

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR: QUALIDADE DA COLETA CERVICOVAGINAL NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Ednéia Peres Machado¹
Caroline Wosniack²
Péricles Martin Reche³
Bruna Ribeiro da Costa⁴
Karen Mariane Bach dos Santos⁵
Karyn Vanessa Perek⁶
Ana Paula Xavier Ravelli⁷

Resumo: O rastreamento do câncer de colo uterino foi implementado no Brasil por ser a terceira causa de morte por câncer em mulheres. Objetivo: averiguar o desempenho de enfermeiros na coleta de material cervicovaginal a partir da qualidade das lâminas, por ações educativas práticas e teóricas. Estudo longitudinal e descritivo, de abordagem quantitativa, com dados advindos dos laudos citopatológicos no rastreamento do câncer do colo uterino extraídos do SISCAN em 2014 e 2015, Ponta Grossa-PR. O estudo contempla dados do Projeto de Extensão Prevenção e Educação na Atenção a Saúde da Mulher: coleta de exame Papanicolaou. Foi realizada capacitação teórica em 47 unidades de saúde e prática em três. Resultou que 12 das 47 unidades obtiveram melhora significativa quanto à presença de células da junção escamo-colunar, representando 25% de unidades sensibilizadas pelo processo de capacitação, beneficiando 4.950 (33%) usuárias SUS. Concluiu-se que a interdisciplinaridade deste trabalho proporcionou ao enfermeiro a superação da visão disciplinar, estabelecendo interdependência entre as disciplinas da saúde da mulher dos cursos de Enfermagem e Farmácia, construindo novo conhecimento.

Palavras-chave: Teste de Papanicolaou; Neoplasias do colo do útero; Educação em Saúde.

Abstract: Screening for cervical cancer was implemented in Brazil as the third cause of cancer death in women. It aimed to verify the performance of nurses in the collection of cervicovaginal material from the quality of the slides by practical and theoretical educational actions. A longitudinal and descriptive study, with a quantitative approach, with data from the cytopathological reports on the screening of cervical cancer extracted from SISCAN in 2014 and 2015, Ponta Grossa-PR. The study includes data from the Extension Project Prevention and Education in Women's Health Care: Papanicolaou exam collection. Theoretical training was carried out in 47 health units and three in practice. It was found that 12 of the 47 units had a significant improvement in the presence of squamous-columnar junction cells, representing 25% of units sensitized by the training process, benefiting 4,950 (33%) SUS

¹ Mestre em Ciências Farmacêuticas, UEPG, edpmach@gmail.com.

² Bacharel em Farmácia, UEPG, carolinewkro@gmail.com.

³ Dr. Saúde Coletiva, UEPG, reche60@yahoo.com.br.

⁴ Bacharel em Farmácia, UEPG, bru_pg07@hotmail.com.

⁵ Graduanda em Farmácia, UEPG, karen.marisantos@gmail.com.

⁶ Graduanda em Farmácia, UEPG, karynperek@hotmail.com.

⁷ Dra. Enfermagem, UEPG, anapxr@hotmail.com.

users. It was concluded that the interdisciplinarity of this work allowed the nurse to overcome the disciplinary view, establishing interdependence between the disciplines of the women's health of Nursing and Pharmacy courses, building new knowledge.

Keywords: Papanicolaou Test; Uterine Cervical Neoplasms; Health Education.

INTRODUÇÃO

A primeira ação voltada ao rastreamento do câncer do colo do útero pelo Ministério da Saúde, no Brasil, ocorreu entre 1972 e 1975 com a implementação do Programa Nacional de Controle de Câncer, cujo segmento, constatou que as taxas de mortalidade por esse tumor, entre os anos de 1979 e 1988, foram a terceira causa de morte por câncer em mulheres (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Pela relevância epidemiológica do câncer do colo uterino, a preocupação com gestão, acesso e cobertura do rastreamento, qualidade do exame citopatológico, acesso e qualidade do tratamento, indicadores de impacto e novas tecnologias no controle, foram elaboradas propostas técnicas e operacionais a fim de aperfeiçoar e fortalecer o rastreamento organizado na atenção primária e da gestão descentralizada, na busca pela garantia de qualidade do exame citopatológico e tratamento adequado das lesões precursoras (BRASIL, 2010). Essas propostas culminaram com a implementação, em 2013 da plataforma *web* Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e na redefinição da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), que determina a avaliação e padrões de qualidade do exame citopatológico favorecendo aos gestores do SUS acompanhar o desempenho dos laboratórios (BRASIL, 2016).

A porta de entrada principal das Redes de Atenção à saúde é a atenção primária da população que agrega à tecnologia do rastreamento do câncer do colo do útero, ações educativas, vacinação e detecção de lesões precursoras deste tipo de tumor (BRASIL, 2016). Neste último caso, o teste de Papanicolaou é considerado o método de detecção mais efetivo, eficiente, seguro e de baixo custo (PINHO & FRANÇA-JUNIOR, 2003; CAETANO et al., 2006).

Na busca pela excelência na qualidade dos exames de Papanicolaou, em 2002, o Ministério da Saúde aprova a Nomenclatura Brasileira para Laudo dos Exames Citopatológicos, que adaptou o Sistema Bethesda ao Brasil. Uniformiza-se assim o uso da nomenclatura no Brasil, com introdução de novos conceitos estruturais e morfológicos contribuindo para o desempenho do laboratório e na relação entre citologia e a clínica (BRASIL, 2012a; AGUIAR, et al., 2011). Assim a amostra é classificada em satisfatória e insatisfatória, além de critérios de rejeição.

Uma amostra é considerada satisfatória se apresentar células em quantidades suficiente, bem distribuídas, fixadas e coradas, permitindo uma conclusão diagnóstica. Deve conter a representação dos epitélios escamoso e glandular, considerados como indicador da qualidade do exame, pelo fato dessas células se originarem da Junção Escamo-Colunar (JEC), onde se desenvolve a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. Amostras insatisfatórias têm a leitura microscópica do esfregaço citológico prejudicada por material acelular ou hipocelular, presença de mais de 75% de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos e intensa superposição celular (BRASIL, 2012b; SOLOMON & NAYAR, 2005).

Os critérios de rejeição são por causas anteriores à chegada do material ao laboratório, como a ausência ou erro de identificação da lâmina e/ou do frasco (BRASIL, 2012b). O Ministério da Saúde estabeleceu que a adequabilidade pela representatividade da JEC é de competência exclusiva do responsável pela coleta do material, devendo-se levar em consideração a idade, estado menstrual e limitações anatômicas. A não observância da representatividade da JEC nos esfregaços vaginais podem não propiciar à mulher, todos os benefícios da prevenção (BRASIL, 2012b).

Se o rastreamento for realizado com padrões de qualidade, apresenta uma cobertura de 80% para câncer invasor e se as lesões iniciais são tratadas a redução da taxa de câncer cervical invasor pode chegar a 90% (BRASIL, 2013). Um levantamento realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) aponta que no Paraná entre os anos de 2010 até 2013 houve um constante crescimento no número de amostras insatisfatórias fundamentadas em hipocelularidade, de 42,19% em 2010 para 46,33% em 2013 (BRASIL, 2014).

O principal profissional que atua na atenção primária, coletando o material cervicovaginal no rastreamento do câncer do colo uterino é o enfermeiro. Nesta perspectiva, a formação do profissional enfermeiro, na disciplina de Saúde da Mulher em uma Instituição de Ensino Superior no Paraná, realiza atividade curricular atrelada a uma docente do curso de Farmácia, no qual realiza a Interdisciplinaridade quanto a coleta do material cervicovaginal, visando a qualidade da amostra por enfermeiros, que beneficiará o profissional farmacêutico citologista clínico na realização da análise microscópica do esfregaço.

Assim, o objetivo deste trabalho, por meio do projeto de extensão “Prevenção e educação na atenção à saúde da mulher: coleta de exame Papanicolaou” (Projetopap) é, averiguar o desempenho na coleta de material cervicovaginal por enfermeiros a partir da qualidade das lâminas por ações educativas práticas e teóricas.

Materiais e Métodos

Este é um estudo descritivo, longitudinal de abordagem Quantitativa, cujos dados foram obtidos por meio de laudos citopatológicos no rastreamento do câncer do colo uterino no município de Ponta Grossa-PR, nos anos de 2014 e 2015, extraídos do *web* Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), e agrupados por Unidades Básicas de Saúde (UBS), num total de 47. As amostras foram avaliadas quanto a presença de células endocervicais por idade da mulher agrupadas de 20 em 20 anos.

Foi realizada capacitação teórica, para os enfermeiros das 47 UBS por meio de dois seminários anuais, que abrangeram temas relacionados a estatística de mortalidade e incidência do câncer do colo uterino no município de Ponta Grossa, técnica e cuidados na coleta do material e confecção do esfregaço cervicovaginal, e neste caso, enfatizou-se a representatividade, celularidade e fixação do material em lâmina. A capacitação prática ocorreu junto a três das 47 UBS. Ambas as capacitações (teórica e prática) ocorreram nos anos de 2014 e 2015, e os nomes das UBS foram substituídos por algarismo arábico.

Para o treinamento prático, os enfermeiros das três UBS confeccionaram esfregaços cervicovaginais, utilizando para esta pesquisa, o material residual depositado na espátula de Ayre e escovinha cervical, após a prévia realização do esfregaço para o rastreamento do câncer do colo uterino, assim, o trabalho de capacitação não interferiu no trabalho de prevenção realizado pelo sistema público. Com esse material residual, foi realizado o exame citopatológico no laboratório de citologia do curso de Farmácia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), cujos laudos foram emitidos e encaminhados às UBS.

No início dos anos de 2015 e 2016 os enfermeiros de três UBS que coletaram o material cervicovaginal em duplicata, participaram de atividades práticas, individualizada, no laboratório de citologia, ministrada pelo docente da disciplina de Citopatologia Cervicovaginal do curso de Farmácia da UEPG. Nesse momento, os profissionais da enfermagem utilizaram o material cervicovaginal por eles coletados e acompanharam a análise microscópica dos esfregaços cervicovaginais quanto à qualidade da confecção do mesmo após a coloração pelo método de Papanicolaou. Foi ressaltada a importância da celularidade (presença de 8.000 a 12.000 células escamosas) e da representatividade (presença de no mínimo 10 células endocervicais e/ou metaplásicas) das amostras, a qualidade da fixação do material e da qualidade do esfregaço quanto a sobreposição de células, obscurecimento por leucócitos e hemácias e hipocelularidade.

A análise estatística foi realizada por frequência simples utilizando o programa Excel 2010 e se apropriou do teste do χ^2 , o qual é um teste de hipóteses que se destina a encontrar

um valor da dispersão para duas variáveis nominais e avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas, para realizar a comparação entre os resultados alterados e a presença da JEC nos esfregaços citopatológico. Parecer Consubstanciado nº 1.614.753 pela Comissão de Ética em Pesquisa pela UEPG.

Resultados e discussão

No rastreamento do câncer do colo do útero no município de Ponta Grossa, foram realizados 11.732 exames em 2014 e 17.620 em 2015, dos quais apresentaram células endocervicais 5.484 (47%) em 2014 e 8.882 (50%) em 2015. Esse resultado é semelhante ao relatado por diversos autores que avaliaram a presença da JEC nas amostras cervicovaginais coletadas em diversas regiões do Brasil, um fator limitante visto que a presença de células endocervicais no esfregaço deve ser indispensável para uma avaliação citopatológica segura, reduzindo a possibilidade de resultados falso-negativos (AMARAL et al., 2006., UGHINI, 2016).

Resultados alterados, como a presença de células indicativas de lesões precursoras do câncer de colo uterino, no rastreamento de 2014 foram observadas em 267 (2,3%) amostras, e em 2015 em 272 (1,54%). As células endocervicais se fizeram presentes em 220 (82%) amostras em 2014 e 232 (85%) em 2015, um percentual que enfatiza o valor da representatividade da JEC nas amostras cervicovaginais para um resultado mais fidedigno. A comparação entre os resultados alterados e a presença da JEC nos esfregaços citopatológicos pelo teste do χ^2 , foram consideradas significantes e as diferenças na probabilidade de rejeição da hipótese de nulidade foi menor que 5% ($p < 0,05$). Uma associação significativa foi observada entre resultados citopatológicos com alterações atípicas e presença de células endocervicais ($p = 0,004$).

A presença de células endocervicais nas amostras coletadas por US em 2014, foram, em percentual, menos de 20% das amostras em 3 US, 21% a 40% em 14 US, 41% a 60% em 23 US e 7 US apresentaram mais de 61% das amostras satisfatórias em relação à presença da JEC. Em 2015 apenas 1 US apresentou menos de 20% das amostras com células da JEC, 14 US entre 21 a 40%, 26 US entre 41% a 60% e 9 US apresentam mais de 61% das amostras com JEC. A qualidade da coleta quanto à presença da JEC nas amostras cervicovaginais colhidas nas 47 US, de modo geral não mostraram mudança significativa em 2015 frente ao ano de 2014.

Uma das questões abordadas como justificativa para a ausência de células da JEC no esfregaço cervicovaginal pelos enfermeiros das UBS é o fator idade, uma vez que em

mulheres na pré e pós-menopausa, a JEC localiza-se no interior do canal cervical (GOMPEL & KOSS, 1997). A ausência de células endocervicais em amostras de mulheres acima de 50 é comumente relatada em estudos epidemiológicos de rastreamento do câncer do colo uterino (GAUZA et al., 2010)

Como este trabalho considera a presença de células endocervicais indicadora de qualidade na amostra cervicovaginal, e estas se fizeram presentes em cerca de 50% da amostragem desse estudo, foi realizada uma avaliação de amostras que apresentaram células endocervicais por idade e por UBS.

Verificando amostras com células endocervicais em relação à faixa etária, em 2014, mulheres com ≤ 20 anos, 10 UBS apresentaram $\leq 20\%$ de suas amostras contendo células endocervicais, 10 UBS 21% a 40% de suas amostras com JEC, 18 UBS 41% a 60% e 4 UBS $\geq 61\%$, perfazendo um total de 42 unidades pois as UBS 5, 7, 8, 28 e 43 não obtiveram amostras nessa faixa etária. Considerando a faixa etária de mulheres com 21 a 40 anos uma UBS apresentou $\leq 20\%$ de suas amostras contendo a presença de células endocervicais, 20 UBS apresentaram 21% a 40%, 19 UBS 41% a 60% de amostras com JEC e 7 UBS apresentaram células endocervicais em $\geq 61\%$ de suas amostras.

Nas faixas etárias ≤ 20 anos e 21 a 40 anos de idade, existe uma maior facilidade coletar material endocervical da JEC para o Papanicolaou o que já não acontece com mulheres na faixa etária de 41 a 60 anos e ≥ 61 anos, onde há uma maior dificuldade de coletar já JEC. Na faixa etária de mulheres com 41 a 60 anos, 3 UBS apresentaram células endocervicais em apenas $\leq 20\%$ de suas amostras, 12 UBS em 21% a 40%, 23 UBS em 41% a 60% e 9 UBS $\geq 61\%$ de suas amostras. Para as mulheres na faixa etária de ≥ 61 anos, 4 UBS apresentaram $\leq 20\%$ de suas amostras contendo células endocervicais, 7 UBS apresentaram de 21% a 40%, 23 UBS de 41% a 60% e 11 UBS apresentaram $\geq 61\%$ contendo células endocervicais, perfazendo um total de 45 UBS, sendo que 2 UBS não continham amostras nessa faixa etária.

Em 2015 a faixa etária ≤ 20 anos, baixou para 5 o número de UBS que apresentaram células endocervicais em $\leq 20\%$ de suas amostras, aumentou para 16 as UBS com 21% a 40% de suas amostras contendo representação da JEC, foram 21 as UBS com 41% a 60% de representatividade endocervical e 4 UBS que apresentaram células endocervicais em $\geq 61\%$ de suas amostras, somente uma UBS não apresentou amostras nessa faixa etária.

Para a faixa de 21 a 40 anos, 3 UBS apresentam $\leq 20\%$ de células endocervicais nas amostras colhidas, 12 UBS com 21% a 40% com representação da JEC, 25 UBS com 41% a 60% e 7 UBS $\geq 61\%$ de representatividade celular endocervical. De 41 a 60 anos 2 UBS

apresentaram $\leq 20\%$ de suas amostras com células endocervicais, 8 UBS com 21% a 40%, 22 UBS com 41% a 60%, 14 UBS com $\geq 61\%$ e somente uma UBS não obteve amostras nessa faixa etária. Considerando a faixa de mulheres ≥ 61 anos somente uma UBS com o percentual $\leq 20\%$ de suas amostras contendo células endocervicais, 2 UBS com 21% a 40%, 27 UBS com 41% a 60%, 16 UBS com valor $\geq 61\%$ de suas amostras com representatividade endocervical. Uma UBS não obteve nenhuma amostra para essa faixa etária (TABELA 1).

Tabela 1 – Demonstrativo do percentual de amostras com células endocervicais total e percentual por faixa etária no rastreamento do câncer do colo uterino em Ponta Grossa em 2014 e 2015

Percentual de amostras com células endocervicais	Número de UBS		Percentual de amostras com células endocervicais por faixa etária							
	2014	2015	2014				2015			
			≤ 20 anos	21 a 40 anos	41 a 60 anos	≥ 61 anos	≤ 20 anos	21 a 40 anos	41 a 60 anos	≥ 61 anos
Inferior a 20%	3	1	10	1	3	4	5	3	2	1
21% a 40%	14	11	10	20	12	7	16	12	8	2
41% a 60%	23	26	18	19	23	23	21	25	22	27
Acima de 61%	7	9	4	7	9	11	4	7	14	16
Total	47	47	42	47	47	45	46	47	46	46

Fonte: SISCAN, 2017

Nota: O total de UBS foram 47 e algumas unidades não apresentaram amostras em todas as faixas etárias.

Verificou-se que 12 das 47 UBS em estudo, obtiveram uma melhora significativa com relação ao percentual na presença de células da JEC em todas as faixas etárias compreendidas neste trabalho. E com uma análise mais minuciosa foi observado que todas as 12 UBS no ano de 2015 saíram da faixa que compreendia valores de representatividade de JEC de $\leq 20\%$ em 2014 e subiram para faixas percentuais onde a presença de células endocervicais estão presentes em mais de 30% das amostras coletadas em todas as faixas etárias analisadas.

Todas as UBS que melhoraram a qualidade da coleta cervicovaginal participaram da capacitação teórica, realizada pelo Projetopap, ressaltando que três (UBS 9,12 e 18) realizaram o treinamento prático completo (dois anos) e duas (UBS 5 e 8) com 50% da capacitação prática em curso (um ano). Esse número representa cerca 25% de UBS sensibilizadas pelo processo de capacitação, beneficiando 4.950 usuárias do sistema de saúde,

ou seja, 33% das mulheres atendidas no rastreamento do câncer do colo uterino no ano de 2015, na qualidade da amostra cervicovaginal (TABELA 2 e TABELA 3).

Tabela 2 – 12 UBS que apresentaram melhoria na qualidade da amostra referente à presença da JEC e respectivas faixas etárias no rastreamento do câncer do colo do útero no município de Ponta Grossa em 2014

UBS	Total de Exames	≤ 20 anos		21 a 40 anos		41 a 60 anos		≥ 61 anos	
		Nº Abs	% com JEC	Nº Abs	% com JEC	Nº Abs	% com JEC	Nº Abs	% com JEC
9	534	36	17	256	21	171	23	69	30
12	235	22	14	122	30	76	41	15	73
15	141	7	43	75	27	50	38	8	25
18	229	17	29	107	35	83	33	22	45
24	426	34	24	220	30	141	33	31	29
26	336	37	11	182	36	102	46	14	29
37	411	55	42	197	48	131	56	26	62
38	79	10	10	46	22	18	17	5	20
39	530	44	52	244	64	188	67	53	72
40	364	34	29	172	33	123	46	34	53
42	159	6	50	60	43	66	53	26	42
45	601	40	28	242	40	258	40	61	48
Total	4.045	342	349	1.923	429	1.407	493	364	528

Fonte: SISCAN, 2017.

Tabela 3 – 12 UBS que apresentaram melhoria na qualidade da amostra referente à presença da JEC e respectivas faixas etárias no rastreamento do câncer do colo do útero no município de Ponta Grossa em 2015

UBS	Total de Exames	≤ 20 anos		21 a 40 anos		41 a 60 anos		≥ 61 anos	
		Nº Abs	% com JEC	Nº Abs	% com JEC	Nº Abs	% com JEC	Nº Abs	% com JEC
9	506	27	37	179	31	217	40	83	54
12	402	34	47	200	51	145	57	23	74
15	337	30	63	153	50	132	54	22	64
18	234	11	36	91	56	99	64	33	58
24	405	28	46	182	47	160	50	35	63
26	484	48	31	226	54	173	62	35	57
37	423	37	59	199	63	152	61	35	77
38	884	33	52	337	45	402	42	111	48
39	695	45	62	300	65	274	79	76	74
40	365	25	56	169	46	141	53	30	60
42	371	15	53	139	60	160	58	57	53
45	659	49	39	284	40	236	49	90	57
Total	5.765	382	581	2.459	608	2.291	669	630	739

Demonstra-se uma melhora significativa na qualidade da coleta e na confecção do esfregaço cervicovaginal com a JEC presente, gerando assim a possibilidade de melhor leitura microscópica do esfregaço cervicovaginal, com aumento da sensibilidade e especificidade do teste de Papanicolaou, minimizando o risco de um resultado falso-negativo.

Com relação à capacitação prática, ocorreram duas, em novembro de 2014 e 2015, após um ano de trabalho junto às UBS 9, 12 e 18. A UBS 9 coletou 534 amostras em 2014 e 506 em 2015 no rastreamento do câncer do colo uterino. Dessas amostras, foram trabalhadas na capacitação extensionista 12 (2%) esfregaços em 2014 e 6 (1,2%) em 2015. A UBS 12 coletou 235 amostras em 2014 e 402 em 2015 no rastreamento. Dessas amostras, foram trabalhadas na capacitação extensionista 74 (31%) esfregaços em 2014 e 36 (9%) em 2015. A UBS 18 coletou 229 amostras em 2014 e 234 em 2015 no rastreamento. Dessas amostras, foram trabalhadas na capacitação extensionista 30 (13%) esfregaços em 2014 e 34 (14%) em 2015.

Esse trabalho teve por finalidade demonstrar aos enfermeiros a importância da coleta de material cervicovaginal, e sua interferência na excelência da análise citopatológica, apoiado no Sistema Bethesda. Assim foi analisada a celularidade da amostra quanto à presença de 8.000 a 12.000 células escamosas no esfregaço. Essa normativa, a rigor, diminuiu o número de falso-negativos de forma expressiva. Pela subjetividade da leitura, quanto menor o número de células no esfregaço e maior o número de células atípicas isoladas, a dificuldade do profissional em observar as anormalidades presentes aumenta, existindo um consenso no qual um esfregaço com menos de 200 células normais aumenta a possibilidade de resultado falso-negativo. Quando o número de células no esfregaço cai para menos de 50, potencializa em 24 vezes o resultado falso-negativo (KOSS, 1989; BRASIL, 2012b).

Assim, no quesito celularidade, a capacitação prática do Projetopap constatou que: UBS 9 nenhum dos esfregaços apresentaram celularidade adequada em 2014 e em 2015 apenas uma (16%) não apresentou hipocelularidade na amostra. A UBS 12 em 2014 uma amostra (1,3%) foi adequada quanto à celularidade e em 2015 9 amostras (25%). A UBS 18 em 2014 uma (3%) adequada e em 2015 7 (20,5%) (Tabela 4).

Quanto à representatividade do esfregaço cervicovaginal, avaliada pela recomendação de Bethesda, pela presença de pelo menos 10 células endocervicais e/ou metaplásicas, que implica na representação da JEC na amostra obtivemos o seguinte resultado: UBS 9, foram 4 (33%) amostras adequadas em 2014 e 3 (50%) em 2015. A UBS 12 apresentou 10 (1,3%) com representatividade em 2014 e 12 (33%) em 2015. A UBS 18 apresentou 5 (16%) amostras com representatividade da JEC em 2014 e 15 (44%) em 2015 (Tabela 4).

A sensibilidade do exame é maior quando há representatividade da JEC, sendo sua ausência um fator limitante para o diagnóstico correto (UGHINI, 2016). Assim, a representatividade da JEC nas amostras cervicovaginais acarreta em excelência de qualidade no rastreamento do câncer do colo uterino, pois minimiza resultados falso-negativos.

Quanto à fixação do material a UBS 9 apresentou 4 (33%) esfregaços bem fixados em 2014 e 2 (33%) em 2015. A UBS 12 com 29 (39%) bem fixado em 2014 e 18 (50%) em 2015. A UBS 18 apresentou 11 (36%) do material bem fixado em 2014 e 15 (44%) em 2015 (Tabela 4).

Tabela 4 – Percentuais apresentados nos esfregaços com amostras residuais da espátula de Ayre e escovinha endocervical e comparação com a representatividade da JEC do SUS em 2014 e 2015

UBS	Celularidade		Representatividade		Fixação		Representatividade SUS		Representatividade em ambas as amostras	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
9	0	16	33	50	33	33	33	100	17	50
12	1	25	1	33	39	50	27	61	5	19
18	3	21	16	44	36	44	23	56	6	35

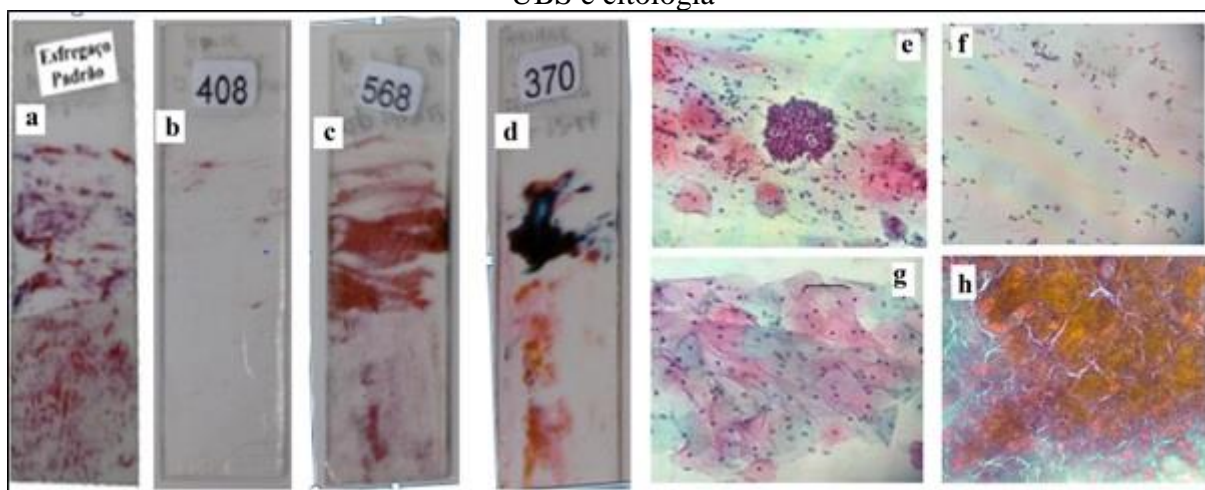
Fonte: Dados dos pesquisadores, 2017.

A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, enquanto o *espécimen* ainda está úmido sem nenhuma espera, pois seus principais propósitos são penetrar rapidamente nas células mantendo a integridade morfológica das mesmas, logo tem função de preservação, evitando o dessecamento que altera os aspectos celulares, o que impossibilita a leitura do exame. É realizada com spray de polietinologlicol, o qual é borrifado no esfregaço em lâmina a uma distância de 20 cm (MIKEL, 1994)

A função da capacitação de que trata esse trabalho, foi sensibilizar o s enfermeiros da importância da coleta no resultado final do exame, e despertar o olhar para o trabalho

multiprofissional de que trata o rastreamento do câncer do colo uterino no tocante ao exame citopatológico. O treinamento prático foi individualizado, e todos os esfregaços foram observados a olho nú pós-coloração e após visualizados em microscópio pelos enfermeiros e comparados com um esfregaço padrão. Os enfermeiros constataram o quanto foi impactante a observação do esfregaço hipocelular, pelo pouco material depositado na lâmina frente ao esfregaço padrão, tornando palpável o risco de resultados falso-negativos em esfregaço com baixa celularidade. A representatividade das amostras foi observada também em microscópio pela presença ou ausência de células endocervicais, assim como a má fixação do material que acarreta na impossibilidade do exame citopatológico de excelência (Figura 1).

Figura 1 – Comparação entre o esfregaço padrão e modelos de esfregaços realizados pelas UBS e citologia



Fonte: dados dos pesquisadores (2017).

Nota: a – esfregaço padrão contendo 8.000 a 12.000 células escamosas e células endocervicais
 b – esfregaço hipocelular
 c – esfregaço considerado próximo ao padrão, apresentando sobreposição celular porém não obscurecendo mais que 75% do preparado
 d – esfregaço espesso com sobreposição em mais de 75% do preparado
 e – citologia com células representantes da JEC (escamosa e endocervical)
 f - citologia apresentando hipocelularidade
 g – Esfregaço bem fixado contendo células escamosas
 h – esfregaço mal fixado e ressecado

Foi avaliada também em microscopia a qualidade do esfregaço quanto à sua espessura e obscurecimento por hemácias e leucócitos, levando ao entendimento de como e porque esses quesitos prejudicam a leitura citológica.

Assim, detalhes como a retirada de secreção vaginal com gaze antes da coleta cervicovaginal passou a ser valorizada e compreendida, pois a finalidade do exame é observar células descamadas e não material exsudativo. A importância do uso correto da espátula de

Ayre e escovinha são primordiais para a obtenção de material biológico em quantidade suficiente e qualidade de amostragem (JEC). Uma boa fixação do material e a correta aplicação do fixador foram abordadas, e a visualização de material bem e mal fixado propiciou a visão dialética do trabalho realizado e a compreensão do por que e do como fazer.

Cabe ao enfermeiro atuante em programas de prevenção e controle do câncer do colo uterino, trabalhar as ações que contribuam para o impacto sobre a morbimortalidade dessa patologia. Desta forma, o profissional enfermeiro interfere em tais ações realizando, dentre outras, visitas domiciliares e a consulta de enfermagem de forma humanizada e integralizada, explicando cada procedimento ao longo do exame Papanicolaou.

Neste contexto, contribui para o melhor atendimento à população feminina, encaminhando adequadamente as mulheres que apresentam alterações citológicas, além de divulgar informações à população em relação aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce do câncer. Sendo assim, o objetivo dessas ações visa diminuir os fatores de risco, diagnosticar e tratar precocemente a doença (SILVA et al., 2008).

Apesar dos benefícios do exame preventivo, falhas na coleta de material, preparo, conservação e interpretação citopatológica podem prejudicar a eficácia do rastreamento do câncer do colo uterino. As fases, pré-analítica e analíticas do exame de Papanicolaou, são artesanais, portanto dependentes do desempenho profissional nessas atividades, o que justifica estudos na área. 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 reeducação para coleta e preparo do material pelos profissionais envolvidos (MOTTA, 2001).

Apesar dos benefícios do exame preventivo, ainda ocorrem falhas na coleta de material, preparo, conservação e interpretação das lâminas, fato que pode prejudicar o controle do câncer uterino (OLIVEIRA; MOURA & DIÓGENES, 2010).

Conclusões

O enfermeiro é o principal responsável pelas coletas das amostras cervicovaginais nas UBS, no rastreamento do câncer do colo uterino. O caráter interdisciplinar deste trabalho, proporcionou ao enfermeiro a superação da visão disciplinar, estabeleceu a interdependência entre as disciplinas que abordam a saúde da mulher do curso de Enfermagem e a citopatologia do curso de Farmácia, e este diálogo construiu um novo conhecimento.

A melhoria da qualidade das amostras cervicovaginais observadas neste estudo, pelas UBS que participaram do trabalho de capacitação teórico e prático, trouxe benefício às

usuárias do SUS no que tange ao trabalho de prevenção. A articulação entre os diversos atores que atuam no cenário da saúde, proporcionou aos enfermeiros a abertura de um diálogo com a citopatologia, construindo assim a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Referências

AGUIAR, S, L, et al. Avaliação crítica das nomenclaturas diagnósticas dos exames citopatológicos cervicais utilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.33, n.3, Rio de Janeiro, p. 144-9, 2011.

AMARAL, R.G; RIBEIRO, A. A; MIRANDA, F. A; TAVARES, S. B. N; SOUZA, N. L. A; MANRIQUE, E. J. C. et al. Fatores que podem comprometer a qualidade dos exames citopatológicos no rastreamento do câncer de colo de útero. **RBAC**, v. 38, n. 1, p.3-6, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero: Sumário Executivo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. **Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede.** 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Técnico em Citopatologia.** Caderno de referência 1: Citopatologia Ginecológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Cadernos de atenção básica. Controle dos cânceres do colo de útero e de mama.** Brasília- DF, p. 1-124, 2013. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf> Acesso em: 04 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Controle do Câncer de Colo de Útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de mortalidade por câncer no Brasil: 1979 a 1988.** Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** INCA, Rio de Janeiro, 2016.

CAETANO, R; VIANNA, C. M. M; THULER, L. C. S; GIRIANELLI, V. R. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 99-118, 2006.

GAUZA, J. E; POPE, L. Z. B; POSSAMAI, D. S; SALFER, M; SERAPIÃO, J. C. S; QUINTANA, S. M. A importância da amostra citológica adequada na detecção de lesões precursoras do câncer cérvico uterino. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 39, n. 4, p. 46-50, 2010.

GOMPEL, C; KOSS, L. G. **Citologia Ginecológica e suas bases anátomo-clínicas**. São Paulo: Editora Manole Ltda; 1997.

KOSS, L. The Papanicolaou test for cervical cancer detection: a triumph and a tragedy. **JAMA**, v. 261, p.737-743, 1989.

MIKEL, U.V. Armed Forces Institute of Pathology. Advanced Laboratory Methods in Histology and Pathology. Washington, D.C., **American Registry of Pathology**, 1994.

MOTTA, E. V; FONSECA, A. M; BAGNOLI, V. R; RAMOS, L. O; PINOTTI, J. A. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. **Rev Assoc Med Bras** . v. 47, n. 4, p. 302-10, 2001

OLIVEIRA, N. C; MOURA, E. R. F; e DIOGENES, M. A. R. Desempenho de enfermeiras na coleta de material cervico uterino para exame de Papanicolaou. **Acta Paul. Enferm.** vol.23, n.3, p. 385-391. ISSN 0103-2100, 2010.

PINHO, A. 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 Saúde Matern Infant**, v. 3, p. 95-112, 2003.

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

SOLOMON, D; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para citopatologia cervicovaginal: definições, critérios e notas explicativas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

UGHINI, S.F. O. Importância da qualidade da coleta do exame preventivo para o diagnóstico das neoplasias glandulares endocervicais e endometriais. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, 2016, no prelo.