.2 Desempenho na realização da coleta de material para o exame de Papanicolaou

Tabela 4 – Distribuição do número de enfermeiros segundo realização dos critérios da técnica de coleta propriamente dita. Unidades de Saúde da Família, Maranguape-CE. Agosto a outubro de 2006

Variáveis (n=21)	Sim		Não	
	N.º	%	N.º	%
Certifica-se de que a mulher está em abstenção sexual durante 48 horas que antecedem a coleta;	—	—	21	100,0
Certifica-se de que a mulher não fez uso de duchas intravaginais ou medicamentos nas 48 horas que antecedem a coleta;	—	—	21	100,0
Certifica-se se há sangramento fora do fluxo menstrual;	—	—	21	100,0
Coloca o espécuro sem lubrificar;	21	100,0	—	—
Coleta material da ectocérvice com espátula de Ayre (introduzindo a parte denteada da espátula no canal endocervical, fazendo uma rotação de 360°);	18	86,0	1	5,0
Coleta material da endocérvice com escovinha tipo campos da Paz;	19	90,5	2	9,5
Coloca o material coletado em lâmina única;	21	100,0	—	—
Faz a fixação do esfregaço com álcool a 96% imergindo a lâmina completamente na solução ou faz com spray fixador;	21	100,0	—	—
Realiza a inspeção visual com ácido acético;	20	95,0	1	5,0
Realiza teste de Schiller;	21	100,0	—	—
Retira o espécuro de forma adequada (primeiro soltando-o do colo, depois fechando-o e retirando-o em seguida).	19	90,5	2	9,5

A técnica da coleta foi satisfatória entre 90,5% ou mais dos enfermeiros em sete dos 11 itens avaliados.

De acordo com Appling (2005), são muitos os fatores evitáveis que podem interferir no resultado da coleta citológica, como relação sexual nas 48 horas que antecedem o exame, resquícios de medicamentos, a presença de espermatozoides no esfregaço. O uso de duchas ou medicamentos locais, 48 horas antes da coleta, elimina depósitos celulares e impede a obtenção de amostra adequada. A instilação de medicações vaginais no mesmo período dificulta a interpretação citológica. A aplicação tópica de antibióticos promove uma descamação mais rápida de células sendo indicado, portanto, que a coleta seja adiada por pelo menos um mês. Apesar de constituir aspectos importantes à qualidade da lâmina, nenhuma das enfermeiras pesquisadas abordou as usuárias com questionamentos dirigidos para tais eventos.

As enfermeiras, não questionaram acerca de sangramento fora do período menstrual. Uma cliente referiu sangramento intermenstrual, o que foi atribuído pela enfermeira, de forma provável, ao anticoncepcional injetável que a mesma utilizava. Apesar de não compor o formulário de pesquisa, a data da última regra da paciente foi uma constante, visto que estava contida na “ficha da mulher”, preenchida por ocasião da anamnese. É oportuno citar que a coleta de uma amostra durante a menstruação ou sangramento transvaginal de outra natureza é inadequada porque o fluxo sangüíneo leva células consigo. O ideal é colher a amostra cinco a seis dias antes da menstruação ou uma semana após. O sangramento fora do período menstrual deverá ser pesquisado mesmo com a possibilidade de não se obter a melhor coleta, pois é uma condição que precisa ser esclarecida com brevidade e guarda forte relação com o câncer de colo e de endométrio. Caso haja presença de sangue no esfregaço, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) recomenda o uso de algumas gotas de solução de ácido acético a 2% à solução fixadora (por exemplo, o álcool), a fim de melhorar a qualidade da lâmina para a leitura.

A atuação das enfermeiras foi plenamente condizente com a literatura no que diz respeito à não utilização de lubrificantes durante a introdução do espéculo. O uso de lubrificantes deverá ser utilizado, excepcionalmente, em mulheres idosas que estejam com a vagina ressecada. Nestes casos recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico (BRASIL, 2006a). É recomendado, também,

umedecer o espéculo com água morna que, além de facilitar a introdução do espéculo, proporciona conforto à paciente (APPLING, 2005).

A maioria das enfermeiras realizou a coleta de material da ectocérvice utilizando corretamente a espátula de Ayre. Porém, duas não utilizaram a parte denteada da espátula, reduzindo as chances de realizar um raspado de diâmetro esperado. Deve-se colocar a extremidade mais longa da espátula no óstio do colo, girando 360°, tendo o cuidado de incluir a zona de transformação e a junção escamocolunar (JEC), quando visualizada. Aconselha-se realizar primeiro essa coleta para evitar contaminação da lâmina com sangue que, às vezes, aparece após o uso da escovinha (BRASIL, 2002a).

Em relação à coleta da endocérvice utilizando a escovinha tipo campos da paz, 19 (90,5%) enfermeiras a realizaram. As duas que não executaram esse procedimento justificaram como não sendo necessário porque já haviam realizado a coleta com a espátula. Em se tratando de evidências, uma revisão analisando 28 estudos randomizados, quase randomizados e pareados, com 85.000 pacientes, concluiu que o uso combinado da espátula de Ayre com a escova cervical obtém melhores resultados para o esfregaço do que seu uso isolado (BUNTINX; BROUWERS, 1996).

Ainda em relação ao uso da escova, observou-se duas coletas em que a rotação de 360° foi realizada mais de uma vez e de forma vigorosa, o que resultou em sangramento do colo (diário de campo).

O preparo dos esfregaços em lâmina única é baseado na afirmativa de que este método é tão eficaz quanto o método de dupla lâmina, além das vantagens de reduzir os custos e o tempo do trabalho no laboratório, o que foi adotado por todas as profissionais (BRASIL, 2002a).

Uma realidade no município estudado é a utilização de um tubo único para colocar várias lâminas de pacientes diferentes. Esse fato não condiz com a orientação do Ministério da Saúde, quando afirma que não se deve transportar várias lâminas em um mesmo frasco (BRASIL, 2002a). É importante observar o tempo que a lâmina fica exposta ao meio ambiente, pois esta deve ser colocada no tubo contendo fixador, imediatamente após sua realização, a fim de evitar que as células ressequem, o que interferiria na coloração nuclear e na interpretação citológica (APPLING,

2005). Observou-se, em duas coletas, morosidade em colocar a lâmina no tubo, ultrapassando os 15 segundos preconizados pelo Ministério da Saúde, além do fato de o ventilador estar direcionado para a lâmina, expondo-a ao risco de dessecação (diário de campo), porém, mesmo assim, o laudo laboratorial não mencionou dessecação da respectiva lâmina. Apesar dessa contradição à literatura pertinente, este caso foi observado em apenas um evento, o que não fornece subsídio para algum tipo de inferência, mantendo-se aos profissionais que realizam coleta a orientação de fixar a lâmina no tempo recomendado pelo Ministério.

Outro fato comum foi o vigor desnecessário empregado durante a confecção do esfregaço obtido do conteúdo cervical através da escova, o que se presumia haver destruição celular e, conseqüentemente, adequabilidade insatisfatória da amostra, aspecto não evidenciado nos laudos laboratoriais.

5.4 Disponibilização dos materiais necessários à realização da coleta de material para o exame de Papanicolaou.

Para a realização de uma coleta citológica adequada, a enfermeira deverá assegurar-se de todo o material necessário. A garantia de material em quantidades suficientes é fundamental para o êxito da ação (BRASIL, 2006a).

Para a coleta citológica, os seguintes recursos materiais devem estar ao alcance da enfermeira: pinça Cherron, espéculos nos três tamanhos (1, 2, 3), foco móvel com haste flexível, espátula de Ayre, luvas de procedimento, escovinha tipo campos da paz, porta lâminas contendo álcool etílico a 96%, algodão, gaze esterilizada ou submetida à desinfecção de alto nível, lápis grafite ou preto nº 2, formulário de requisição do exame citopatológico, borracha e lâmina de vidro com extremidade fosca para microscopia. Com exceção dos espéculos, os demais recursos foram encontrados em 100% das unidades de saúde pesquisadas.

A maioria das unidades, 19 (90,4%), não dispunha de espéculos nos três tamanhos, portanto não oferecendo escolha à enfermeira para utilizar o espéculo adequado à condição perineal das usuárias, dificultando a coleta em determinadas situações, como também gerando desconforto em outras, na tentativa de não deixar a cliente retornar sem realizar o exame.

Havia espéculos de metal, como também espéculos descartáveis disponíveis, mas somente em duas unidades observadas a enfermeira pôde fazer a opção quanto ao tamanho dos espéculos.

Situações outras relacionadas com a quantidade e/ou o suprimento regular de recursos necessários à coleta citológica foram avaliadas. A caixa contendo espéculos esterilizados é transportada do município sede para a zona rural pelas próprias equipes, conforme citado anteriormente. Em duas ocasiões, a pesquisadora fora informada que o atendimento às mulheres seria desmarcado devido ao material ter sido entregue na unidade. Aproveitando a oportunidade da ida para a coleta de dados, a pesquisadora levou o material.

Nesse mesmo contexto, outro caso foi o de uma unidade que cancelou o atendimento duas vezes consecutivas devido à falta de formulário de requisição do exame citopatológico, causando descontentamento entre as usuárias. Também chamou a atenção o uso de copinhos para a coleta de escarro, sendo utilizado como recipiente do ácido acético e lugol durante o exame, na maioria das vezes era disponibilizada apenas uma cuba redonda para este fim, inclusive, motivo de queixa freqüente pelas enfermeiras. Presenciou-se um episódio em que a enfermeira utilizava dois copinhos (destinados à coleta de escarro) para cada mulher que atendia, caracterizando desperdício e posterior falta deste recurso para o exame ao qual se destina.

É preciso que a logística desses recursos seja redimensionada, pois cada mulher não atendida pela falta de materiais pode gerar descontentamento e baixa credibilidade no serviço. Na perspectiva das enfermeiras, pode ocasionar baixo interesse e desgaste emocional, uma vez que recebem toda a carga de reação das pessoas não assistidas. Esse último aspecto pode ser ilustrado nos depoimentos de algumas enfermeiras registrados no diário de campo:

É muito desgastante ter que ficar improvisando certas coisas, a gente se cansa...

Tenho esperanças que chegue logo uma verba que dizem que vem para reformar o posto e comprar material.

O envio do material coletado para o laboratório exige atenção da enfermeira que realizou o procedimento. Observou-se a existência de caixinhas de madeira em cada equipe para transportar

os tubos contendo as lâminas, porém o mesmo cuidado não foi observado em relação ao preenchimento da requisição de exame citopatológico que, em muitos casos, era preenchida com caneta. A referida requisição deve ser preenchida a lápis a fim de evitar danos nas informações contidas nas fichas decorrentes de um provável derramamento de álcool (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto, citam-se a seguir algumas sugestões fornecidas pelo Ministério da Saúde em relação à previsão de material para o exame citológico: Considerar uma reserva técnica de aproximadamente 20% do material de consumo; o quantitativo dos espéculos de metal deverá ser ofertado de acordo com a capacidade máxima diária de realização de coletas acrescido de uma reserva técnica de 20%, deve ser prevista a questão da esterilização evitando que a mulher tenha seu exame desmarcado ou postergado por falta de material esterilizado; o número de frascos corresponde a 25% do número de coletas que será realizada, pois o frasco enviado para o laboratório será devolvido; no caso da utilização do álcool a 96%, cerca de 20ml de álcool são gastos em cada frasco; cada mulher corresponde a uma lâmina, é necessária uma reserva, levando em conta a possibilidade de quebrar alguma; o gasto com a fita adesiva é de, aproximadamente, 1 rolo por semana (dependendo do número de coletas realizadas); gasto aproximado, em média, de 1 lápis grafite por mês (BRASIL, 2002c). É importante considerar a necessidade de pinças Cherron (apesar de não ser utilizada para a coleta citológica), correspondente ao número de espéculos, com uma reserva a ser utilizada para auxiliar na inspeção visual com ácido acético e teste de Schiller.

Durante a pesquisa percebeu-se que havia disponibilidade tanto de espéculos descartáveis como de metal. Não havia padronização no acondicionamento destes últimos. Alguns eram postos em caixas de aço inoxidável contendo: 10 espéculos, 10 pinças Cheron e gazes, submetidos à autoclavagem; outros eram autoclavados na forma de pacote (um espéculo e uma espátula de Ayre) envolto em papel crepado; e alguns em caixa de aço contendo: espéculos (10), pinças Cheron (10), gaze, algodão e espátulas, que haviam sido colocadas em estufa.

O material estéril era armazenado na maioria das unidades em caixas de papelão, sem a identificação e a data de validade da esterilização, por exemplo. Pode se observar pacotes abertos foram encontrados, com exposição do material a ser utilizado, caracterizando-o como contaminado.

Apesar da existência de espéculos, citada anteriormente, estes, na grande maioria, não estavam disponíveis nos três tamanhos. É oportuno salientar que algumas enfermeiras agendavam 10 coletas e as caixas continham apenas o número respectivo a cada cliente, não condizendo com a orientação do Ministério da Saúde, segundo a qual deverá haver uma reserva técnica, conforme comentário anterior.

Desperdício de recursos foi também percebido com relação ao tipo de material utilizado para lacrar os pacotes, pois era utilizada fita-teste quando deveria ser utilizada fita adesiva comum, uma vez que a primeira tem custo bem mais elevado.

Durante o presente estudo observou-se a reutilização do papel crepado que era utilizado para esterilizar os espéculos. Essa situação foi explicitada na fala de algumas enfermeiras: “Pediram para que a gente guardasse o papel para ser reutilizado” e outra: “recebi orientação para guardar o papel, o mesmo tinha que ser utilizado outras vezes para poder economizar”. De acordo com Tietjen, Bossemeyer e McIntosh (2005), o papel crepado é de uso único não devendo ser reutilizado, pois não oferece barreira contra microorganismos e fluidos após um segundo processamento.

Há ainda a questão da higienização e manutenção do material que não era adequada, resultando em espéculos com dificuldade de abertura e caixas, cubas e pinças encrostadas. Os espéculos são considerados artigos semicríticos, uma vez que entram em contato com a pele não-íntegra ou com mucosas íntegras, requerendo desinfecção de alto nível ou esterilização, para ser garantida a utilização sem risco de infecção cruzada. Os artigos classificados nesta categoria, se forem termorresistentes, poderão ser submetidos à autoclavagem, por facilidade operacional, eficácia e redução de custos, mesmo que a esterilização não seja indicada para o fim a que se destina o artigo (BRASIL, 2004).

A espátula de Ayre e a escovinha do tipo campos da paz estavam 100% disponíveis, permitindo, portanto, a coleta segura da ectocérvice e endocérvice.

5.5 Adequabilidade das lâminas preparadas pelas enfermeiras, segundo laudo laboratorial

De acordo com os resultados dos laudos laboratoriais, 63 (100%) amostras coletadas foram satisfatórias.

Apesar de terem sido observados aspectos que não condizem com técnica de coleta adequada, como tempo prolongado entre a coleta e a fixação da lâmina, coleta abrasiva resultando em sangramento do colo, conseqüentemente em esfregaço com presença de sangue e esfregaço vigoroso, todos os resultados indicaram coleta satisfatórias.

Segundo Amaral (2003), em estudo realizado sobre garantia de qualidade do exame citopatológico no rastreamento do câncer do colo do útero, há variabilidade entre os observadores em relação à adequabilidade da amostra. Corroborando com a questão, Cocchi *et al.* (1977) afirmam que há falta de padronização e dificuldade na uniformização de critérios para avaliar a qualidade da amostra, situação que pode justificar a observação anterior.

Contudo ressalta-se a importância de manter o rigor padronizado na literatura para garantir uma lâmina adequada, porém chamou a atenção que determinadas recomendações podem estar sendo estabelecidas de forma excessiva, o que pode, inclusive, desencadear na não realização do procedimento desnecessariamente, como no caso da presença de sangue na lâmina em que mulheres são orientadas a retornarem posteriormente, quando a coleta seria possível. Segundo a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos, a lâmina é considerada insatisfatória somente quando mais de 75% do campo tem leitura prejudicada pela presença de sangue. Também, chama-se a atenção para a importância da pesquisa dos sangramentos fora do fluxo menstrual que, de acordo com Pessinini *et al.* (2004), os tumores têm como sinal característico o sangramento anormal, em especial o sangramento nas relações sexuais (sinusiorragia).

6. CONCLUSÕES

Dezessete (81%) enfermeiras se auto-avaliaram como seguras para realizar a coleta de material para o exame de Papanicolaou e 16 (76%) demonstraram ter conhecimento adequado sobre a localização precisa da coleta citológica, aspecto que contribui sobremaneira para o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, otimizando a eficácia do exame e favorecendo a redução de casos falsos negativos.

O acesso à prática de coleta durante a graduação de Enfermagem foi referida por 7 (33%) enfermeiras. Ficou evidente a lacuna existente nos cursos de graduação freqüentados pelas enfermeiras do estudo em relação à oferta de prática em coleta citológica, apesar de ser difundida como estratégia necessária ao controle de câncer do colo uterino, ação prioritária entre os profissionais que fazem o PSF. A realização de cursos de atualização na área nem sempre é acessível aos profissionais, sendo-lhes oportuna a sugestão de educação continuada.

Apenas 4 (19%) enfermeiras lavaram as mãos antes do procedimento, porém todas (100%) utilizaram luvas de procedimento nas duas mãos.

A lavagem das mãos, portanto, não fora habitual e em determinadas unidades o fato se agravou com a deficiência na estrutura física, principalmente nas unidades da zona rural, limitando as condições para a execução do procedimento. É preciso comprometimento do gestor municipal para prover as equipes de PSF de alternativas, como disponibilizar solução de álcool glicerinado, por exemplo, para esta finalidade, visto ser eficaz, de fácil aplicabilidade, custo acessível e baixa toxicidade.

O descarte do lixo mostrou-se inadequado em todas as unidades. O material contaminado, em sua totalidade, é desprezado de forma inadequada, sendo necessária a adoção de medidas para o enfrentamento do problema da gestão do lixo infectante gerado pelo serviço de prevenção do câncer ginecológico.

O conforto da usuária avaliado sob o ponto de vista de certificar-se se a mulher havia esvaziado a bexiga antes do exame e explicá-lo para usuária foi atendido por 2 (9,5%) e 4 (19%) das enfermeiras, respectivamente. Em relação aos respectivos itens, faz-se necessária, por parte das enfermeiras, uma postura não apenas técnica, mas que seja permeada por uma visão mais holística,

acolhedora e humanizada. A comunicação objetiva seria eficaz no sentido de favorecer a interação com a usuária e promover-lhe a satisfação e a tranquilidade durante o exame de Papanicolaou.

A privacidade avaliada pelos critérios de cobrir a mulher, manter a porta do consultório fechada e impedir o “entra e sai” de pessoas durante o exame foi alcançado por 20 (95%), 17 (81%) e 14 (67%) das enfermeiras, respectivamente. Atitudes dessa natureza geram segurança na usuária, que poderá sair do serviço com uma atitude positiva em relação ao exame, o que certamente terá uma ressonância no seio da família e da comunidade.

A técnica da coleta propriamente dita foi satisfatória entre 90,5% ou mais dos enfermeiros em sete dos 11 itens avaliados e a adequabilidade das lâminas mostrou-se satisfatória em todos os laudos avaliados. Assim, o desempenho das enfermeiras foi o ideal esperado em termos de garantir lâminas de qualidade ao rastreamento do câncer de colo.

Por outro lado, risco de dessecamento, de presença de sangue e de material hipocelular foi observado durante as coletas realizadas pelas enfermeiras, porém não gerou lâminas insatisfatórias. A esse respeito, sugere-se que estudos outros sejam realizados com o objetivo de avaliar recomendações desnecessárias ou excessivas à coleta. Neste ponto, preocupa a possibilidade de que oportunidades de realização dos exames sejam perdidas devido ao risco de presença de sangue na lâmina, uma vez que tumores têm como sinal característico sangramentos anormais, em especial os sangramentos pós-coito (sinusiorragia).

No tocante às coletas observadas, percebeu-se que, em 100% dos casos, houve disponibilidade dos materiais necessários, porém os espéculos não estavam disponíveis nos três tamanhos. Mesmo assim, as enfermeiras realizaram o atendimento priorizando o benefício em detrimento do desconforto que pudesse ser gerado em algumas situações.

De maneira geral, a logística dos insumos e do reprocessamento dos materiais foi considerada deficiente, assertiva que se faz com base nos vários episódios assistidos durante a fase de coleta dos dados e que puderam ser registrados no diário de campo. Tais eventos revelaram desarmonia no processo de organização e funcionamento dos serviços, gerando, inclusive, suspensão do atendimento em uma unidade, durante o período de coleta dos dados. É importante o conhecimento e o envolvimento do gestor local no que diz respeito à previsão e suprimento dos recursos necessários à realização da coleta, sob pena de ter a qualidade do serviço e a satisfação das usuárias comprometidas.

7. RECOMENDAÇÕES

O presente estudo, classificado por nós como do tipo *Pesquisa de Avaliação*, nos remeteu a investigar a coleta citológica realizada por enfermeiras com o intuito de identificar o que poderíamos contribuir, com base em como estávamos realizando esse procedimento e o que poderíamos fazer melhor na perspectiva da qualidade. Assim, chegamos ao final dessa experiência com subsídios bastantes para fazer as seguintes recomendações:

- que seja ofertado um curso de biossegurança para enfermeiras;
- que as informações sobre o resultado da pesquisa possam ser apresentadas e discutidas com enfermeiras e gestores do município do estudo;
- que as enfermeiras da equipe de PSF estabeleçam uma norma operacional que seja padrão para a coleta citológica, a fim de garantir os aspectos legais e éticos dos serviços oferecidos;
- que seja viabilizada a oferta de mais insumos para a realização dos procedimentos;
- que haja uma melhora progressiva na infra-estrutura das unidades de saúde onde são realizadas as coletas citológicas;
- que seja viabilizada uma capacitação em serviço sobre coleta citológica para enfermeiras.
- Enfatizamos, todavia, o registro de informações referentes à cobertura da população-alvo e outros dados epidemiológicos pertinentes.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPLING, S. E. **Procedimentos em enfermagem**. São Paulo: Reichhman & Autores Editores. 2005. (Série Enfermagem prática).

AYOUB, A. C.; FONTES, A. L. C.; SILVA, M. A. da A. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 196/96. Pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.htm>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico—organizando a assistência**. Rio de Janeiro, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2003**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.brasil.br/estimativas2003>>. Acesso em: 12 de março de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF, 2006(a). (Cadernos de Atenção Básica, v.13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde – NOAS**. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%.pdf>>. Acesso em: 5 de outubro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nomenclatura Brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas – Recomendações para profissionais de saúde. **Rev. Brás. Cancerol.**, v. 52, n. 3, p. 213-236, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela saúde**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 28 de dezembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM/MS nº2.439/05, de 8 de dezembro de 2005. Disponível na em: <[http:// www.http//dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2005/GM/GM-2439.htm;2005c](http://www.http//dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2005/GM/GM-2439.htm;2005c)>. Acesso em: 28 de dezembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006**. Disponível em:<http://www.saude.gov.br/sas/portarias>. Acesso em: 28 de dezembro de 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de Informação sobre câncer da mulher**. Brasília, DF, 2006e. Disponível em :<<http://www.datasus.gv.br/siscam/siscam>>. Acesso em: 01 de novembro de 2006.

BUNTINX, F.; BROUWERS, M. Relation between sampling device and detection of abnormality in cervical smears: a meta-analysis of randomized and quasi-randomised studies. **BMJ**, v. 313, p. 1285-1290, 1996.

CARVALHO, J. P.; BARROS, A. Prevenção do câncer genital feminino e de mama. In: MANUAL de condutas médicas. Brasília, DF: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde, 2002. p. 445-447.

CARVALHO, M.L.O.; FUREGATO, A.R.F. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem (on line)**. Goiânia, v.3, n.1 jan-jun. 2001. Disponível em: [http:// www.fen.ufg.br/revista/revista.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista.html). Acesso em 5 de janeiro de 2005.

CAVALCANTE, N. J. F.; MONTEIRO, A. L. C.; BARBIERI, D. D. **Biossegurança: atualidades em DST/AIDS**. 2. ed. São Paulo: Programa Estadual DST/AIDS. Secretaria do Estado da Saúde, 2003.

CLARK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica: um curriculum básico**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Neoplasias. **Informe Epidemiológico**, Fortaleza, p. 1-4, dez. 2004.

_____. **Metodologia de melhoria da qualidade da atenção à saúde: instrumento de avaliação e supervisão**. Fortaleza, 2002a.

_____. **Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial)**. Fortaleza, 2002b.

_____. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. Fortaleza, 2005a. (IDB Ceará, v. 3).

_____. **Indicadores e Dados Básicos para a saúde**. Fortaleza, 2005b. (IDB Ceará, v.4).

_____. **Programa de controle do câncer de colo do útero e mama: treinamento para inclusão do exame clínico das mamas e da coleta de Papanicolaou na rotina das equipes de saúde da família**. Fortaleza, 2000.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado. Escola de Saúde Pública Paulo Marcelo Martins Rodrigues. **Curso de atualização em gestão e vigilância em saúde -módulo I: manual do participante**. Fortaleza, 2006.

SOUSA, I. G. da S. **Percepções de mulheres com relação ao primeiro exame ginecológico**. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

COCCHI, V.; CARRETI, D.; FANTI, S.; BALDAZZI, P.; CASOTTI, M. T.; PIAZZI, R. et al. Intralaboratory quality assurance in cervical/vaginal cytology: evaluation of intercytologist diagnostic reproducibility. **Diag. Cytopathol.**, v.16, p. 87-92, 1997.

DIÓGENES, M. A. R.; REZENDE, M. D. S.; PASSOS, N. N. G. **Prevenção do câncer:** atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica: aspectos éticos e legais da profissão. Fortaleza: Ed. Pouchain Ramos, 2001.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Rev. Brás. Cancerol.**, v. 48, n. 2, p. 223-230, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** Curitiba: Positivo, 2004.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; PASSOS, E. P.; RIVOIRE, W. A. **Rotinas em ginecologia.** 5. ed. Porto Alegre: ARTMED–BOOKMAN, 2005.

GONTIJO, R. C.; DERCHAIM, S. F.; MARTINS, C. R.; SARIAN, L. O. Z.; BRAGANÇA, J. F. et al. Avaliação de métodos alternativos à citologia no rastreamento de lesões cervicais: Detecção de DNA-HPV e Inspeção Visual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 26, n. 4, p. 269-275, 2004.

GUARISI, R.; HARDY, E.; BORGES, J. B. R.; DERCHAIM, S. F. M.; CERVASAN, G. A. F. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. **Rev. Brás. Cancerol.**, v. 50, n. 1, p. 7-15, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados populacionais.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 de novembro de 2006.

LEAL, E. A. S.; LEAL JÚNIOR, O. de S.; GUIMARÃES, M. H.; VITORIANO, M. N.; NASCIMENTO, T. L.; COSTA, O. L. N. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco–Acre. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet.**, v. 25, n. 2, p. 81-86, mar. 2003.

LINARD, A. G.; SILVA, F. A. D.; SILVA, R. M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. **Rev. Brás. Cancerol.**, v. 48, n. 4, p. 493-498, 2000.

LONGATTO FILHO, A.; SILVA FILHO, D. Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. **Rev. Instituto Adolfo Lutz**, v. 62, n. 1, p. 31-34, 2002

LOPES, R. L. M. Repensando na prevenção do câncer cèrvico uterino. **Rev. Brás. Cancerol.**, v. 42, n. 4, p. 219-225, 1996.

MAEDA, M. Y. S.; LORETO, C. D.; BARRETO, E.; CAVALIERE, M. J.; UTAGAWA, M. L.; SAKAI, Y. I.; CORREA, R. O.; ADURA, P. J. D.; MARZOLA, V. O. Estudo preliminar do SISCOLO: qualidade na rede da saúde pública de São Paulo. **J. Brás. Patol. Méd. Lab.**, v. 40, n. 6, p. 425-429, dez. 2004.

MARANGUAPE. Secretaria de Saúde do Município. Núcleo de vigilância epidemiológica. 2005

MÉDICI, A. C. Descentralização e informação em saúde. **Rev. Planejamento Políticas Públicas**, v.5, p. 5–31, 1991.

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

MOURA, E. R. F.; NOGUEIRA, R. A. Atuação de enfermeiras nas ações de controle do câncer de mama em oito unidades de saúde do Ceará, Brasil. **Rev. Brás. Saúde Matern. Infant.**, v. 1, n. 3, p. 269-274, 2001.

NICOLAU, S. M. Existe câncer de colo uterino sem HPV?. **Rev. Assoc. Med. Bras. (1992)**, v. 49, n. 3, p. 236-237, jul./set. 2003.

NUNES, J.; KOIFMAN; R. J; MATTOS, I. E.; MONTEIRO, G. T. R. Confiabilidade e validade das declarações de óbitos por câncer de útero no município de Belém, Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1262-1268, set./out. 2004..

PEREYRA, E. A. G.; DIAS, M. L. N.; PARELLADA, C. I. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

PESSINI, S. A.; SILVEIRA, G. P. G. Câncer genital feminino. In: DUCAN, B. B.; SHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 471-479.

PINHO, A. de A.; FRANÇA-JUNIOR, 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.**, v. 3, n.1, p. 95-112, jan./mar. 2003

PINHO, A. de A.; MATTOS, M. C. F. I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 38, n.3, p. 225-231, jul./set. 2002.

PFIZER. **Colhendo amostra de esfregaço cervical**: guia prático. São Paulo, 1993

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 487 p.

SANTA CATARINA. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de serviços prevenção do câncer do colo do útero e de mamas**. Florianópolis, 2003.

SANTOS, A. L. F.; DERCHAIN, S. F. M.; CALVERT, E. B.; MARTINS, M. R.; DUFLOTH, R. M.; MARTINEZ, E. Z. Desempenho do exame colpocitológico com revisão por diferentes observadores e da captura híbrida II no diagnóstico da neoplasia intra-epitelial cervical graus 2 e 3. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p.1029-1037, jul./ago. 2003.

SANTOS, A. A. M.; VEROTTI, M. P.; SANMARTIN, J. A.; MESIANO, E. R. A. B. **Importância do álcool no controle de infecções em serviços de saúde**. 2000. Disponível em: <http://www.proteste.org.br/private/43/439381_Attach.pdf>. Acesso em: 02/01/2007>. Acesso em: 01 de novembro de 2006

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

TENCONI, P.; BECKER, T.; PASINI, A., HAAS, P. **Estudo da incidência de câncer de colo de útero nas regiões da grande Florianópolis e Sul do Estado de Santa Catarina e análise da metodologia utilizada para a realização do exame**. 2004. Disponível em: <<http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=159>>. Acesso em: 4 jul. 2005.

THÉ, A. C. de F.; LEITÃO, C. C. de S. Avaliação clínica preventiva. In: FILGUEIRA, N. A. **Condutas em clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004. p. 890-905.

TIETJEN, L.; BOSSEMEYER, D.; MCINTOSH, N. **Prevenção de infecções**: directrizes para unidades de saúde com recursos limitados. [S.l.]: JHPIEGO; USAID, 2005.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; OSORIO, A.; FASSA, A. G. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 800-806, dez. 2003.

VIEIRA, S. C.; SILVA, A. G. da; VALE, L. R. G. do; LIMA, M. M.; TELES, J. B. M. Preservação dos ovários em cirurgia radical para câncer do colo uterino. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 10, p.681-684, nov./dez. 2002.

OLIVIERI, D. P. **O “ser doente”**: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985.

ZIEGLER, L. N. **Prevenção do câncer de colo uterino**: conhecimento, percepção e fatores internientes: um estudo com mulheres do Jaibaras. 2002. Monografia (Especialização)–Universidade Vale do Acaraú. Sobral, 2002.

APÊNDICES

Apêndice A

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS

1. Idade _____
2. Sexo: M () F ()
3. Tempo de formado (a) _____
4. Tempo que trabalha realizando coleta de material para o exame de Papanicolaou _____
5. Na sua opinião a graduação prepara para esta atividade? () Sim () Não
6. Você realizou algum treinamento específico em coleta de material para o exame de Papanicolaou?
Na graduação () Sim () Não
Após a graduação () Sim () Não
7. Participou de alguma atualização em prevenção do câncer de colo uterino?
() Sim () Não
Se sim : há quanto tempo? _____
8. Você tem acesso a manuais e normas técnicas sobre este procedimento? () Sim () Não
9. Sente-se preparado (a) para realizar este procedimento? () Sim () Não
10. Caso não, em que se sente inseguro (a)? 1. Na coleta () 2. Na identificação da lâmina ()
3. No manejo do espéculo () 4. No manejo da espátula () 5. No manejo da escova ()
6. Na preparação do esfregaço 7. Na fixação () 8. Na interação com a cliente ()
9. Na descrição do colo () 10. Outros ()
11. Descreva três condições de uma lâmina adequada para o exame de Papanicolaou.

12. Cite os locais de excelência para a coleta citológica.

Padrão de Qualidade	Critérios de Verificação	S, N, NA	S, N, NA	S, N, NA
	<p>11. Realiza a inspeção visual com ácido acético;</p> <p>12. Realiza o teste de Schiller;</p> <p>13. Retira o espéculo (solta o espéculo do colo, fecha-o e retira);</p> <p>14. Despreza o material contaminado em recipiente apropriado;</p> <p>15. Retira as luvas e despreza em recipiente apropriado;</p> <p>16. Dispõe de todo o material necessário para realizar o procedimento</p> <p>16.1 Pinça Cheron;</p> <p>16.2 Espéculos nos tamanhos 1,2 e 3;</p> <p>16.3 Algodão;</p> <p>16.4 Gaze esterilizada ou submetida a desinfecção de alto nível;</p> <p>16.5 Luvas de procedimento;</p> <p>16.6 Escovinha campo da paz;</p> <p>16.7 Espátula de Ayre;</p> <p>16.8 Porta lâmina contendo álcool etílico a 95% ou spray;</p> <p>16.9 Ácido acético a 5%;</p> <p>16.10 solução de lugol, lápis, borracha, lâminas de vidro com extremidade fosca para microscopia);</p> <p>17. Lava as mãos com água e sabão e seca com toalha de papel depois de realizar o procedimento;</p> <p>18. Agenda retorno para o resultado da citologia oncótica, se pertinente;</p> <p>19. Registra os dados no prontuário;</p> <p>20. Não permite entra e sai de pessoas durante o atendimento;</p>			

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao enfermeiro

Eu, Nancy Costa de Oliveira, Enfermeira, aluna do curso de mestrado da Universidade Federal Ceará, estou desenvolvendo um estudo sobre o desempenho dos enfermeiros na coleta de material para o exame de Papanicolaou. Este estudo tem como objetivos: Verificar o conhecimento e a prática dos enfermeiros (as) com relação à coleta de material para o exame de Papanicolaou; Identificar a disponibilidade dos recursos necessários à realização da coleta para o exame de Papanicolaou e, avaliar a adequabilidade do material coletado a partir do laudo laboratorial. Portanto, convido você para fazer parte desta iniciativa, contribuindo com informações que me serão passadas através de um questionário e da observação estruturada que será norteadada por um check – list.

Gostaríamos de informar, ainda, que:

- Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas;
- Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade (seu nome) será mantida no anonimato (no sigilo), bem como qualquer informação que possa identificá-la;

Para qualquer outro esclarecimento, estarei disponível pelo telefone: 3369 – 91-34. O telefone do Comitê de Ética também poderá ser utilizado para esclarecimentos (3366 – 83-38).

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Testemunha

Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

À usuária

Eu, Nancy Costa de Oliveira, Enfermeira, aluna do curso de mestrado da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo sobre a maneira como os enfermeiros realizam a prevenção de câncer. Este estudo tem como objetivos: Verificar o conhecimento e a prática dos enfermeiros sobre a prevenção de câncer; Examinar se existe material disponível para realizar o exame e, avaliar a coleta a partir do resultado enviado pelo laboratório. Portanto, convido você para fazer parte desta pesquisa, permitindo que eu possa observar a realização de sua prevenção.

Gostaríamos ainda informar que:

- A qualquer momento você poderá tirar dúvidas sobre a pesquisa;
- Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto lhe traga prejuízos;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade (seu nome) será mantida no anonimato (no sigilo), bem como qualquer informação que possa identificá-la;

Para qualquer outro esclarecimento, estarei disponível pelo telefone: 3369-91-34. O telefone do Comitê de Ética também poderá ser utilizado para esclarecimentos (3366-83-38)

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do sujeito da pesquisa



Digitais caso não assine

Testemunha



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 383/2006

Fortaleza, 12 de julho de 2006

Protocolo nº 114/06

Pesquisador responsável: Nancy Costa de Oliveira

Deptº./Serviço: Secretária de saúde de Maranguape

Título do Projeto: "Desempenho de enfermeiros na coleta de material para o exame de Papanicolaou"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 08 de junho de 2006.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta de Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO

