



**UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA
UNIVERSIDADE DO NOROESTE DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS STRICTO SENSU EM ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE**

**CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA ANÁLISE SOBRE
PREVENÇÃO À DOENÇA E PROMOÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DO RIO GRANDE DO SUL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ALINE ROMERO CABRAL

2016

ALINE ROMERO CABRAL

**CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA ANÁLISE SOBRE
PREVENÇÃO À DOENÇA E PROMOÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta- Unicruz em associação com a UNIJUÍ, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Janice de Fátima Pavan Zanella

Cruz Alta - RS, 2016.

C117c

Cabral, Aline Romero.

Câncer do colo do útero: uma análise sobre prevenção à doença e promoção à saúde em municípios do Rio Grande do Sul / Aline Romero Cabral. – 2016.
111 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Cruz Alta–UNICRUZ e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul–UNIJUI, Mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Janice de Fátima Pavan Zanella.

1. Enfermagem. 2. Neoplasia-colo do útero. 3. Promoção da saúde. 4. Câncer-colo do útero. I. Zanella, Janice de Fátima Pavan. II. Título.

CDU 618.14-006(816.5)

Catálogo na fonte: Bibliotecária Eliane C. Reck da Rosa CRB-10/2404.

UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA E UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE
DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO INTEGRAL
À SAÚDE

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**“Câncer de colo de Útero: uma análise da promoção e prevenção
em municípios do Rio Grande do Sul”**

elaborada por:

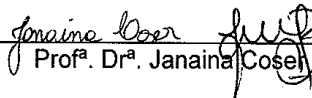
Aline Romero Cabral

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Atenção Integral à Saúde



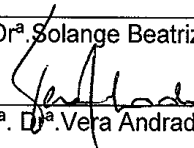
Prof^a. Dr^a. Janice de Fátima Pavan Zanella

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Janaina Cossetti, UNICRUZ

Prof^a. Dr^a. Solange Beatriz Billig Garcez – UNICRUZ



Prof^a. Dr^a. Vera Andrade – URI – Santo Ângelo

Cruz Alta, 03 de junho de 2016

Dedico este trabalho aos meus queridos avós,
José Luiz Romero (*in memoriam*) por me incentivar sempre a estudar
e Gelsa Romero, pela lição de vida e por todo o amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pois sem ele nada seria possível...

À minha família: Mãe, Pais e irmãos por me ajudarem durante essa caminhada. Amo Vocês!

À minha mãe Antônia, em especial por todo apoio e carinho, por estar comigo em todos os momentos... Te amo!

Ao meu irmão Juliano, que torce por mim... Te amo!

A todas minhas tias, exemplo de mulheres fortes e guerreiras: Sônia, Tarcila, Cleusa, Cleudir e Cléa... Adoro vocês!

À minha tia Sônia, em especial, pelo apoio e ajuda em todos os momentos nos quais precisei de sua ajuda e esteve presente... Muito obrigada tia! És exemplo de pessoa e de educadora, que pretendo seguir...

Ao meu namorado, Robson que esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis...

À minha querida amiga, Lidiane, por sua amizade verdadeira e sincera... Adoro você!

À minha querida orientadora, professora Dr^a Janice Pavan Zanella, pela oportunidade, por seus ensinamentos, paciência e confiança. Muito Obrigada!

A todos os colegas da primeira turma do PPGAIS: Lidiane, Mônica, Vanessa, Taís, Henrique, Yana, Daiana, Joseane, Vivian, Natacha, Roberta, Aline, Ana Júlia, Cleide, Carolina, Fábio, Mauro, Fernanda e Juliana, pelos diálogos e conversas, pelas caronas, pelos sorrisos, pela companhia e pela amizade que certamente permanecerá.

A todos os professores do PPGAIS, pelos ensinamentos, apoio e pela companhia durante toda esta jornada.

Aos professores componentes da banca examinadora desta dissertação, pela disponibilidade em contribuir com este trabalho.

As Secretarias de Saúde dos municípios pesquisados: Ijuí, Cruz Alta, São Borja, Frederico Westphalen, Tenente Portela, Miraguá, Vicente Dutra, Vista Gaúcha, Taquaruçu do Sul, Cristal do Sul, Pinhal e Três Passos pela oportunidade de realizar minha pesquisa.

A todos os Enfermeiros que participaram deste trabalho e das capacitações, meu muito obrigado!

Aos colegas de trabalho do CAPS AD III de São Borja, em especial, a coordenadora Cláudia, pelo incentivo e apoio para continuar essa caminhada... Adoro vocês!

Por fim, meus agradecimentos aos demais familiares e amigos que de alguma forma auxiliaram na realização deste trabalho.

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. (Paulo Freire)

RESUMO

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA ANÁLISE SOBRE PREVENÇÃO À DOENÇA E PROMOÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

Autora: Aline Romero Cabral

Orientadora: Prof^a. Dr^a Janice de Fátima Pavan Zanella

O câncer do colo do útero é um grave problema que afeta as mulheres, o que ainda se reflete nos altos índices de mortalidade, mesmo com programas e ações voltados para o seu controle. Realizou-se um estudo observacional descritivo com abordagem quantitativa, através de um questionário estruturado aplicado aos enfermeiros que atuam nas Estratégias Saúde da Família (ESFs), Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde da Mulher que desenvolveram ações do Programa Viva Mulher e coletas do exame citopatológico, no período de maio de 2015 a abril de 2016 em 12 municípios da região Norte, Noroeste e Fronteira-Oeste do RS. A análise quantitativa dos dados foi realizada a partir de análise de variáveis em um software aplicativo (IBM-SPSS-22). As variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas como frequência (n) e frequência percentual (%). Participaram do estudo 70 enfermeiros com idade entre 23 e 54 anos, sendo a maioria 65 (92,9%) mulheres, com média de 34,90 anos (DP=7,46). Destes, 53 (75,7%) possuíam especialização *lato sensu* e 60 (85,7%) atuavam nas ESFs sendo que 75% trabalhavam 40 horas semanais e 45(64,3%) estavam a mais de cinco anos em atividade profissional. Ainda, 31(44,3%) não tiveram treinamento específico para coleta e 52 (74,4%) participaram de atualizações. Quanto ao método de rastreamento 92,9% o realizaram através do exame citopatológico. O tempo de armazenamento do material coletado na unidade de saúde foi de três dias (50%) e o tempo retorno do laudo para 64,3% demora mais de um mês. O tempo de espera para consulta ginecológica foi de uma semana para 51,4% e para consulta em serviços especializados foi de 15 dias para 41,4% dos entrevistados. Durante as capacitações realizadas, detectou-se que há necessidade de implementar e fortalecer as estratégias de capacitação em coleta de exame citopatológico previamente à admissão no serviço de atenção saúde da mulher, da continuidade de atualizações e capacitações, bem como de uma equipe responsável por ações de educação em saúde que atenda a demanda e necessidades da unidade é uma das lacunas identificadas neste estudo.

Palavras-Chave: Enfermagem. Neoplasias do colo do Útero. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

CERVICAL CANCER: AN ANALYSIS OF PREVENTION OF DISEASE AND PROMOTION OF HEALTH IN RIO GRANDE DO SUL MUNICIPALITIES

Author: Aline Romero Cabral
Adviser: Dr^a Janice de Fátima Pavan Zanella

Cervical cancer is a serious problem that affects women, which is still reflected in the high mortality rate, even with programs and actions aimed at their control. We conducted a descriptive observational study with a quantitative approach, using a structured questionnaire administered to nurses working in the Family Health Strategies (ESFs), Basic Health Units and Women's Health Centres have developed actions Programa Viva Mulher and collections of Pap smear, from May 2015 to April 2016 in 12 municipalities in the North, Northwest and West Frontier RS. The quantitative data analysis was carried out analysis of variables in an application software (IBM-SPSS-22). Categorical variables (qualitative) were described as frequency (n) and percentage rate (%). Study participants were 70 nurses aged 23 to 54 years, with the majority 65 (92.9%) women, with a mean of 34.90 years (SD = 7.46). Of these, 53 (75.7%) had broad especialização lato sensu and 60 (85.7%) worked in ESFs and 75% worked 40 hours per week and 45 (64.3%) were more than five years of professional activity. Still, 31 (44.3%) had no specific training for collection and 52 (74.4%) participated updates. As for the screening method 92.9% held by the Pap test. The material storage time collected at the health facility was three days (50%) and the report of the return time to 64.3% take more than a month. The waiting time for gynecologic consultation was a week to 51, 4% and for consultation in specialized services was 15 days for 41.4% of respondents. During the training conducted, it was found that there is need to implement and strengthen training strategies Pap smear collection prior to admittance to the attention women's health service, continuity updates and training, as well as a team responsible for actions health education that meets the demands and needs of the unit is one of the gaps identified in this study.

Key Words: Nursing. Cervical cancer. Health promotion

LISTA DE FIGURAS OU ILUSTRAÇÕES

ARTIGO I

Figura 1- Mapa das regiões do Rio Grande do Sul.....30

Gráfico 1- Distribuição do Tempo de Atuação dos Enfermeiros.....32

ARTIGO II

Figura 1 – Capacitação realizada no município de São Borja-RS.....48

Figura 2 – Capacitação realizada no município de Cruz Alta-RS.....49

Figura 3 – Capacitação realizada no município de Ijuí-RS.....50

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros conforme titulação.....31

Tabela 2 – Distribuição da participação em Treinamento Específico e Atualizações sobre Câncer do Colo do Útero (CCU).....32

ARTIGO III

Tabela 1 – Distribuição conforme métodos de rastreamento do CCU.....65

Tabela 2– Distribuição conhecimento das mulheres que realizam exames de rastreio para CCU67

Tabela 3 – Tabela de contingência entre as variáveis Tempo de armazenamento na Unidade de Saúde X Tempo de espera do resultado do laudo.....71

Tabela 4- Distribuição dos motivos de rejeição de lâminas de exame citopatológico.....72

Tabela 5- Distribuição dos esfregaços citopatológicos quanto à presença da zona de transformação (ZT) e epitélios representados na amostra.....74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agente comunitário de saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CA- Câncer

CACON- Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CADWEB- Cadastro Nacional dos usuários do SUS

CCU- Câncer do Colo do Útero

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

CP- Citopatológico

DST- Doença Sexualmente Transmissível

DP- Desvio padrão

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

HND - História Natural das Doenças

HPV – Vírus do papiloma Humano

HSIL- lesões intra-epiteliais escamosas de alto-grau

IARC- Agência Internacional de Pesquisa em câncer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA-Instituto Nacional do Câncer

JEC- Junção escamocolunar

LSIL- lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau

MEQ- Monitoramento Externo da Qualidade

MIQ- Monitoramento Interno de Qualidade

MS - Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIC I-Neoplasias intra-epiteliais de grau leve

NIC II- Neoplasias intra-epiteliais de grau moderado

NIC III- Neoplasias intra-epiteliais de grau acentuado

OMS- Organização Mundial de Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da mulher

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QUALICITO- Programa Nacional de controle e qualidade em citologia

SISCOLO- Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISCAN- Sistema de Informação do Câncer

SISMAMA- Sistema de Informação do câncer de mama

SUS – Sistema Único de Saúde

US- Unidade de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

WHO- Organização Mundial da Saúde

ZT- Zona de Transformação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Primário.....	23
2.2 Objetivos Secundários.....	23
3 CAPÍTULO I	26
3.1 ARTIGO I - Perfil dos enfermeiros que atuam na prevenção do câncer do colo do útero em diferentes regiões do Rio Grande do Sul.....	26
3.2 Comprovante submissão do artigo1.....	39
4 CAPÍTULO II.	40
4.1 ARTIGO II- A participação do enfermeiro nas ações de promoção e prevenção ao câncer do colo do útero.....	40
4.2 Comprovante submissão do artigo II.....	54
5 CAPÍTULO III	55
5.1 ARTIGO 3 - Câncer do colo do útero: uma análise da qualidade das coletas ginecológicas, prevenção da doença e promoção da saúde sob o olhar do Enfermeiro.....	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
7 REFERÊNCIAS (ITEM 1)	85
8 ANEXOS	88
8.1 Normas da Revista Eletrônica de Enfermagem.....	88
8.2 Normas da Revista Brasileira de Cancerologia.....	97
9 OUTROS ANEXOS	105
9.1 Carta de aprovação do comitê de ética.....	105
9.2 Questionário aplicado aos enfermeiros.....	107

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade no mundo, com uma estimativa de 14 milhões de novos casos e oito milhões de mortes em 2012, deverá aumentar em pelo menos 70% em 2030 (FERLAY et al, 2015).

A neoplasia do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em desenvolvimento. Segundo a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), que integra a Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), estimou a ocorrência de 265 mil óbitos por esse câncer em todo o mundo, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos, incluindo os da América do Sul para o ano de 2012 (WHO, 2012).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, cerca de 580 mil novos casos de câncer foram estimados para o ano 2014. O câncer do colo do útero (CCU) ocupa o terceiro lugar no País, sendo que a região Norte destaca-se por ocupar o primeiro lugar com 23,97 casos/100mil e em quarto lugar a região Sul com 15,17 casos/100 mil (INCA 2015).

Ao defrontar com altos índices de mortalidade por câncer do colo do útero, vê-se a necessidade de repensar as políticas públicas de enfrentamento ao câncer, prevenção efetiva e com resolutibilidade, para que através de medidas eficazes possa-se diminuir esses dados alarmantes e assim não permitir que mais mulheres venham à óbito sem que tenham a chance de tratamento precoce e eficaz.

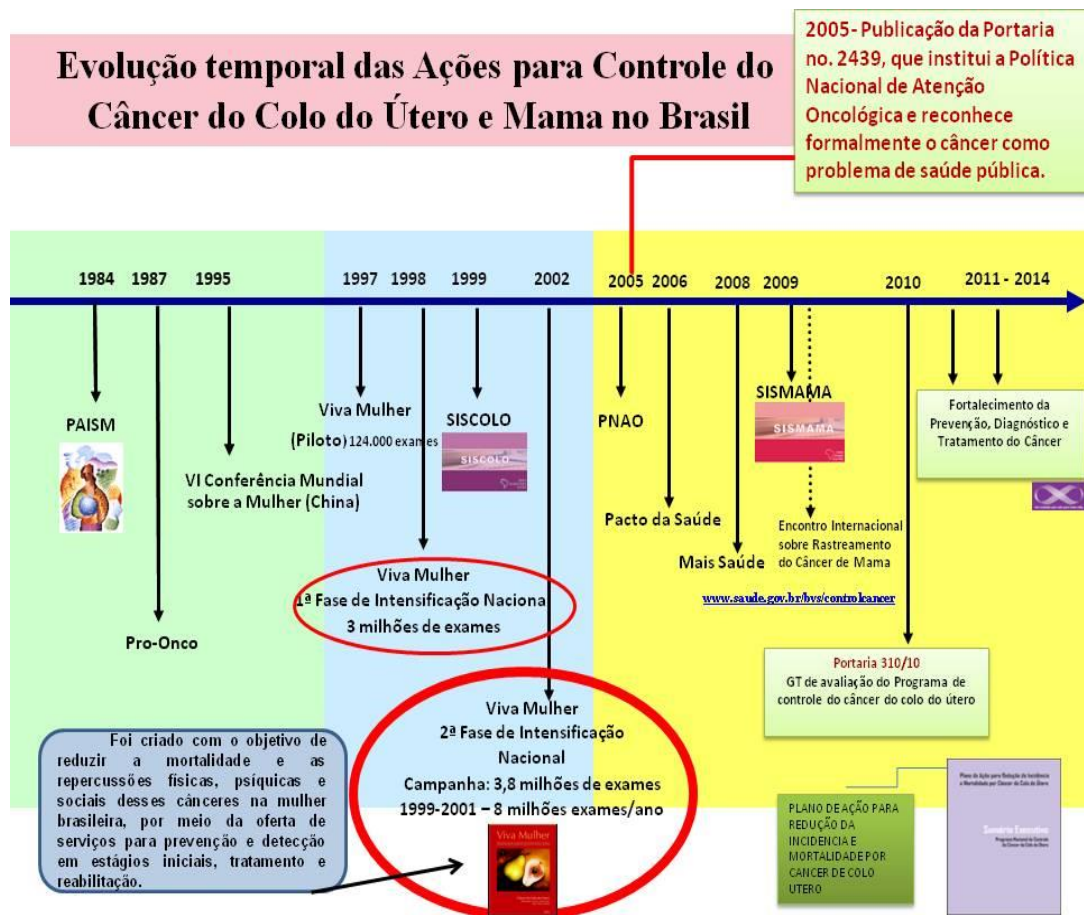
O câncer do colo do útero é considerado um importante problema de saúde pública, mediante sua elevada prevalência e morbimortalidade, embora existam recursos disponíveis para a sua prevenção e controle. A manifestação deste câncer inicia a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando até atingir seu pico, na faixa etária entre 50 e 60 anos (INCA, 2011). De acordo com o Informativo - Detecção Precoce (INCA, 2013), para as mulheres de 65 anos ou mais, não há evidência de efetividade do rastreamento, cabendo avaliar caso a caso a oportunidade do exame, especialmente nas situações em que a mulher nunca foi rastreada ou teve rotina irregular de exame preventivo.

A atenção à saúde da mulher no Brasil vem sendo discutida através das políticas públicas por muitas décadas. O Ministério da Saúde cria em 1983 e implanta em 1984, um dos primeiros programas de saúde voltado as mulheres, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incluindo neste programa a promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em

clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, no climatério e no planejamento reprodutivo, DST, câncer do colo do útero e de mama (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Ao longo dos anos foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da mulher (PNAISM) que reafirmou a necessidade de ações de atenção à saúde da mulher em todas as fases da vida, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade feminina (BRASIL, 2004).

O Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama foi criado com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002).



Fonte: Adaptado INCA, 2015.

Com o crescente número de casos de câncer registrados anualmente, a rede pública de saúde vem investindo cada vez mais recursos em programas para a detecção precoce do câncer, diagnóstico e terapêutica, com exames de alta complexidade e tratamento quimio e radioterápico. No Brasil a Portaria Nº 2.439 (2005), que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, visa à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e

cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005) e a Portaria nº 189 (2014) define parâmetros e incentivos financeiros de custeio e de investimento para funcionamento de serviços que, integrados à rede de atenção a saúde, realiza o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras através de colposcopia, biópsia e exérese da lesão ou zona de transformação atípica (BRASIL, 2014).

Há muitos fatores que contribuem para esse cenário, mas três aspectos podem ajudar a compreender melhor o problema e merecem destaque: a cobertura e desempenho do exame Papanicolaou e o estadiamento no qual os casos são diagnosticados (THULLER, 2008).

Os programas de rastreamento ou *screening* sistemático da população feminina por meio do exame citológico do colo do útero, também conhecido como Papanicolaou, têm sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse câncer (ALBUQUERQUE, KS et al., 2009).

Desta forma, as diretrizes e as estratégias traçadas para o Programa, contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede formada para o controle do câncer (BRASIL, 2002).

Atualmente, as principais estratégias para o controle desta doença, no Brasil, baseiam-se na disponibilização do exame citopatológico (Papanicolaou) para as mulheres entre 25 e 64 anos de idade, no tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e no monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas suas diferentes etapas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, os fatores responsáveis pelos altos níveis de câncer cérvico-uterino e a não adesão ao exame Papanicolaou no Brasil, devem-se à insuficiência de recursos humanos e de materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento; utilização inadequada dos recursos existentes; má articulação entre os serviços de saúde na prestação da assistência nos diversos níveis de atenção; indefinição de normas e condutas; baixo nível de informações de saúde da população em geral e insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde. Entre os fatores supracitados, a demora das mulheres ou sua ausência ao serviço para realizar ou tomar conhecimento do resultado do exame preventivo pode estar associada ao modo como o profissional acolhe a usuária e como esta percebe o exame preventivo (INCA 2012).

A citologia cérvico-vaginal, citologia oncótica ou colpocitologia é o método mais difundido mundialmente para rastreamento das lesões cancerosas e pré-cancerosas. (LAPIN, DERCHAIN & TAMBASCIA, 2000). Introduzida na década de 40 por Papanicolaou e Traut, representou grande avanço no controle do carcinoma da cérvix uterina. Gradativamente, o método foi adquirindo adeptos, assimilado em serviços de ginecologia e, atualmente, representa importante forma de controle desse tipo de neoplasia (MOTTA et al., 2001).

Na coleta do exame é introduzido um espéculo vaginal até o colo do útero, sem uso de lubrificante e para que se possa realizar a raspagem da endocérvice e ectocérvice e para não haver alterações no exame as mulheres devem ser orientadas previamente a não manter relação sexual 48hs antes da realização do exame e não fazerem uso de duchas e medicamentos intravaginais (Brasil, 2002b).

O exame preventivo de Papanicolaou é uma técnica simples de grande valor prático e alcançável à maioria da população. Porém, é necessária que a qualidade deste exame seja controlada nas suas mais diversas etapas, para garantir condições adequadas de leitura ao citopatologista. Segundo Andreolli et. al. (1998), o exame citopatológico consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero. .

Para uma coleta adequada de material citopatológico deve-se abranger a ecto e endocérvice, e nas mulheres histerectomizadas, o fundo de saco vaginal (BRASIL, 2008). A junção escamocolunar (JEC) é o ponto onde os epitélios colunar (endocérvice) e escamoso (ectocérvice) se juntam. Essa é a região de maior incidência do tipo histológico mais comum de câncer do colo do útero, o carcinoma de células escamosas. Por essa razão é importante que a JEC seja alcançada durante a coleta do material para o exame de Papanicolaou (YASSOYAMA, 2006).

A nomenclatura dos exames em vigor e utilizada no Brasil, baseia-se no Sistema Bethesda (SOLOMON, NAYAR, 2005) e utilizada para definir a adequabilidade da amostra, estabelece-se o sistema binário: satisfatório ou insatisfatório. A mostra satisfatória é aquela que apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica. É considerada insatisfatória, a amostra cuja leitura esteja prejudicada pela presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes ou intensa superposição celular, sendo algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular (BRASIL, 2006).

Os critérios de avaliação utilizados em citologia evoluíram com o passar dos anos. Mais recentemente, o Sistema Bethesda inovou ao introduzir a análise da qualidade do

esfregaço no laudo do exame citopatológico, além dos termos citológicos de lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau (LSIL) e lesões intra-epiteliais escamosas de alto-grau (HSIL). As LSIL compreendem os achados cito patológicos sugestivos de infecção pelo HPV e as neoplasias intra-epiteliais de grau leve (NIC I). Já as HSIL incluem as neoplasias intra-epiteliais de grau moderado (NIC II) e de grau acentuado (NIC III). Embora essa nomenclatura não substitua os termos histológicos, os diagnósticos de LSIL ou HSIL apresentam correspondência com a possibilidade de progressão da patologia (SOLOMON; NAYAR, 2005).

A aceitação e aplicabilidade do método de Papanicolaou, tanto na população como pelos próprios profissionais atuantes na atenção à saúde da mulher, tem possibilitado uma maior redução da incidência e mortalidade por câncer de colo de útero. Assim, a forma de controlar esse tipo de tumor é diagnosticar e tratar precocemente as lesões precursoras e lesões tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente 100% dos casos (MENDES; SILVEIRA; OLIVEIRA, 2004).

O rastreamento do câncer do colo do útero representa um processo complexo em múltiplas etapas: realização do exame de rastreamento, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação diagnóstica e tratamento e baseia-se na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

O exame usado para rastreamento do câncer de colo de útero é chamado de exame citopatológico, colpocitologia oncótica, exame de Papanicolaou ou simplesmente preventivo. É um exame considerado de baixo custo, com boa tolerância por parte das mulheres e também por sua relativa eficácia, sendo recomendado pelo Programa Nacional de controle do Câncer de colo de útero, do Ministério da Saúde como estratégia para prevenção, diagnóstico precoce ou detecção do CCU (BRASIL, 2006). É realizado em mulheres de 25 a 64 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. (BRASIL, 2011). Constitui a estratégia mais usada para o rastreio do câncer de colo de útero, e continua sendo adotada em todo mundo (WHO, 2010).

Segundo a OMS (2007), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de indivíduos com sinais e ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável,

com objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento (BRASIL, 2013)).

Os sistemas de informação existentes no Brasil são o SISCOLO e o SISCAN possuindo grande importância como ferramenta para avaliar as ações do programa de controle do câncer do colo do útero.

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO funciona com os dados gerados pelo sistema permite avaliar a cobertura da população-alvo, a qualidade ferramenta de gerência das ações do programa de controle do câncer de colo do útero, dos exames, a prevalência das lesões precursoras, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento. Está implantado nos laboratórios de citopatologia que realizam o exame citopatológico do colo do útero pelo Sistema Único de Saúde (módulo do prestador de serviço) e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer (módulo de coordenação) (INCA 2011).

O Sistema de Informação do Câncer- SISCAN, foi criado através da Portaria nº3.394 de 2013, que o instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma versão em plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADWEB), permitindo a identificação dos usuários pelo número do cartão SUS e a atualização automática de seu histórico de seguimento (INCA 2013).

O Programa Nacional de Controle de Qualidade em Citologia - Qualicito, foi criado em 2013, em uma versão na plataforma web integrando os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA).

O Qualicito consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS. O Qualicito é executado pelo cumprimento dos critérios estabelecidos para avaliação da qualidade e contratação dos laboratórios, e por meio do (MIQ) Monitoramento Interno da Qualidade e do (MEQ) Monitoramento Externo da Qualidade (BRASIL, 2013).

Contudo, a qualidade em citopatologia baseia-se em um conjunto de medidas destinadas a detectar, corrigir e reduzir deficiências do processo de produção dentro do laboratório. Proporciona ainda, o aperfeiçoamento dos procedimentos laboratoriais e

minimiza a ocorrência de erros diagnósticos, servindo também como orientação para a melhoria da coleta do material e ferramenta educacional. A citopatologia apresenta dificuldades não apenas de cunho interpretativo, mas também de condições para realização dos exames que, no caso do colo do útero, envolve profissionais com diferentes qualificações, experiências e grau de responsabilidade (COLLAÇO et al., 2005). São relatadas como ações básicas dentro de um programa de prevenção a coleta do material, o processamento técnico, a análise dos esfregaços citopatológicos, o seguimento das mulheres e o controle da qualidade (COLLAÇO; ZARDO, 2008).

Educação permanente, conforme Ceccin e Ferla (2009, p.1) é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre coletivos de trabalho, querendo implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde. Enquanto que educação continuada engloba apenas as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais (RICAS, 1994, p.2).

A educação permanente e capacitação dos profissionais são de extrema importância, visto que uma coleta de material inadequada pode favorecer a erros de diagnóstico, elevando a ocorrência de falsos-negativos (AMARAL, 2008).

Para Vicent et. al. (2007), em uma visão de “educação continuada”, o enfrentamento dos problemas na prática profissional se faz pela atualização, por categorias profissionais de conhecimentos / capacitação técnica a partir de um “diagnóstico” das deficiências na prestação de serviços, habitualmente feito pelas gerências de forma não integrada sem dar voz àqueles que se encontram na ponta assistencial do serviço e são, em última análise, os responsáveis pela sua operacionalização.

No estudo de Amaral et al. (2014) sobre o impacto da capacitação aos profissionais de saúde, foi possível observar que após a participação dos profissionais envolvidos na realização do exame citopatológico do colo do útero, houve melhora significativa no preenchimento dos formulários de requisição, realização do exame, adequabilidade da amostra, periodicidade e faixa etária propostas pelo Ministério da Saúde.

Os profissionais da saúde da família, por estarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, passam a desenvolver relações de vínculo com as pessoas, construindo assim relações de confiança para discutir as representações sociais, individuais e culturais sobre a sexualidade, seja ela feminina ou masculina, e a importância de prevenção contra o câncer do colo uterino (OLIVEIRA et.al, 2007).

A equipe de saúde deve estar preparada para suprir à assistência a saúde da mulher em suas várias etapas, desde a prevenção, detecção acompanhamento do tratamento as mulheres acometidas de câncer do colo do útero, que provocam muitas vezes consequências físicas e emocionais as pacientes. É nesse cuidado que a equipe de enfermagem assume papel importante, na assistência e orientação, esclarecendo dúvidas e fornecendo subsídios aos pacientes e familiares.

O principal foco da enfermagem na saúde primária é a promoção da saúde, prevenção de doenças, rastreamento, diagnóstico precoce, e assegurar a continuidade do atendimento à saúde dos indivíduos (BRASIL, 2008).

Cabe ao enfermeiro, indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento a fim de minimizá-los, bem como, orientar e acompanhar a paciente e respectiva família e manter em mente que as ações de enfermagem devem ser individualizadas, considerando- se suas características pessoais e sociais (FRIGATTO, 2003).

A percepção de mundo de cada pessoa é influenciada por seus valores, sua cultura, sua raça, suas experiências vividas, suas crenças, suas expectativas de vida e ideias preconcebidas e construídas ao longo de sua vida. Este modo de ser, viver, sentir e perceber o mundo traduz-se nos comportamentos observáveis de um indivíduo ou de uma coletividade ante as diversas situações cotidianas, entre elas as que envolvem o processo saúde-doença. Assim, a busca pelo exame Papanicolaou pode depender do seu significado para as usuárias e, a partir de como o profissional conduz a relação de cuidador e orientador para com elas (PELLOSO SM, CARVALHO MDB & HIGARASHI IH, 2004). Cada mulher é um ser único e possui sua própria singularidade e compreensão sobre o contexto que envolve o exame citopatológico. Um procedimento, a princípio simples aos olhos do profissional, pode ser percebido pela mulher como uma experiência agressiva, tanto física quanto psicologicamente, pois a mulher que busca o serviço traz consigo suas bagagens social, cultural, familiar e religiosa (LOPES, 1998).

O cuidar de enfermagem exige que o profissional tenha um olhar abrangente e humanizado com o intuito de assistir à pessoa em sua integralidade, respeitando-a nos aspectos biopsicossociais e nas suas particularidades, deixando de valorizar somente a execução de técnicas e práticas específicas. (SILVA et. al,2015; FAWOLE et. al,2013). É fundamental romper a visão tradicional da assistência à saúde e introduzir ações na visão integral, no sentido de focar, além dos aspectos físicos do corpo, aspectos psicológicos e de

compreensão do meio em que vive a mulher, da cultura, dos aspectos econômicos e sociais, o que pode remeter a uma relação mais cidadã (THUM et. al, 2008).

Observa-se uma carência de capacitação das equipes de saúde sobre as medidas de prevenção, promoção e educação em saúde voltada às usuárias dos serviços de saúde e a realidade local, tratando não só das individualidades como também das coletividades para traçar um plano de ação voltado aos princípios de integralidade do cuidado nas equipes de saúde mais focados na saúde da mulher e as suas necessidades.

Assim, diante deste panorama, entende-se que é muito importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para realizar o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer do colo, a fim de iniciar o tratamento com maior agilidade e eficácia, e, considerando-se que há poucos relatos de capacitações ou de relatos de experiências disponíveis sobre esta prática para os profissionais da saúde que atuam na coleta do exame citopatológico, quando medidas como estas são fundamentais para a melhoria da qualidade do exame e, conseqüentemente, um melhor controle do câncer do colo do útero.

Este trabalho permitiu identificar as principais lacunas existentes no Programa Viva Mulher implantado nos municípios do estudo e, a partir das informações coletadas propor melhorias nas ações de prevenção e promoção à saúde da mulher através da capacitação destes profissionais para atender às demandas locais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

-Analisar as limitações e as possibilidades de atuação dos enfermeiros no Programa Viva Mulher- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, no desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção do câncer do colo do útero na Atenção Básica, em municípios do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos secundários

- Verificar o processo de trabalho dos enfermeiros buscando a compreensão das correlações e mediações da prevenção do câncer do colo do útero com o desenvolvimento histórico deste processo;

- Verificar a realização de educação continuada e/ou permanente no Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama nos municípios do estudo através questionário aplicado;

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros inseridos no Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama a cerca da coleta e qualidade dos exames citopatológicos;

-Observar a percepção dos enfermeiros inseridos no Programa Viva Mulher- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama a cerca das atividades de educação em saúde desenvolvidas nos seus locais de trabalho;

- Traçar o perfil dos enfermeiros inseridos no Programa Viva Mulher- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

- Propor ações de educação em saúde que possibilite ao enfermeiro e sua equipe atuarem na prevenção do Câncer do Colo do Útero para aumentar a qualidade e a cobertura da assistência dentro do Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do

Útero e de Mama desde o acolhimento inicial até o encaminhamento dos laudos objetivando modificar o perfil epidemiológico de seus locais de atuação.

MANUSCRITOS

Na sequência, os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados em forma de Capítulos contendo os manuscritos científicos, sendo que nos capítulos I e II já foram enviados conforme o protocolo de envio e no capítulo III ainda encontra-se em fase de envio. Os itens Metodologia, Resultados, Discussão e Referências encontram-se nos próprios manuscritos.

3 CAPÍTULO I

3.1 Artigo submetido à Revista Eletrônica de Enfermagem (REE), qualis Capes B1.

Perfil dos enfermeiros que atuam na prevenção do câncer do colo do útero em nas regiões Norte, Noroeste e Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul

Profile of nurses working in the prevention of cervical cancer in different regions of Rio Grande do Sul

Perfil de las enfermeras que trabajan en la prevención del cáncer de cérvix en las diferentes regiones de Rio Grande do Sul

Aline Romero Cabral¹, Janice de Fátima Pavan Zanella², Michele Ferraz Figueiró³, Lidiane Coradini Carvalho⁴ Juliano Romero Cabral⁵

RESUMO

Estudo observacional descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido nos serviços de atenção básica e centros especializados em saúde da mulher, objetivando traçar o perfil de enfermeiros que atuam no Programa Viva Mulher. Um total de 70 enfermeiros das regiões Norte, Noroeste e Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul, responderam a um questionário contemplou informações quanto ao gênero, idade, titulação, local de trabalho, tempo de atuação e a participação em treinamentos e atualizações utilizadas para compor o perfil da população estudada. Foi observado que a média de idade era de 34,90 anos, maioria era do sexo feminino 65(92,9%) e possui especialização *lato sensu*. Quanto ao local de trabalho 60 (85,7%) atuam em Estratégias Saúde da Família; 75% trabalham 40 horas semanais; 45(64,3%) estão a mais de cinco anos em atividade profissional; 31(44,3%) não tiveram treinamento específico para coleta e 52 (74,4%) participaram de atualizações relacionadas ao câncer do colo do útero.

Descritores: Saúde da Mulher, Neoplasias do Colo do Útero, Enfermagem.

ABSTRACT

Descriptive study with a quantitative approach developed in primary care services and centers for women's health. The aim was to trace the profile of nurses who work in Programa Viva Mulher. A total of 70 nurses in the North, Northwest and Frontier West of Rio Grande do Sul, answered a questionnaire included information on gender, age, title, workplace, time of performance and participation in training and updates used to

compose the profile of the population studied. It was observed that the average age was 34.90 years, most were women 65 (92.9%) and has expertise in the broad lato sensu. As for the workplace 60 (85.7%) work in Estratégia Saúde da Família; 75% work 40 hours per week; 45 (64.3%) are more than five years in professional activity; 31 (44.3%) had no specific training for collection and 52 (74.4%) participated in updates related to cervical cancer

Descriptors: Women's Health, Colo Cervical Neoplasms, Nursing.

RESUMEN

Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo y el diseño de la sección transversal desarrollado en los servicios de atención primaria y centros de salud de la mujer, con el fin de trazar el perfil de las enfermeras que trabajan en el Programa Saúde da Mulher. 70 enfermeras de diferentes regiones de Rio Grande do Sul, respondieron a un cuestionario que incluía información sobre el género, la edad, título, lugar de trabajo y el tiempo de trabajo para componer el perfil de esta categoría. Se ha observado con respecto al género, 65 (92,9%) eran mujeres; edad fue de entre 23-54 años, con una edad media de 34,90 años (DE = 7,46); 53 (75,7%) tienen experiencia en el "lato sensu"; en cuanto a los lugares de trabajo 60 (85,7%) trabajar en ESFs; 75% trabaja 40 horas por semana; 45 (64,3%) son más de cinco años de actividad profesional; y de éstos, 31 (44,3%) no tenían una formación específica para la recogida y 52 (74,4%) participaron en las actualizaciones relacionadas con el cáncer de cuello uterino.

Descritores: Salud de la Mujer, Colo Neoplasias del Cuello, Enfermería.

¹ Enfermeira, discente do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde, Mestrado Associado Unijuí/Unicruz. Especialista em Terapia Intensiva e Saúde Pública. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Borja, RS, Brasil, Email: alineromero@hotmail.com

²Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Biotecnologia, especialista em Saúde Pública e Citologia Clínica, professora adjunta do curso de Biomedicina e Farmácia da Universidade de Cruz Alta –(UNICRUZ). Cruz Alta, RS, Brasil. Email: jzanella@unicruz.edu.br

³Física, Pós-Doutora em Estatística, Doutora em Física, professora adjunta do CESH/CCSA da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Cruz Alta, RS, Brasil. Email: mfigueiro@unicruz.edu.br

⁴ Enfermeira, Discente do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde, Mestrado Associado Unijuí/Unicruz. Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Cruz Alta, RS, Brasil, Email: lydcc@hotmail.com

⁵ Jornalista, graduado pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), São Borja,RS, Brasil.Email: julianorc@live.com

INTRODUÇÃO

O enfermeiro no decorrer de sua trajetória tem atribuído significados aos fenômenos inerentes a sua atividade profissional, construindo assim seu campo de conhecimento tendo como foco principal a atenção aos indivíduos de modo integral dentro do processo saúde/doença. Não apenas como um dos princípios do SUS, mas, sobretudo, como um movimento para novas práticas de saúde que primam por olhar o outro como ser indivisível e dentro de um contexto de respeito às individualidades. Nesta perspectiva, o cuidado do qual a população precisa deve incluir o acolhimento, o vínculo e a escuta dos sujeitos⁽¹⁾.

A atuação do enfermeiro, na área oncológica, deverá ser sempre subsidiada por conhecimento alicerçado em suportes teóricos acerca das lesões precursoras e sua evolução histórica para que se possa oferecer um cuidado para estas mulheres de forma segura e profícua, excluindo e reduzindo a possibilidade de morbidade por Doença Sexualmente Transmissível (DST) e, como consequência, a maior probabilidade para o desenvolvimento do câncer do colo do útero⁽²⁾.

O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. Para o ano de 2012, a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou a ocorrência de 265 mil óbitos por esse câncer em todo o mundo, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos, incluindo os da América do Sul⁽³⁾.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, cerca de 596 mil novos casos de câncer foram estimados para o ano 2016. O câncer do colo do útero ocupa o terceiro lugar no País, sendo que a região Norte destaca-se por ocupar o primeiro lugar com 23,97 casos/100mil e em quarto lugar a região Sul com 15,17 casos/100 mil⁽⁴⁾.

Ao defrontar com os altos índices de mortalidade por câncer de colo de útero, vê-se a necessidade de repensar as políticas públicas de enfrentamento ao câncer, prevenção efetiva e com resolutibilidade, para que através de medidas eficazes possa diminuir esses dados alarmantes e assim não permitir que mais mulheres venham à óbito sem que tenham a chance de tratamento precoce e eficaz.

As principais atividades do enfermeiro na atenção básica é realização de ações de educação e promoção à saúde, que incluam todos os níveis de prevenção ao câncer, orientando os usuários e assim minimizando os fatores de risco, realizando o rastreamento, diagnóstico precoce e encaminhamentos para o serviço de referência. Para a concretização destas ações é de suma importância a presença do vínculo entre o profissional e o usuário dos serviços disponibilizados⁽¹⁾.

A equipe de saúde deve estar preparada para suprir à assistência a saúde da mulher em suas várias etapas, desde a prevenção, detecção acompanhamento do tratamento as mulheres acometidas de câncer do colo do útero, que provocam muitas vezes consequências físicas e emocionais as pacientes. É nesse cuidado que a equipe de enfermagem assume papel importante, na assistência e orientação, esclarecendo dúvidas e fornecendo subsídios aos pacientes e familiares⁽²⁾.

É pertinente a este profissional indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificando precocemente os efeitos colaterais do tratamento a fim de minimizá-los, bem como, orientar e acompanhar a paciente e respectiva família e manter em mente que as ações de enfermagem devem ser individualizadas, considerando-se suas características pessoais e sociais⁽⁵⁾.

Considerando a importância enfermeiro nas ações de promoção à saúde da mulher, o estudo teve como objetivo traçar o perfil destes profissionais que atuam diretamente nos cuidados a mulher, e verificar se os mesmos participam de treinamentos e atualizações sobre o câncer do colo do útero.

METODOLOGIA

O presente estudo é integrante de uma pesquisa maior de dissertação de mestrado em Atenção Integral à Saúde intitulada "Câncer do colo do útero: uma análise da promoção e prevenção em municípios do Rio Grande do Sul, Brasil" aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Cruz Alta, conforme parecer consubstanciado nº 1.488.462.

Foi realizado um estudo observacional descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido nos serviços de atenção básica e centro de saúde especializado em saúde da mulher, durante o período de maio de 2015 a abril de 2016, em municípios da região Norte, Noroeste e Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul (RS).

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde, como Estratégia Saúde da Família (ESFs) Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde da Mulher onde se desenvolvem ações do Programa Viva Mulher e coletas do exame citopatológico de Papanicolaou, nos municípios de Cruz Alta e Ijuí da Região Noroeste, São Borja da Região Fronteira Oeste e Frederico Westphalen, Vicente Dutra, Miraguaí, Três Passos, Vista Gaúcha, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Cristal do Sul, Pinhal da Região Norte do Rio Grande do Sul (Fig. 1). A escolha dos municípios deste estudo foi definida através do critério de conveniência.

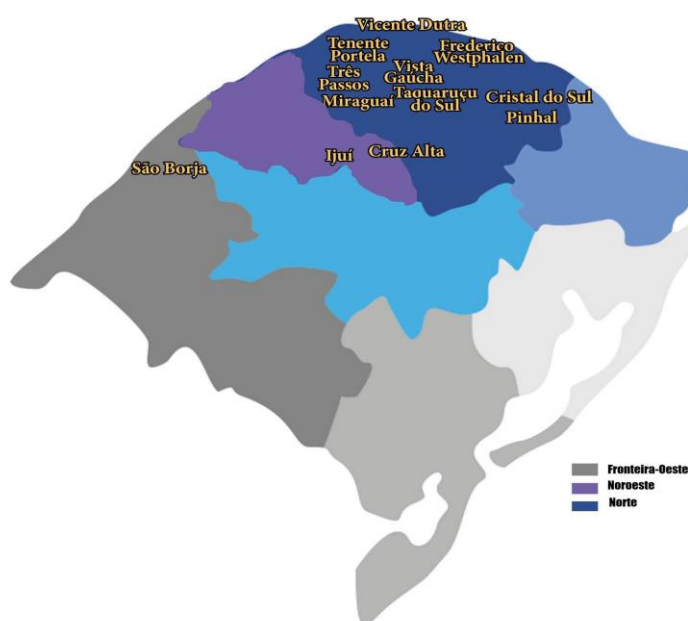


Fig.1: Regiões do Rio Grande do Sul integrantes do presente estudo.
Fonte: Adaptado de IBGE mapas

Inicialmente foi realizado contato com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios integrantes do estudo solicitando autorização para a realização da pesquisa junto aos profissionais enfermeiros, sendo esclarecidos dos objetivos, metodologia e aspectos éticos da pesquisa e foram convidados a participarem. Posteriormente foram aplicados os questionários aos profissionais de saúde que aceitaram participar do estudo.

O questionário aplicado incluiu informações pessoais e profissionais para compor perfil desta categoria e serviu de base para a investigação através das variáveis de sexo, idade, titulação, local de trabalho e tempo de atuação.

Os dados obtidos foram compilados em planilha eletrônica Microsoft Excel® e posteriormente analisados a partir de categorias de análise em um software aplicativo (IBM-SPSS-22). As variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas como frequência (n) e frequência percentual (%). Para análise descritiva univariada da variável quantitativa idade, foram calculadas as medidas de posição (média, mínimo e máximo) e a medida de dispersão (desvio padrão), e as variáveis qualitativas (sexo, município, tempo de atuação, local de trabalho, treinamento e atualizações), foram apresentadas em tabelas de frequência.

RESULTADOS

Perfil demográfico

Participaram da pesquisa 70 enfermeiros das regiões Norte, Noroeste e Fronteira-Oeste do RS.

Entre as cidades estudadas, Cruz Alta foi o município com maior número de enfermeiros participantes (30%), seguidos dos municípios de Ijuí e São Borja com percentuais semelhantes 25,7% e 24,3%, respectivamente. Os demais municípios obtiveram menor percentual em relação aos outros por possuírem populações menores.

A idade dos enfermeiros participantes variou entre 23 e 54 anos, cuja média foi de 34,90 anos (DP=7,46), sendo 65 (92,9%) mulheres e cinco (7,1%) homens, com destaque para um perfil profissional feminino.

A Tabela 1 mostra que 75,7% dos enfermeiros possuem cursos de pós-graduação em nível de especialização *lato sensu*, sendo que nenhum enfermeiro apresentou titulação em nível de pós-graduação *strictu sensu* (mestrado ou doutorado). Observou-se, também, que entre as especialidades cursadas a maioria delas era voltada para saúde pública, porém nenhuma na área de oncologia.

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros conforme a titulação

	n	(%)
Especialização lato sensu	53	75,
Graduação	17	24,3
Total	70	100,0

Em relação ao local de trabalho, a maioria 60(85,7%) esta lotada nas Estratégias Saúde da Família, nos Centros de Saúde de Mulher quatro (5,7%) e Unidades Básicas de Saúde quatro (5,7%) e a minoria (2,9%) distribuídos em outros setores como a unidade móvel e Centro de Especialidades médicas que fazem atendimento à mulher.

A maioria desses profissionais 60 (85,7%) desenvolve suas atividades laborais num regime de 40 horas de trabalho e 2,9% com 20h de trabalho semanal.

Em análise do tempo de atuação na Enfermagem, 45 (64, 3%) estão há mais de cinco anos em atividade profissional e três (4,3%) estão a menos de um ano, conforme ilustrado no Gráfico 1.

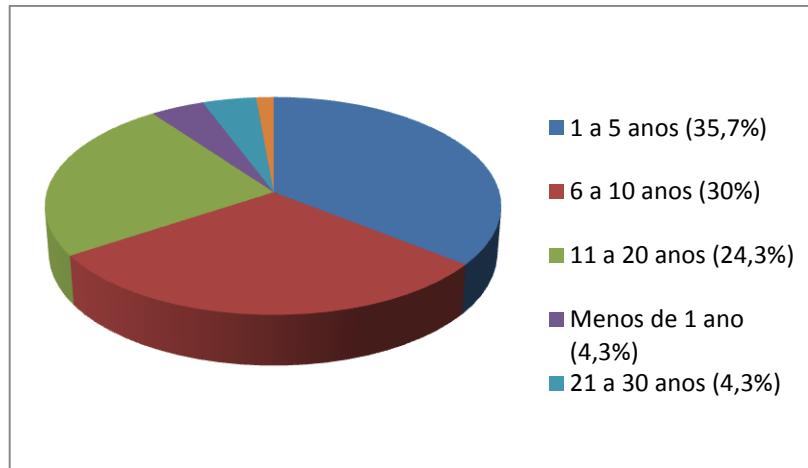


Gráfico 1- Distribuição do Tempo de Atuação profissional dos Enfermeiros

Quando questionados sobre realização de treinamentos específicos para coleta de CP ao iniciarem suas atividades no Programa Saúde da Mulher 44,3% dos entrevistados responderam não terem recebido após sua graduação. Porém, a maioria (55,7%) informou participar de atualizações relacionadas ao câncer do colo do útero. Estas informações podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da participação dos Enfermeiros em Treinamento Específico e Atualizações sobre CCU

Treinamento Específico para coleta de CP		
	(n)	(%)
Sim	39	55,7
Não	31	44,3
Não Respondeu	0	0,0
Total	70	100,0

Atualizações sobre CA do colo do útero		
	(n)	(%)
Sim	52	74,3
Não	14	20,0
Não Respondeu	4	5,7
Total	70	100,0

DISCUSSÃO

O traçado do perfil do enfermeiro que atua na atenção à saúde da mulher apresentada, neste estudo, é concordante com estudo ⁽⁶⁾ que explica o predomínio da presença feminina consolidada pela sua história e passados ligados a sua origem, conforme relatos constantes no Antigo Testamento.

A origem da palavra enfermeiro vem do latim e tem relação com as palavras "mãe-enfermeira". Em todos os momentos de relevância histórica mundial teve alterações no modo de trabalho de quem praticava o cuidado, como na renascença, que quem assumiu o cuidado foram mulheres marginalizadas. É importante salientar que em todos os momentos foram mulheres com o desejo e a capacidade de cuidar que praticaram a enfermagem. A personagem que mais representa estes profissionais esta centrada em *Florence Nightingale* que formou o que chama-se de a Enfermagem Moderna. E no Brasil, Ana Neri, enfermeira, foi considerada a mãe de todos os brasileiros ⁽⁷⁾, e considerada até hoje fonte de inspiração para esta categoria profissional.

Nessa perspectiva, o perfil profissional na articulação gênero, não perderíamos a oportunidade de falar de um campo de exercício do saber-fazer profissional em que as relações de gênero participam fortemente do processo saúde doença: o campo da atenção à saúde da mulher. Nos espaços de cuidado à saúde das mulheres, a problemática de gênero mostra sua complexidade na singularidade da vida de cada uma delas. As equipes multiprofissionais, frente à implementação das políticas públicas de saúde, ora mantêm a ordem institucional, reproduzindo desigualdades de classe e de gênero na relação profissional-cliente ⁽⁸⁾.

Diferentes estudos ⁽⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾ também são concordantes com nossos dados, quando relatam percentuais próximos a 90% de mulheres enfermeiras atuantes.

Avaliando a faixa etária e o tempo de serviço profissional observou-se que os enfermeiros que atuam na atenção básica são profissionais jovens, a maioria (57,4%) inclui-se na faixa de 23-35 anos e com tempo de atuação superior a 5 anos indicando uma formação e entrada no mercado de trabalho precocemente. Este perfil aparece em estudos ⁽¹³⁻⁹⁻¹⁰⁾ e também no estudo com 60 enfermeiros de um hospital universitário, onde buscava-se relacionar idade, tempo de trabalho observou-se que os enfermeiros são em 98,33% mulheres, com idade entre 32,5 e 49,5 anos⁽¹⁴⁾.

Conforme exposto na Tabela 1, quanto ao o nível de qualificação dos profissionais atuantes na saúde pública dos municípios, a maioria dos enfermeiros (75,7%) possuem título à nível de pós graduação *lato sensu*, sendo que 39,6% destes apresentam mais de um título de especialização. Este panorama se repete nos estudos ⁽¹³⁻⁹⁾ onde, respectivamente 100% e 73,4% dos entrevistados possuíam títulos de especialista.

Constatamos que os enfermeiros são especializados em diversas áreas, refletindo a importância da qualificação profissional para atender as demandas nos diversos setores de saúde. Existe uma preocupação crescente dos profissionais em aprimorar conhecimentos técnicos e científicos, estimulando assim seu desenvolvimento e aumentando suas responsabilidades, pois cada um deles objetiva qualificar cada vez mais o nível de assistência prestada ao cliente, família e comunidade.

A maioria dos participantes trabalha nas Estratégias de Saúde da família local considerado um dos focos de atenção à educação permanente das equipes, observa-se a importância de serem qualificados para exercerem suas atividades dentro de sua comunidade. A qualificação do profissional que integra a Saúde da Família, por meio da educação permanente e/ou continuada, é importante, pois o desafio da ESF é o de promover uma corresponsabilidade com os usuários dos serviços de saúde e com a comunidade, proporcionando uma maior resolubilidade da atenção ⁽¹⁰⁾.

A atuação do profissional enfermeiro nas equipes de Estratégias da Família é essencial para a construção de ações de promoção e educação em saúde, pois é ele que coordena a equipe multiprofissional e os agentes de comunitários de saúde de sua unidade.

Ainda há de se observar que apesar de as ações de educação em saúde, desenvolvidas nos serviços de saúde da família, serem da responsabilidade de todos, é o enfermeiro o profissional que mais se identifica e se compromete com a função, pois seu fazer está muito mais próximo dela do que dos outros profissionais ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Esse vínculo que existe entre o enfermeiro e os usuários do serviço de saúde é fundamental para a conquista da confiança, da troca de sentimentos, angústias e desejos de melhoria da saúde, tornando essa relação de respeito mútuo e de credibilidade a assistência prestada.

E essa proximidade estabelecida entre a equipe de saúde e os usuários denota a possibilidade de apreensão de seus modos de viver e perceber o mundo. Os profissionais podem valer-se desse espaço para identificar as necessidades em saúde da população e contemplar um dos tantos sentidos da integralidade: a organização dos serviços de saúde em função das necessidades evidenciadas ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Quanto à carga horária de trabalho semanal 85,75% dos enfermeiros trabalham 40 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva, dado esse que vem ao encontro ao local em que eles atuam. Uma das especificidades das ESFs é a carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde da Família (à exceção dos profissionais médicos), de forma que os dados concordam também com esta demanda. A Política Nacional de Atenção Básica prevê uma carga horária de até oito horas do total da carga horária para atividades de especialização em Saúde da Família, residência

multiprofissional e ou de Medicina de Família e Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial⁽¹⁸⁾.

Apesar do resultado deste estudo afirmar que 55,7% dos enfermeiros receberam treinamento específico (Tabela 2), ainda há a necessidade de melhorias para que se tenham profissionais habilitados para os procedimentos e condutas do Programa Viva Mulher. É de extrema importância que os profissionais que irão atuar ou atuam em saúde da mulher recebam treinamento específico para coleta de exame citopatológico antes de iniciarem suas atividades, devido a se tratar de um exame de rastreamento do câncer do colo do útero e de grande responsabilidade. A citopatologia apresenta dificuldades não apenas de cunho interpretativo, mas também de condições para realização dos exames que, no caso do colo do útero, envolve profissionais com diferentes qualificações, experiências e grau de responsabilidade⁽¹⁹⁾. Os profissionais de saúde devem ser treinados para realizar o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de colo a fim de iniciar o tratamento com maior agilidade e eficácia.

O exame preventivo de Papanicolaou é uma técnica simples de grande valor prático e alcançável à maioria da população. Porém, é necessária que a qualidade deste exame seja controlada nas suas mais diversas etapas, para garantir condições adequadas de leitura ao citopatologista. O exame citopatológico consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero⁽²⁰⁾.

A junção escamocolunar (JEC) é o ponto onde os epitélios colunar (endocérvice) e escamoso (ectocérvice) se juntam. Essa é a região de maior incidência do tipo histológico mais comum de câncer do colo do útero, o adenocarcinoma de células escamosas. Por essa razão é importante que a JEC seja alcançada durante a coleta do material para o exame de Papanicolaou⁽²¹⁾.

A educação permanente e capacitação dos profissionais são de extrema importância, visto que uma coleta de material inadequada levará a erros de diagnóstico, elevando a ocorrência de falso-negativos⁽²²⁾.

Em nosso estudo a maioria dos profissionais relatou receber atualizações sobre o tema câncer do colo do útero (Tabela 2), índice relativamente satisfatório, se levarmos em conta que essas atualizações deveriam atingir a totalidade dos integrantes das equipes. Considerando-se que atualizações periódicas dos profissionais da saúde que atuam na coleta do exame citopatológico são necessárias e fundamentais para o cuidado a saúde da mulher e para a melhoria da qualidade do exame e conseqüentemente um melhor controle do câncer do colo do útero, conforme previsto no Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia – Qualicito⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

Ao término deste estudo podemos observar que o perfil profissional dos enfermeiros que atuam no Programa Viva mulher em seus diversos campos e locais de atuação, corresponde a um grupo relativamente jovem, especializado e a maioria lotados nas ESFs. Trabalham em dedicação exclusiva desempenhando múltiplas funções, tanto na coordenação quanto na execução das atividades assistenciais. Este perfil foi semelhante nas regiões Norte, Noroeste e Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul.

Mesmo diante de um cenário de dificuldades inerentes, o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que mais busca conhecimento, além da área de atuação, devido estar sujeito às mudanças rotineiras dentro dos locais de trabalho, muitas vezes de cunho político ou pelo déficit de recursos humanos em outros programas implantados nos municípios.

Salienta-se a importância do vínculo de permanência dos profissionais com os programas em atuam, e neste sentido chamamos a atenção dos gestores de saúde que atentem para esta situação, valorizando e permitindo maior permanência deste profissional no seu território de atuação, uma vez que são os profissionais mais qualificados, pois conhecem sua comunidade e possuem relações de confiança junto às mulheres que buscam estes serviços de prevenção do câncer do colo do útero nas unidades de saúde.

Por fim, destacamos que apesar da multi-especialização presente nesta categoria, observa-se carência de especialistas na área oncológica e da saúde da mulher. Sabe-se que esta especialidade proporciona maior suporte de conhecimento no atendimento às mulheres portadoras de neoplasias, tanto na prevenção e promoção da saúde quanto nas condutas e cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

- 1 Thum M, Heck RM, Soares MC, Deprá AS. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. Cienc cuid saude. 2008 out-dez; 7(4): 509-16.
- 2 Carvalho MC, Queiroz A. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. Esc. Anna Nery. 2016; 14(3): 617-624.
- 3 WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Available from: <http://globocan.iarc.fr/>
- 4 INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2015

5 Frigatto S, Hog L. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Rev. Bras. de Cancerologia. [cited 2016 mar 30]51(4): 297-303. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf

6 Nauderer TM, Lima MADS. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. Rev. bras. enferm. 2016; 58(1): 74-77.

7 Frello AT, Carraro TE. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. Esc. Anna Nery. 2016; 17(3): 573-579.

8 Coelho EAC. Gênero, saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3): 345-8.

9 Corrêa A, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet].[cited 2016 mar 12]; 14(1): 171-80. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf

10 Costa S, Prado M, Andrade T, Araújo E, Silva-Junior W, Gomes-Filho Z, Rodrigues C. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. [Cited 2016 Mai 10]; 8(27): 90-96. Available from: <http://www.rbmfcc.org.br/rbmfcc/article/view/530>

11 Silveira C, Urbanetto J, Silva P, Magnago T, Poli-de-Figueiredo C. Perfil de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de enfermagem em unidades de cuidado intensivo e emergência. Ciência & Saúde. 2013; 6(3): 157-162.

12 Porto AR, Rodrigues SDS, Joner LR, Noguez PT, Thofehn MB, Dal Pai D. Autoavaliação de saúde e doenças crônicas entre enfermeiros de Pelotas/RS. Revista Eletrônica de Enfermagem.2013;15(3):763-771.

13 Melo M, Vilela F, Salimena A, Souza I. "O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária." Rev. Bras. Cancerologia. [Internet]. [cited 2016 mar 13]; 58(3): 389-398. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterio_cotidiano_atencao_primaria.pdf

14 Costa F, Vagheti H, Martinello D, Mendes D, Terra A, Alvarez S, Lemos L. Tendências empreendedoras dos enfermeiros de um hospital universitário. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2013; 34(3): 147-154.

15 Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado de saúde pública. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; 61(1): 117-121.

- 16 Moutinho C, Almeida E, Leite M, Vieira M. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab. educ. saúde* 2014; 12(2).
- 17 Mattioni F, Budo M, Schimith M. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto contexto - Enferm.* 2011; 20(2).
- 18 BRASIL. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (Br). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2014 Mar 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- 19 Collaço L.M, de Noronha L, Bleggi-Torres LF, Pinheiro DL. Quality control in cervical cancer screening: Brazilian experience. *Acta Cytologica*, Chicago. 2005; 49(6): 694-696.
- 20 Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J. *Medicina Interna Básica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A; 1998.
- 21 Yassoyama M. Estudo do colo uterino por espectroscopia FT-RAMAN. Dissertação de pós graduação em bioengenharia. Universidade do Vale da Paraíba. São José dos Campos, SP, 2006.
- 22 Amaral R, Manrique E, Guimarães J, Sousa P, Mignol J, Xavier X, Oliveira A. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2016; 30(11): 556-560.
- 23 INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia /. – Rio de Janeiro: Inca, 2012.

3.1.1 Comprovante de submissão artigo 1

14/05/2016

#41287 Sinopse



CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário/User > Autor > Submissões > #41287 > Resumo

#41287 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão

Autores	Aline Romero Cabral, Janice de Fátima Pavan Zanella, Michele Ferraz Figueiró, Juliano Romero Cabral		
Título	Perfil dos enfermeiros que atuam na prevenção do câncer do colo do útero em diferentes regiões do Rio Grande do Sul		
Documento original	41287-173317-1-SM.DOCX	12-05-2016	
Docs. sup.	41287-173318-1-SP.PDF 12-05-2016 41287-173319-1-SP.PDF 12-05-2016 41287-173320-1-SP.PDF 12-05-2016 41287-173321-1-SP.PDF 12-05-2016 41287-173322-1-SP.PDF 12-05-2016		INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Srt.a Aline Romero Cabral		
Data de submissão	12 de maio de 2016 - 16:25		
Seção	Artigo Original		
Editor	Nenhum(a) designado(a)		

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	12-05-2016
Última alteração	12-05-2016

Metadados da submissão

EDITAR METADADOS

Autores

Nome	Aline Romero Cabral
URL	http://orcid.org/0000-0003-1554-6201
Instituição/Afiliação	"Universidade de Cruz Alta(UNICRUZ)" e Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ)
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, discente do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde, Mestrado Associado Unijuí/Unicruz. Especialista em Terapia Intensiva e Saúde Pública. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Borja, RS, Brasil
Contato principal para correspondência.	
Nome	Janice de Fátima Pavan Zanella
Instituição/Afiliação	Universidade de Cruz Alta(UNICRUZ) Cruz Alta, RS, Brasil
País	Brasil
Resumo da Biografia	Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Biotecnologia, especialista em Saúde Pública e Citologia Clínica, professora adjunta do curso de Biomedicina e Farmácia da Universidade de Cruz Alta -(UNICRUZ). Cruz Alta, Rs, Brasil.
Nome	Michele Ferraz Figueiró
URL	http://orcid.org/0000-0002-6996-0048
Instituição/Afiliação	Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ)
País	Brasil
Resumo da Biografia	Pós Doutorada em Estatística, Doutora em Física, professora adjunta do CCSH/CCSA da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ).Cruz Alta, RS, Brasil
Nome	Juliano Romero Cabral
Instituição/Afiliação	Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)
País	Brasil
Resumo da Biografia	Jornalista, graduado pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), São Borja,RS, Brasil.

Título e Resumo

Título	Perfil dos enfermeiros que atuam na prevenção do câncer do colo do útero em diferentes regiões do Rio Grande do Sul
Resumo	Estudo descritivo com abordagem quantitativa e delineamento transversal desenvolvido nos serviços de atenção básica e centros especializados em saúde da mulher, objetivando traçar o perfil de enfermeiros que atuam no Programa Viva Mulher. 70 enfermeiros de diferentes regiões do Rio Grande do Sul, responderam a um questionário que abrangia informações quanto ao gênero, idade, titulação, local de trabalho e tempo de atuação para compor o perfil desta categoria. Foi observado quanto ao gênero, que 65(92,9%) eram mulheres; a idade ficou entre 23 a 54 anos, com média de 34,90 anos (DP=7,46); 53 (75,7%) possuem especialização <i>lato sensu</i> ; quanto ao local de trabalho 60 (85,7%) atuam nas ESFs; 75% trabalham 40 horas semanais; 45(64,3%) estão a mais de cinco anos em atividade profissional; e destas, 31(44,3%) não tiveram treinamento específico para coleta e 52 (74,4%) participaram de atualizações relacionadas ao câncer do colo do útero.

Indexação

Área e sub-área do Conhecimento	Saúde
Assunto	Saúde da Mulher, Neoplasias do Colo do Útero, Enfermagem
Palavras-chave	Saúde da Mulher, Neoplasias do Colo do Útero, Enfermagem
Idioma	pt

IDIOMA/LANGUAGE

Selecione o idioma

Português (Brasil) ▼

Submeter

SISTEMA ELETRÔNICO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS

Ajuda do sistema

USUÁRIO/USER

Logado como:

alineromero

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

AUTOR

Submissões

- Ativo (2)
- Arquivo (0)
- Nova submissão

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos ▼

Pesquisar

Procurar/Browse

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título/By Title
- Outras revistas

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- Para Leitores/For Readers
- Para Autores
- Para Bibliotecários

NOTIFICAÇÕES

- Visualizar (2 nova(s))
- Gerenciar

3 CAPÍTULO II

3.2 Artigo submetido à Revista Eletrônica de Enfermagem (REE), qualis Capes B1.

A participação do enfermeiro nas ações de promoção e prevenção ao câncer do colo do útero

The participation of nurses in the promotion and prevention of cervical câncer

La participación del personal de enfermería en la promoción y prevención de cáncer de cuello uterino

Aline Romero Cabral¹, Janice de Fátima Pavan Zanella², Michele Ferraz Figueiró³, Lidiane Coradini Carvalho⁴, Juliano Romero Cabral⁵

RESUMO

Estudo de caráter qualitativo, objetivou analisar as ações realizadas pelos enfermeiros de diferentes municípios sobre a promoção e a prevenção ao Câncer do Colo do Útero, bem como realizar capacitações aos profissionais. A coleta de dados foi realizada através de um questionário com perguntas abertas que foram respondidas pelos 70 enfermeiros que atuam e desenvolvem ações do Programa Viva Mulher e coletas do exame citopatológico em 12 municípios da região Norte, Noroeste e Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul. Para a realização da análise de conteúdo os participantes foram identificados por nomes de flores. Observamos nos relatos a dificuldade de adesão das mulheres ao exame citopatológico devido ao medo, questões culturais, vergonha entre outros; e quanto às atualizações e capacitações realizam com pouca frequência. Através dos temas sugeridos foram realizadas capacitações e elaboração de material didático para os enfermeiros.

Descritores: Enfermagem, Promoção da Saúde, Neoplasias do colo do Útero.

ABSTRACT

Qualitative study aimed to analyze the actions taken by nurses in different municipalities on the promotion and prevention Cervix Cancer Uterus and conduct training to professionals. Data collection was conducted through a questionnaire with open questions that were answered by 70 nurses who work and develop actions Viva Program Women and cytological examination collections in 12 municipalities in the North, Northwest and Frontier West of Rio Grande do Sul. To perform content analysis participants were identified by names of flowers. We note the reports the difficulty of accession of women

to the cytological examination of fear, cultural issues, shame among others; and about updates and trainings held infrequently. Through the suggested topics trainings were conducted and development of teaching materials for nurses.

Descriptors: Nursing, Health Promotion, Uterine Cervical Neoplasms.

RESUMEN

Estudio cualitativo tuvo como objetivo analizar las acciones realizadas por las enfermeras en diferentes municipios de la promoción y la prevención del cáncer de cuello uterino Útero y la realización de formación a los profesionales. La recolección de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario con preguntas abiertas que fueron contestadas por 70 enfermeras que trabajan y desarrollan acciones Viva Programa Mujeres y colecciones de examen citológico en 12 municipios en el norte, noroeste y oeste de la frontera de Río Grande do Sul. Para llevar a cabo análisis de contenido de los participantes fueron identificados por nombres de flores. Tomamos nota de los informes de la dificultad de acceso de las mujeres al examen citológico del miedo, las cuestiones culturales, la vergüenza entre otros; y acerca de las actualizaciones y entrenamientos celebrada con poca frecuencia. A través de las capacitaciones temas sugeridos se llevaron a cabo y el desarrollo de materiales de enseñanza para las enfermeras.

Descritores: Enfermería, Promoción de la salud, Neoplasias del Cuello Uterino.

¹ Enfermeira, Discente do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde, Mestrado Associado Unijuí/Unicruz. Especialista em Terapia Intensiva e Saúde Pública. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Borja, RS, Brasil, Email: alineromerc@hotmail.com

²Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Biotecnologia, especialista em Saúde Pública e Citologia Clínica, professora adjunta do curso de Biomedicina e Farmácia da Universidade de Cruz Alta –(UNICRUZ). Cruz Alta, RS, Brasil. Email: jzanella@unicruz.edu.br

³Física, Pós-Doutora em Estatística, Doutora em Física, professora adjunta do CESH/CCSA da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Cruz Alta, RS, Brasil. Email: mfigueiro@unicruz.edu.br

⁴ Enfermeira, Discente do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde, Mestrado Associado Unijuí/Unicruz. Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Cruz Alta, RS, Brasil, Email: lydcc@hotmail.com

⁵ Jornalista, Graduado pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), São Borja, RS, Brasil. Email: julianorc@live.com

INTRODUÇÃO

O rastreamento do câncer do colo do útero (CCU) representa um processo complexo em múltiplas etapas: realização do exame de rastreamento, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação diagnóstica e tratamento e baseia-se na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer ⁽¹⁾.

O exame usado para rastreamento do CCU é nomeado de exame citopatológico, colpocitologia oncótica, exame de Papanicolaou ou simplesmente preventivo. É um exame considerado de baixo custo, com boa tolerância por parte das mulheres e também por sua relativa eficácia, sendo recomendado pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, do Ministério da Saúde como estratégia para prevenção, diagnóstico precoce ou detecção do câncer ⁽²⁾.

O Câncer cérvico-uterino apresenta aspectos epidemiológicos, etiológicos e evolutivos conhecidos, permitindo sua detecção em estágio inicial ou pré-maligno. A localização anatômica da cérvix uterina, cujo acesso é relativamente simples, constitui-se, ainda como fator facilitador para a prática preventiva ⁽³⁾.

Cabe ao enfermeiro indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento a fim de minimizá-los, orientar e acompanhar a paciente e respectiva família e manter em mente que as ações de enfermagem devem ser individualizadas, considerando suas características pessoais e sociais ⁽⁴⁾.

A educação permanente e capacitação dos profissionais são de extrema importância, visto que uma coleta de material inadequada levará a erros de diagnóstico, elevando a ocorrência de falsos-negativos ⁽⁵⁾.

No Brasil, o rastreamento através do exame citopatológico é realizado em mulheres de 25 a 64 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos ⁽¹⁾. A realização periódica desse exame é uma das estratégias mais efetivas de prevenção secundária para o rastreio do CCU ⁽⁶⁾ associada com uma cobertura da população-alvo de no mínimo, 80% e com a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60% a 90% a incidência do câncer cervical.

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde refere que a prevenção do câncer do colo uterino na atenção integral a saúde da mulher, é uma prática dos profissionais de enfermagem, ao especificar que cabe a esses trabalhadores realizar a consulta de enfermagem, o exame preventivo, solicitar exames complementares e

prescrever medicações conforme protocolos observados às disposições legais da profissão ⁽¹⁾.

Com base nessas premissas, este estudo objetivou analisar o processo de trabalho dos enfermeiros buscando a compreensão das correlações e mediações da promoção e prevenção do câncer do colo do útero bem como a existência de educação continuada e permanente no âmbito de cada município integrante do estudo e propor ações de educação em saúde como capacitações específicas.

METODOLOGIA

O presente estudo é integrante de uma pesquisa maior de dissertação de mestrado em Atenção Integral à Saúde intitulada "Câncer do colo do útero: uma análise da promoção e prevenção em municípios do Rio Grande do Sul, Brasil" aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Cruz Alta sob parecer circunstanciado nº1. 488.462.

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa ⁽⁷⁾ com fechamento amostral por saturação teórica desenvolvido nos serviços de atenção básica e centro de saúde especializados em saúde da mulher, durante o período de maio de 2015 a abril de 2016, através da aplicação de questionário semi-estruturado com perguntas abertas aplicados em 70 enfermeiros que atuam e desenvolvem ações do Programa Viva Mulher e coletas do exame citopatológico, nos municípios de Cruz Alta e Ijuí da Região Noroeste, São Borja da Região Fronteira Oeste e Frederico Westphalen, Vicente Dutra, Miraguaí, Três Passos, Vista Gaúcha, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Cristal do Sul e Pinhal da Região Norte do Rio Grande do Sul. Totalizando 12 municípios estudados, abrangendo uma população de 291.138 habitantes, e destes 149.702 eram mulheres ⁽⁸⁾.

O questionário contou com quatro perguntas abertas acerca das dificuldades para o enfrentamento do câncer do colo do útero; tipo de ações de prevenção e promoção à saúde da mulher desenvolvida e que devem ser realizadas em seu município. Também foi perguntado sobre a participação dos profissionais em atualizações com o tema câncer do colo do útero e de que forma esse tipo de assunto deveria ser abordado em educação continuada. Através de análise do conteúdo ⁽⁹⁾ das respostas, as mais frequentes foram selecionadas, transcritas e identificadas através de nomes de flores.

Após análise dos dados foram realizadas capacitações a partir das sugestões propostas nos questionários em três municípios com maior número de enfermeiros e também elaborado e entregue material didático para os participantes.

RESULTADOS

Os enfermeiros foram questionados sobre quais as maiores dificuldades para o enfrentamento do câncer do colo do útero em sua comunidade, município ou região, os mesmos relataram:

"Adesão das mulheres ao rastreamento de forma continuada e daquelas que nunca fizeram a coleta de realizá-la pela primeira vez..." (Rosa).

*"Mito do "medo" que as mulheres tem do preventivo, "medo da dor..." (Tulipa).
"Ainda a maior dificuldade é a "vergonha" de realizar o exame, algumas mulheres não aceitam realizar o exame..." (Girassol).*

"Algumas pacientes recusam a realização de exame preventivo- dificuldade em atingir metas de CP nas faixas etárias..." (Lírio).

Quanto às ações de prevenção e promoção à saúde da mulher que devem ser realizados no seu município, os mesmos responderam:

"Realização de grupos educativos; mobilização das mulheres para o auto-cuidado e a busca de melhor qualidade de vida; valorização da integralidade na assistência e no estímulo a uma participação ativa das mulheres com atitudes assertivas em relação a saúde. Identificação e minimização das dificuldades de acesso ao serviço de saúde" (Violeta).

"Sensibilização das mulheres acerca da realização do exame papanicolaou assim que iniciarem a vida sexual, estimular esse público a comparecer regularmente à UBS e ESF para rastreamento do câncer do colo do útero. Atividades de educação em saúde devem acontecer de acordo com a necessidade local e a clientela feminina adequadamente informada, manifeste o comportamento preventivo em saúde, buscando estes serviços". (Samambaia).

"Orientar sobre para que serve o exame, importância do CA de colo é feito através da mídia, rádios, cartazes do MS para ESFs" (Gérbera).

Quanto à frequência das atualizações sobre o tema Câncer do Colo do Útero os profissionais relataram:

"Quando surge uma oportunidade sim, porém capacitações oferecidas pelo município e Estado raramente acontecem ou não acontecem. A última que fiz foi em 2012. O município ou a 9ª CRS são quem organizam as capacitações" (Calêndula).

"Capacitações e atualização organizadas pela equipe coordenadora dos ESFs. Anualmente, semestral. Ministrada por enfermeira especialista e ou médico" (Jasmim).

"Sim. Ocorreu 1 vez desde que comecei a trabalhar no município. Na sala na prefeitura. Biomédica e médico ginecologista do município"(Gerânio).

Sobre temas e assuntos gostariam que fossem abordados em educação continuada e como isso poderia se melhor absorvido, os mesmos relataram:

"Todo e qualquer assunto que envolve saúde da mulher é sempre importante para nós profissionais de saúde. Realizar mais capacitações nessa área envolvendo todos os profissionais das ESFs" (Acácia).

"Mais capacitações sistematizadas para profissionais e para a rede (laboratórios, serviço especializado)" (Cravina).

"Atualizações e revisões de protocolos são sempre efetivos. Elaboração de material objetivo e prático, particularmente, tem melhor resultado" (Crista de galo)

"Complementar-se conhecimentos da Teoria X Prática X Resultados" (Lavanda).

"Câncer do colo do útero prevenção e tratamento; HPV subtipos relacionados ao Câncer de colo; Teste de Schiller e o que significam os resultados do teste positivo ou negativo para o rastreamento do CA do colo do útero" (Magnólia)

"Coleta CP, porque fazer este exame, tipos de colo de útero, condução dos resultados e tratamentos" (Petúnia).

DISCUSSÃO

Dificuldades para o enfrentamento do câncer do colo do útero

Segundo relatos uma das maiores dificuldades é a falta de adesão ao exame citopatológico, onde citaram o medo, questões culturais, vergonha e a dificuldade de captar as mulheres na faixa etária preconizada.

O sentimento de vergonha está diretamente relacionado com a impessoalidade desse procedimento tão invasivo, com a exposição do corpo, com a questão da sexualidade e dos tabus relacionados a este tema e com o fato de mulher perceber que seu corpo vai ser visto e compreendido como objeto, desvinculado de sua condição humana⁽¹⁰⁾.

A falta de adesão dessas mulheres pode estar relacionada a vários fatores, como é observado em pesquisa⁽¹¹⁾, que fala que entre os principais motivos relatados pelas mulheres para a não realização do teste de papanicolaou são: medo em relação ao câncer, vergonha, sentimento de embaraço, desconforto físico, invasão de privacidade e da integridade corporal, barreiras financeiras, localização dos serviços de saúde,

transporte e principalmente, barreiras organizacionais como a burocracia no tempo gasto na marcação das consultas, da espera para atendimento e greve dos serviços públicos.

Outros pesquisadores ⁽¹²⁾ apontam como fatores que dificultam as práticas preventivas, o desconhecimento e representações sobre a doença e sobre o Papanicolaou. Ainda, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde; as práticas de cuidado da saúde sexual; as atitudes dos parceiros, e o medo da dor e os pudores relacionados à exposição do corpo, entre outros.

Desta forma, os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, devem ter uma conduta eficiente para atuar contra esses fatores negativos, que constituem um entrave à realização do exame preventivo ⁽¹³⁾.

O cuidar de enfermagem exige que o profissional tenha um olhar abrangente e humanizado com o intuito de assistir à pessoa em sua integralidade, respeitando-a nos aspectos biopsicossociais e nas suas particularidades, deixando de valorizar somente a execução de técnicas e práticas específicas ⁽¹⁴⁾. É fundamental romper a visão tradicional da assistência à saúde e introduzir ações na visão integral, no sentido de focar, além dos aspectos físicos do corpo, aspectos psicológicos e de compreensão do meio em que vive a mulher, da cultura, dos aspectos econômicos e sociais, o que pode remeter a uma relação mais cidadã ⁽¹³⁾.

Nas análises dos relatos, percebe-se que há necessidade de uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres, em relação aos motivos que podem interferir na decisão da mulher em não realizar exame de prevenção, com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre a doença e sobre a sua saúde ⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Assim, como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Ela se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível ⁽¹⁶⁾.

A preocupação das mulheres em relação ao resultado pode ser resolvida com a interação e diálogo profissional-usuário, onde suas dúvidas e menos possam ser sanadas e contribuindo assim para que a mulher se sinta tranquila durante a realização do exame e quanto ao seu resultado.

Ações de prevenção e promoção à saúde da mulher

Em relação às ações de prevenção e promoção à saúde que devem ser ampliadas nos municípios, as enfermeiras responderam e sugeriram práticas de educação em saúde voltada às usuárias dos serviços como palestras, rodas de conversa, horário especial para realização da coleta, entre outros.

O principal foco da enfermagem na saúde primária é a promoção da saúde, prevenção de doenças, rastreamento, diagnóstico precoce, e assegurar a continuidade do atendimento à saúde dos indivíduos⁽¹⁷⁾.

Os profissionais da saúde da família, por estarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, passam a desenvolver relações de vínculo com as pessoas, construindo assim relações de confiança para discutir as representações sociais /culturais sobre a sexualidade, seja ela feminina ou masculina, e a importância de prevenção contra o câncer do colo uterino⁽¹⁵⁾.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, todos os profissionais têm a obrigação de realizar atividades em grupo ou individual para a comunidade adscrita. Em relação à prevenção de doenças, ordenar o cuidado e organizar a rede e realizar educação permanente na comunidade⁽¹⁸⁾.

Com a carência de profissionais, especificamente de enfermeiros, a sobrecarga de trabalho passa a ser uma consequência previsível, e estes acabam, a cargo de suas múltiplas atribuições, dispensando maior tempo com as atividades administrativas, que lhes são privativas, em sua maioria⁽¹⁴⁾.

Outra preocupação é de que os profissionais da área estejam alertas para a realidade de cada local de trabalho e implementar medidas de controle da eficiência e do real impacto gerado por suas ações educativas nas populações alvo de sua atenção, pois senão estarão correndo risco de apenas executar programas preestabelecidos sem atingir os objetivos de melhoria da qualidade da saúde⁽¹⁹⁾.

Sabe-se que a prevenção envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população e, que quando articuladas resultarão em benefícios para os usuários do sistema de saúde, à medida que essas variáveis sejam consideradas e trabalhadas efetivamente⁽¹⁰⁾.

Concorda-se, plenamente, que a atuação do enfermeiro deverá ser subsidiada por conhecimento alicerçado em suportes teóricos acerca das lesões precursoras e sua evolução histórica para que se possa oferecer um cuidado para estas mulheres de forma segura e profícua, excluindo e reduzindo a possibilidade de morbidade por DST e, como consequência, a maior probabilidade para o desenvolvimento do câncer do colo do útero⁽²⁰⁾.

Atualizações e Capacitações sobre Câncer do Colo do Útero

Ao analisar as falas foi possível notar diferentes informações quanto às atualizações, quando relatam que participaram, mas com variações de frequência. Alguns relataram ser anualmente e enquanto outros informaram que quase não tem a oferta de atualizações.

Considera-se que atualizações sobre o tema são de extrema importância, visto que, muitas diretrizes e manejos de cuidado ao paciente mudam frequentemente ou são esquecidas e precisam ser retomadas pelos profissionais.

Alguns autores ⁽²¹⁾ apontam em uma visão de “educação continuada”, que o enfrentamento dos problemas na prática profissional se faz pela atualização, por categorias profissionais de conhecimentos/capacitação técnica a partir de um “diagnóstico” das deficiências na prestação de serviços, habitualmente feito pelas gerências de forma não integrada sem dar voz àqueles que se encontram na ponta assistencial do serviço e são, em última análise, os responsáveis pela sua operacionalização.

Diante da carência destas ações, os profissionais sugeriram capacitações na forma de palestras sobre os mais variados temas dentro da saúde da mulher e câncer do colo do útero.

De acordo com alguns pesquisadores ⁽²²⁾ as palestras constituem ações afirmativas e correspondem à principal estratégia referida pelos profissionais para a realização das ações educativas, possuindo, no cenário estudado, um caráter unidirecional, já que se processa pela exposição de informações técnicas pelos profissionais, sem participação ativa da comunidade, que desempenha o papel de receptora das informações.

Quando questionados sobre temas de interesse em educação continuada os enfermeiros se mostraram abertos a discutir sobre várias questões sobre a saúde da mulher e a maioria destacou que esse tipo de estratégia de ação é fundamental para suas práticas diárias junto aos programas aos quais pertencem.

Dessa forma, as capacitações para profissionais foram desenvolvidas na perspectiva de educação em saúde, voltada para os enfermeiros que realizam coleta de CP. A escolha dos municípios de São Borja, Cruz Alta e Ijuí, para a realização das capacitações, foi definida pelo maior número de enfermeiros.



Fig.1 Capacitação São Borja-RS, Janeiro de 2016.

A partir das sugestões elencadas pelos participantes, organizou-se material didático, enfocando atualizações e informações sobre o SISCOLO/ SISCAN, coleta do exame citopatológico, nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas, qualidade das amostras através do Qualicito e propor estratégias e ações de promoção à saúde nos seus municípios.



Fig.2 Capacitação Cruz Alta-RS, Março de 2016.

O êxito do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende da reorganização da assistência à saúde das mulheres nos serviços de saúde, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e das iniquidades no acesso utilização dos serviços preventivos⁽¹¹⁾.

O Ministério da Saúde preconiza o uso da educação popular nos serviços de saúde, enfatizando a importância da atenção básica, mas o que se tem observado é que os trabalhadores da saúde têm grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde e acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das iniquidades sociais⁽¹⁶⁾.

O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social⁽²³⁾.

Conforme relatos os enfermeiros recebem capacitações, mas elas demoram a ocorrer e em muitos municípios nem chegam a acontecer. Daí a importância de se propor ações conjuntas com instituições de ensino e com as coordenadorias regionais de saúde,

permitindo ampliação dessas ações. Com certeza, a educação abre oportunidades de mudanças e os enfermeiros devem estar dispostos a aprender e os gestores devem fazer esse incentivo e buscar parcerias com instituições a fins e universidades. De modo que as equipes de saúde possam usar a educação popular, estimulando o empoderamento da população e a sua autonomia para decidir sobre sua vida e sua saúde, é necessário que ela seja utilizada como norteadora das capacitações dos trabalhadores da saúde ⁽¹⁶⁾.



Fig.3 Capacitação Ijuí-RS, Abril de 2016.

E, para que os enfermeiros possam realizar educação continuada em seus locais de trabalho é necessário que estejam previamente preparados, capacitados realmente para atender as demandas do serviço e realizar ações de prevenção e promoção à saúde da mulher, desde o acolhimento da mulher à execução técnica correta da coleta do exame citopatológico e também quanto à forma que irá manejar e acompanhar o cuidado as usuárias em tratamento.

Em um estudo ⁽²⁴⁾ foi possível concluir que, após a capacitação dos profissionais envolvidos na realização do exame citopatológico do colo do útero, houve melhora expressiva no preenchimento do formulário de requisição, na realização do exame, conforme a periodicidade e a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, e na adequabilidade da amostra.

Classifica-se a educação em saúde como uma das intervenções potencialmente decisivas na promoção da saúde, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe e comunidade, que se constituem como sujeitos do processo ⁽²⁵⁾.

Ainda, dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população ⁽²³⁾.

A prevenção do CCU é um tema muito amplo que pode ser idealizado ou pensado de várias formas, entre elas pela própria competência dos profissionais em realizar práticas assistenciais, em que o objeto do trabalho é o ser humano; o próprio processo saúde-doença; a organização dos serviços de saúde e a percepção/sentimentos da mulher em relação ao exame, bem como sua situação social, econômica e cultural ⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

A partir das análises das informações contidas neste estudo e das percepções obtidas pelos pesquisadores durante as capacitações, observaram-se dificuldades no domínio de procedimentos associados à técnica de coleta do exame de Papanicolaou, bem como a carência de conhecimentos sobre a nomenclatura e condutas preconizadas.

A falta de capacitação em coleta de exame citopatológico previamente à admissão no serviço de atenção saúde da mulher, da continuidade de atualizações e capacitações, bem como de uma equipe responsável por ações de educação em saúde que atenda a demanda e necessidades da unidade é uma das lacunas identificadas neste estudo.

O não comprometimento de alguns profissionais com o cuidado e saúde das mulheres que integram a sua área de atuação contribui para as dificuldades elencadas neste trabalho. Uma vez que o desconhecimento e os tabus existentes quanto ao exame e sua finalidade contribui para a falta de aderência ao exame. Portanto é preciso realizar ações focadas às usuárias a fim de esclarecer as dúvidas e a importância da realização periódica do Papanicolaou.

Notificações atualizadas a cerca das razões que levam as mulheres a não realizarem o exame, e a partir dos motivos relatados implementar medidas que visem aumentar a cobertura, através da busca ativa pode ser uma estratégia positiva. Assim como atualizações de novos procedimentos e tecnologias, capacitações da equipe que atua no atendimento à saúde da mulher através da educação continuada podem resultar em melhor desempenho das ações e estratégias que visem maior cobertura de exames na faixa preconizada, tanto quanto melhorias da qualidade do exame de rastreamento do câncer do colo do útero.

Assim, a prevenção do câncer cervical deveria atentar para ações cujo propósito seja propiciar a passagem da mera adesão para uma "participação informada", por parte das mulheres, no rastreamento, sustentada não apenas no fornecimento de informações, mas, sobretudo, no reconhecimento dos seus valores e práticas.

REFERÊNCIAS

- 1 INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- 3 Merigui MAB, Hamano L, Cavalcante LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de Enfermagem de uma instituição pública. Rev. Esc. Enf. USP. 2002; 36(3): 289-96.
- 4 Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia. 2003; 49(4): 209-214.
- 5 Amaral RG, Manrique EJC, Guimarães JV, Souza PJ, Magnoli JRQ, Xavier AF, Oliveira A. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; 30(11): 556-560.
- 6 World health organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: WHO; 2010.
- 7 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec. 2010; 11ªed.
- 8 Ibge. Instituto Brasileiro de geografia e estatística. Censo 2010. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431560>
- 9 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa. 2010; 70ª ed.
- 10 Pellosso S, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. Acta Scientiarum. Health Sciences. 2004; 26(2): 319-324.
- 11 Pinho AA, Júnior IF, Schraiber LB, D'Oliveira AF. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de papanicolaou no município de São Paulo. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19(3): 303-313.
- 12 Rico AM, Iriart JAB. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2013; 29(9): 1763-73.
- 13 Thum M, Heck RM, Soares MC, Deprá AS. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. Cienc cuid saude. 2008 out-dez; 7(4): 509-16.
- 14 Silva MM, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. Esc. Anna Nery. 2015; 19(3): 460-66.
- 15 Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2007; 7(1): 31-38.

- 16 Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 319-325.
- 17 Brasil. Instituto Nacional do Câncer. *Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS,2012.
- 19 Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002; 48(2): 223-330.
- 20 Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14(3): 617-624.
- 21 Vicent SP. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007; 53(1): 79-85.
- 22 Silva CP, Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 2453-1462.
- 23 Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS-uma revisão conceitual.
- 24 Amaral AF, Araújo ES, Magalhães JC, Silveira EA, Tavares SBN, Amaral RG. Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. 2014; 36(4): 182-7.
- 25 Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em Saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 1547-1554.

3.2.1 Comprovante Submissão do artigo II

14/05/2016

#41305 Sinopse



CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário/User > Autor > Submissões > #41305 > Resumo

#41305 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão

Autores	Aline Romero Cabral, Janice de Fátima Pavan Zanella, Janice de Fátima Pavan Zanella, Michele Ferraz Figueiró, Michele Ferraz Figueiró, Lidiane Coradini Carvalho, Lidiane Coradini Carvalho, Juliano Romero Cabral, Juliano Romero Cabral	
Título	A participação do enfermeiro nas ações de promoção e prevenção ao câncer do colo do útero	
Documento original	41305-173372-2-SM.DOCX	14-05-2016
Docs. sup.	41305-173373-1-SP.PDF 14-05-2016 41305-173374-1-SP.PDF 14-05-2016 41305-173375-1-SP.PDF 14-05-2016 41305-173376-1-SP.PDF 14-05-2016 41305-173377-1-SP.PDF 14-05-2016 41305-173378-1-SP.JPG 14-05-2016 41305-173379-1-SP.JPG 14-05-2016	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Srt.a Aline Romero Cabral	
Data de submissão	14 de maio de 2016 - 09:12	
Seção	Artigo Original	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	
Comentários do Autor	Este trabalho faz parte da minha dissertação de mestrado...Já enviei um outro artigo essa semana também...Gostaria de saber quanto tempo ele fica aguardando para ver se tem interesse no tema? Quanto tempo demora para aceitar... Obrigada	

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	14-05-2016
Última alteração	14-05-2016

Metadados da submissão

EDITAR METADADOS

Autores

Nome	Aline Romero Cabral
URL	http://orcid.org/0000-0003-1554-6201
Instituição/Afiliação	"Universidade de Cruz Alta(UNICRUZ)" e Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ)
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, discente do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde, Mestrado Associado Unijuí/Unicruz. Especialista em Terapia Intensiva e Saúde Pública. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Borja, RS, Brasil
Contato principal para correspondência.	
Nome	Janice de Fátima Pavan Zanella
Instituição/Afiliação	Universidade de Cruz Alta(UNICRUZ)
País	Brasil
Resumo da Biografia	Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Biotecnologia,especialista em Saúde Pública e Citologia Clínica, professora adjunta do curso de Biomedicina e Farmácia da Universidade de Cruz Alta -(UNICRUZ). Cruz Alta, RS, Brasil. Email: jzanella@unicruz.edu.br
Nome	Janice de Fátima Pavan Zanella
Instituição/Afiliação	Universidade de Cruz Alta(UNICRUZ)
País	Brasil
Resumo da Biografia	Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Biotecnologia,especialista em Saúde Pública e Citologia Clínica, professora adjunta do curso de Biomedicina e Farmácia da Universidade de Cruz Alta -(UNICRUZ). Cruz Alta, RS, Brasil. Email: jzanella@unicruz.edu.br
Nome	Michele Ferraz Figueiró
URL	http://orcid.org/0000-0002-6996-0048
Instituição/Afiliação	Universidade de Cruz Alta(UNICRUZ)
País	Brasil
Resumo da Biografia	Física, Pós-Doutora em Estatística, Doutora em Física, professora adjunta do CESH/CCSA da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Cruz Alta, RS, Brasil. Email: mfigueiro@unicruz.edu.br
Nome	Michele Ferraz Figueiró
URL	http://orcid.org/0000-0002-6996-0048
Instituição/Afiliação	Universidade de Cruz Alta(UNICRUZ)
País	Brasil
Resumo da Biografia	Física, Pós-Doutora em Estatística, Doutora em Física, professora adjunta do CESH/CCSA da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Cruz Alta, RS, Brasil. Email: mfigueiro@unicruz.edu.br
Nome	Lidiane Coradini Carvalho
Instituição/Afiliação	Universidade de Cruz Alta(UNICRUZ)" e Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ)
País	Brasil

IDIOMA/LANGUAGE

Selecione o idioma
 Português (Brasil) ▼

SISTEMA ELETRÔNICO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS

Ajuda do sistema

USUÁRIO/USER

Logado como:
alineromero
 • Meus periódicos
 • Perfil
 • Sair do sistema

AUTOR

Submissões
 • Ativo (2)
 • Arquivo (0)
 • Nova submissão

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

 Escopo da Busca
 Todos ▼

Procurar/Browse

• Por Edição
 • Por Autor
 • Por Título/By Title
 • Outras revistas

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

• Para Leitores/For Readers
 • Para Autores
 • Para Bibliotecários

NOTIFICAÇÕES

• Visualizar (2 nova(s))
 • Gerenciar

3 CAPÍTULO III

3.2 Artigo a ser submetido à Revista Brasileira de Cancerologia (Qualis Capes B2).

Câncer do colo do útero: uma análise da qualidade das coletas citológicas, prevenção da doença e promoção da saúde sob o olhar do Enfermeiro

Cervical cancer: an analysis of the quality of cytological collection, disease prevention and health promotion under the gaze of Nurse

Cáncer de cuello uterino: un análisis de la calidad de la recolección citológico, prevención de enfermedades y promoción de la salud bajo la mirada de la enfermera

Aline Romero Cabral¹, Janice de Fátima Pavan Zanella², Michele Ferraz Figueiró³, Lidiane Carvalho Coradini⁴ Juliano Romero Cabral⁵

RESUMO

Estudo descritivo, prospectivo e retrospectivo com abordagem quantitativa cujo objetivo foi analisar a qualidade das coletas citopatológicas, a prevenção do câncer do colo do útero (CCU) e promoção da saúde em municípios do sul do Brasil, no período de 2015/2016. As variáveis categóricas foram descritas como frequência (n) e frequência percentual (%) e a associação entre as variáveis pelo teste de Qui-Quadrado de Pearson. Participaram do estudo 70 enfermeiros que atuam no Programa Viva Mulher e realizam coleta do exame citopatológico. Constatou-se que em 92,9% das unidades de saúde o rastreamento se dá através do exame de Papanicolaou e a marcação das consultas ginecológicas ocorre por procura espontânea da mulher (35,7 %) cujo tempo de agendamento foi de uma semana em

51,4% das unidades de saúde. 90% dos entrevistados relataram realizar a busca ativa das mulheres que não fizeram o exame, sendo que o resultado alterado é informado pelos profissionais de saúde em 32,9% das respostas. O encaminhamento das pacientes, com CP alterados, para o atendimento especializado ocorre através da unidade de saúde (45,7%) e a consulta em serviço oncológico acontece em até 15 dias (41,4%). A contrarreferência entre o serviço especializado e a unidade de saúde, em 67,1% ocorre de modo informal e 20% dos pesquisados relatam não haver serviços de apoio na sua unidade para cuidados paliativos. A maioria (57,1%) dos enfermeiros não utilizam indicadores de saúde. Verificou-se que em 64,3% das unidades o retorno do laudo demora mais de um mês. Identificou-se um nº elevado de esfregaços sem elementos representativos da junção escamo colunar e zona de transformação, sendo que em um município ultrapassou os 50% do total de exames realizados corroborando com resultados considerados falsos negativos e, isto impede que a mulher tenha a oportunidade de seguimento e diagnóstico precoce. Esta abordagem deve servir para auxiliar os enfermeiros que realizam atendimento primário à mulher a reconhecer e apontar as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia das ações de prevenção do CCU a fim discutir na equipe novas estratégias que objetivem prioridades como tratar e encaminhar ao serviço especializado as que possuem potencial de desenvolver o CCU.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero, Promoção da Saúde, Enfermagem., Indicadores de saúde

ABSTRACT

Descriptive, prospective and retrospective study with a quantitative approach aimed to analyze the quality of Pap smear collection, the prevention of cervical cancer (CCU) and health promotion in municipalities in southern Brazil, in the 2015/2016 period. Categorical variables were described as frequency (n) and percentage rate (%) and the association

between the variables using the chi-square test of Pearson. Study participants were 70 nurses working at the Viva Mulher Program and perform collection of cervical cancer screening. It was found that in 92.9% of the health units tracing is through the Pap test and marking of gynecologic consultation occurs by spontaneous demand of women (35.7%) whose scheduling time was a week in 51.4% of health facilities. 90% of respondents reported conducting active surveillance of women who did the examination, and the changed result is informed by health professionals in 32.9% of the responses. The referral of patients with CP changed for the specialized care occurs through the health unit (45.7%) and consultation in oncologic service happens within 15 days (41.4%). The counter-between the specialized service and health unit in 67.1% occurs informally and 20% of respondents report no support services in their unit for palliative care. The majority (57.1%) of the nurses do not utilize health indicators is found that in 64.3% of the units the report takes more than one month. We identified a high number of smears without representative elements of the squamous columnar junction and the transformation zone, and in a municipality exceeded 50% of all examinations corroborating false negatives considered results, and this prevents the woman has the opportunity monitoring and early diagnosis. This approach should serve to assist nurses who perform primary care for women to recognize and point out the difficulties faced in the day-to-day of the CCU preventive actions in order to discuss on the team new strategies that aim priorities how to treat and refer to specialized service those that have the potential of developing cervical cancer.

Descriptors: Cervix Neoplasms Uterus, Health Promotion, Nursing, Health indicators

RESUMEN

Estudio descriptivo, prospectivo y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo tuvo como objetivo analizar la calidad de la recogida de frotis de Papanicolaou, la prevención del cáncer de cuello uterino (CCU) y la promoción de la salud en los municipios del sur de Brasil, en el período 2015/2016. Las variables categóricas se describen como la frecuencia (n) y la tasa de porcentaje (%) y la asociación entre las variables mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Los participantes del estudio fueron 70 enfermeras que trabajan en el Programa Viva Mulher y realizar la recolección de la detección del cáncer de cuello uterino. Se encontró que en el 92,9% del trazado de las unidades de salud es a través de la prueba de Papanicolaou y el marcado de la consulta ginecológica se produce por la demanda espontánea de las mujeres (35,7%) cuyo tiempo de programación era una semana en el 51,4% de los establecimientos de salud. 90% de los encuestados informó de la realización de la vigilancia activa de las mujeres que hicieron el examen, y el resultado modificado es informado por profesionales de la salud en el 32,9% de las respuestas. La derivación de los pacientes con parálisis cerebral cambiado para la atención especializada que se produce a través de la unidad de salud (45,7%) y la consulta en el servicio oncológico que ocurre dentro de los 15 días (41,4%). La contra-entre el servicio especializado y unidad de salud en el 67,1% se produce de manera informal y el 20% de los encuestados no reportan los servicios de apoyo en su unidad de cuidados paliativos. La mayoría (57,1%) de las enfermeras no utilizan indicadores de salud se encontró que en el 64,3% de las unidades u del informe tiene más de un mes. Se identificó un gran número de frotis sin elementos representativos de la unión columnar escamosas y la zona de transformación, y en un municipio superó el 50% de todos los exámenes falsos negativos corroborando resultados considerados, y esto evita que la mujer tiene la oportunidad el seguimiento y el diagnóstico precoz. Este enfoque debe servir para ayudar a las enfermeras que realizan la atención primaria a las mujeres a reconocer y señalar las dificultades que enfrentan en el día-a-Día de las acciones preventivas CCU con el fin de discutir sobre el

equipo de nuevas estrategias que tienen como objetivo prioridades cómo tratar y se refiere a un servicio especializado los que tienen el potencial de desarrollar cáncer de cuello uterino.

Descriptor: Neoplasmas del cuello uterino Útero, Promoción de la Salud, Enfermería. Los indicadores de salud

NOTAS

¹ Enfermeira, discente do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde, mestrado associado Unijuí/Unicruz. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Borja,RS-Brasil, especialista em Terapia Intensiva e Saúde Pública. Email: alineromeroc@hotmail.com

²Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Biotecnologia,especialista em Saúde Pública e Citologia Clínica, professora adjunta do curso de Biomedicina e Farmácia da Universidade de Cruz Alta –(UNICRUZ). Cruz Alta, Rs, Brasil. Email: jzanella@unicruz.edu.br

³Física, Doutora em Física, professora adjunta do CESH/CCSA da universdade de Cruz Alta (UNICRUZ).Cruz Alta,RS,Brasil. Email: mfigueiro@unicruz.edu.br

⁴Enfermeira, Discente do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde, Mestrado Associado Unijuí/Unicruz. Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Cruz Alta, RS, Brasil, Email: lydcc@hotmail.com

⁵Jornalista, graduado pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), São Borja,Rs, Brasil.Email: julianorc@live.com

Introdução

O câncer do colo do útero (CCU) desponta como um importante problema de saúde pública atingindo todas as classes sociais e regiões econômicas do mundo com aproximadamente 530 mil casos novos por ano ^(1,2). O CCU é o segundo tipo mais frequente entre as mulheres, sem considerar o câncer de pele, sendo a principal causa de morte por câncer entre as que vivem em países em vias de desenvolvimento. A *International Agency for Research on Cancer* (IARC), parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou a ocorrência de 265 mil óbitos por esse câncer em todo o mundo, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos, incluindo os da América do Sul ⁽¹⁾, onde há estudos que indicam a existência de um percentual significativo da população feminina latino-americana que nunca realizou exames citológicos preventivos – provavelmente aquelas com perfil de exclusão

socioeconômica⁽³⁾. No Brasil, as estimativas para 2016 apontam 16.340 casos novos de CCU ocupando a terceira posição entre os que acometem as mulheres, exceto os de pele não melanoma⁽⁴⁾.

O CCU é de grande relevância epidemiológica, contudo se configura como um dos tipos de câncer com maior possibilidade de detecção precoce, por meio do exame de Papanicolaou, ressaltando a importância de sua realização periódica.

É uma doença de evolução lenta e está intimamente relacionado à infecção por diferentes tipos oncogênicos de *Papilomavírus humano* (HPV), sendo necessária a persistência da infecção viral⁽⁵⁾. No entanto outros fatores de risco contribuem para o desenvolvimento desse tumor, entre eles: início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, a multiparidade, a baixa escolaridade e renda e, histórico de DST⁽⁶⁾. Três aspectos podem ajudar a compreender melhor a situação atual da morbimortalidade e merecem destaque: a cobertura e o desempenho do exame Papanicolaou e o estadiamento no qual os casos são diagnosticados⁽⁷⁾.

Os programas de rastreamento ou screening sistemático da população feminina, de acordo com a OMS, quando existe boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse tipo de câncer⁽⁸⁾. Desta forma, o rastreamento citológico organizado compreende agendamento e convocação das mulheres, sistema para pronto tratamento ou seguimento adequado dos casos com alterações, educação contínua da equipe que realiza a coleta e da que faz a leitura dos esfregaços e publicação regular de manuais de procedimentos técnicos para orientação das equipes⁽⁹⁾. Importante destacar que os programas de rastreamento para o câncer cervical devem prevenir o câncer e não apenas reduzir a mortalidade e, os casos diagnosticados em estágios mais avançados são considerados falha do programa de rastreamento.

O exame de Papanicolaou constitui um método rápido, indolor, simples e pode ser feito nas unidades de saúde da rede pública e é bem aceito pelas mulheres podendo a coleta de material ser realizada, não apenas pelos médicos, mas também por outros profissionais da saúde, como os enfermeiros e técnicos de enfermagem, adequadamente capacitados. Sendo fundamental que os serviços de saúde orientem as mulheres a cerca do que é e qual a importância do exame preventivo.

A citologia oncológica consiste na obtenção de amostras celulares da ectocérvice e endocérvice, a fim de detectar possíveis alterações celulares e lesões pré-cancerosas, constitui a principal estratégia de prevenção secundária para detectar estas alterações e lesões precocemente. A coleta do material para o exame é realizada durante uma consulta ginecológica de rotina e as mulheres devem ser previamente orientadas a não terem relações sexuais ou fazerem uso de duchas, medicamentos ou exames intravaginais durante as 48 horas que precedem o exame a fim de garantir a eficácia dos resultados.

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir o exame de Papanicolaou para a detecção do câncer do colo uterino, este exame recebeu uma série de críticas relacionadas com a alta quantidade de casos falso-negativos, sendo questionada a sua sensibilidade na prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino⁽¹⁰⁾.

O Ministério da Saúde preocupado com a Qualidade dos exames citopatológicos do SUS no Brasil, publica em 2013 o Portaria nº 1504 a qual estabelece o Qualicito - Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero. O sistema de qualidade em citopatologia baseia-se em um conjunto de medidas destinadas a detectar, corrigir e reduzir deficiências do processo de produção dentro do laboratório, ao mesmo tempo em que proporciona o aperfeiçoamento dos procedimentos laboratoriais e minimiza a ocorrência de erros diagnósticos, serve de base para a melhoria da coleta do material e ferramenta educacional⁽¹¹⁾. Todas as etapas do exame, desde o acolhimento da usuária até a

coleta do material celular à análise dos esfregaços citopatológicos e o seguimento das mulheres devem ser feitos considerando padrões de qualidade, para garantir a confiabilidade da amostra e assegurar um resultado confiável ⁽¹²⁾. O controle de qualidade objetiva apontar exames falsos negativos e assim definir a necessidade de reavaliar métodos ou procedimentos, que possibilitem alcançar resultados confiáveis ⁽¹³⁾.

De acordo com a Resolução COFEN Nº 381/2011 que entende a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método Papanicolaou como um procedimento complexo que demanda competência técnica e científica em sua execução, determina em seu Art. 1º, que a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou é privativa do Enfermeiro, observada as disposições legais da profissão. E, que este deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento, atentando para a capacitação contínua necessária à sua realização ⁽¹⁴⁾.

O enfermeiro é o profissional que possui maior contato com as mulheres na atenção básica e, portanto, deve estar apto para acompanhar as exigências que as inovações científicas e tecnológicas lhe apresentam, precisa reformular os modos de pensar, de ser e de agir diante dos requisitos da prática assistencial com foco na promoção e prevenção da saúde, inclusive na educação em saúde. Entretanto, observa-se uma carência de capacitação das equipes de saúde sobre as medidas de prevenção, promoção e educação em saúde voltada às usuárias dos serviços de saúde e à sua realidade local, tratando não só das individualidades como também das coletividades para traçar um plano de ação voltado aos princípios de integralidade do cuidado nas equipes de saúde mais focados na saúde da mulher e as suas necessidades.

Diante deste cenário, é importante que os enfermeiros estejam aptos para realizar a prevenção e rastreamento precoce do câncer de colo a fim de iniciar o tratamento com maior agilidade e eficácia.

Assim objetivou-se analisar a qualidade do rastreamento, incluindo a qualidade das amostras coletadas para o exame citopatológico, os aspectos da prevenção da doença e promoção da saúde realizadas pelos profissionais Enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde e, também as dificuldades de seguimento das pacientes que podem influenciar diretamente na eficiência do rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero.

Metodologia

Trata-se de um estudo prospectivo e retrospectivo, observacional descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centros de Saúde especializados em saúde da mulher de 12 municípios integrantes das regiões Noroeste, Fronteira Oeste e Norte do Rio Grande do Sul, durante o período de maio de 2015 a abril de 2016. A escolha das regiões da pesquisa foi por critério de conveniência.

Os enfermeiros foram incluídos na pesquisa de acordo com os seguintes critérios: trabalharem na rede pública de saúde, unidades básicas de saúde e centros especializados em saúde da mulher com atuação no Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama- e realizarem a coleta do exame citopatológico.

Foram aplicados questionários estruturados, com questionamentos acerca das dificuldades enfrentadas nas ações de promoção da saúde e prevenção do CCU e, da existência de programas ou atividades de educação continuada sobre esta temática específica.

A avaliação da qualidade dos esfregaços cérvicovaginais deu-se a partir do banco de dados Siscolo (<http://tabnet.datasus.gov.br>)⁽¹⁵⁾ referente aos municípios de : Cruz Alta, Ijuí e São Borja, por apresentarem um maior número de habitantes e enfermeiros atuantes no Programa Viva Mulher. Os indicadores selecionados foram as representações de zona de

transformação (ZT) e, motivos de rejeição e de insatisfatoriedade dos esfregaços, conforme dados dos exames realizados no período de e junho de 2013 a junho de 2014.

A análise de dados foi realizada a partir de um software aplicativo (IBM-SPSS-22). As variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas como frequência (n) e frequência percentual (%). Para as variáveis qualitativas: rastreamento, profissional que realiza coleta e consulta em saúde da mulher, tempo armazenamento das lâminas na unidade de saúde, tempo de liberação do laudo, conhecimento da mulher sobre o exame, resultado e diagnóstico, realização de busca ativa, encaminhamento para serviço especializado, marcação de consulta e informação de contra referência dos serviços especializados, os resultados foram apresentados em tabelas de frequência. Para investigar a associação entre as variáveis qualitativas foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Os dados faltantes foram excluídos na análise bivariada.

Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Cruz Alta, parecer consubstanciado nº 1.488.462.

Resultados e Discussões

Participaram desta pesquisa 70 enfermeiros de municípios do Sul do Brasil com destaque para a cidade de Cruz Alta, com maior número de enfermeiros participantes (30%), seguido de Ijuí 25,7% e São Borja (24,3%). Os demais municípios obtiveram menor percentual de profissionais em relação aos outros por serem municípios com populações menores.

a) Análise da Prevenção e promoção da saúde

Neste estudo de avaliação da prevenção e promoção da saúde, quanto ao rastreamento do câncer do colo do útero (Tabela1), o método mais utilizado pelos serviços de saúde foi o exame citopatológico, devido o exame ser realizado em todas as unidades de saúde estudadas e ao fácil acesso das mulheres ao exame em sua comunidade através das Estratégias de Saúde da Família.

Tabela 1. Método de rastreamento do câncer do colo do útero

	(n)	(%)
Exame Papanicolaou	65	92,9
Exame Papanicolaou e Colposcopia	2	2,9
Exame Papanicolaou + teste de Schiller + inspeção a olho nu e colposcopia	2	2,9
Exame Papanicolaou + teste de Schiller + inspeção a olho nu	1	1,4
Total	70	100

Este exame também conhecido como Papanicolaou, têm sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse câncer ⁽¹⁶⁾. Entretanto a baixa indicação da colposcopia pode estar vinculada ao fato de que alguns municípios não terem os serviços de colposcopia, colposcópios ou profissional habilitado para realizar e atender a demanda da população e, ainda pelo custo do exame.

Em todas as unidades de saúde pesquisadas, detectou-se que 100% das coletas do exame Citopatológico de Papanicolaou tem a participação do enfermeiro, o que atende Resolução COFEN N° 381/2011. São eles os profissionais que mais realizam ações e

orientações quanto à prevenção, tratamento e acompanhamento às mulheres com câncer, pois conhecem os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade. Para Acioli (2008), apesar das ações de educação e promoção da saúde, desenvolvidas nos serviços de saúde da família, serem da responsabilidade de todos, é o enfermeiro o profissional que mais se identifica e se compromete com a função, pois seu fazer está muito mais próximo dela do que dos outros profissionais^(17,18).

No questionamento a cerca de marcação das consultas ginecológicas nas unidades de saúde de cada município observou-se que a 25 (35,7 %) se dá por procura espontânea da mulher seguida de ações dos agentes de saúde e de outros profissionais da equipe de saúde, denota o acesso facilitado da mulher aos serviços de saúde e a preocupação das mesmas com o autocuidado e a busca pelo atendimento. E o tempo de espera de agendamento até a realização da consulta foi de uma semana para 51, 4% dos entrevistados e o tempo superior a um mês foi apontado por apenas 10% dos enfermeiros.

Constatou-se que a maioria das mulheres que realizaram o exame citopatológico procuraram de forma espontânea pelo seu resultado e as demais foram decorrentes de ações dos agentes comunitários.

A maior parte dos profissionais enfermeiros tem conhecimento das mulheres de sua área territorial que realizam ou não o exame do citopatológico, pois é uma das atribuições deste profissional conhecer a população de sua área adscrita (Tabela 2):

Tabela 2. Conhecimento da equipe da unidade de saúde sobre quais mulheres de sua área realizam ou realizaram exames de rastreio para câncer do colo do útero.

	(n)	(%)
Sim	63	90,0

Não	7	10,0
Total	70	100,00

Com base nesse conhecimento é realizada a estratégia de busca ativa de mulheres que não realizam o CP por quase totalidade dos participantes. Na maioria dos municípios é realizada através da visita dos ACS seguida de ações de outros profissionais da equipe de saúde e apenas (1,4%) utilizam a mídia local (jornal, rádio, campanhas) sem associação com atividades dos agentes comunitários. De acordo com Oliveira et al (2007), a conversa e a escuta com as usuárias dos serviços de saúde devem-se dar em todos os momentos dos encontros com a mulher , tanto dentro do ESF, quanto fora de dele, sendo o ACS o primeiro profissional a discutir esta temática no próprio domicílio da mulher⁽¹⁹⁾ .

Já mencionado anteriormente, a confirmação de um resultado alterado apresentando atipias celulares será informado à mulher pelos profissionais de saúde da equipe. Assim as primeiras ações tomadas pela equipe de saúde, conforme relatado na pesquisa, foi dar a informação correta à mulher, cujo profissional responsável deve prestar orientações sobre diagnóstico e tratamento. E para que isso ocorra, na maioria das vezes, é necessária a busca ativa dessas mulheres para subseqüentes encaminhamentos. Os enfermeiros entrevistados, na sua maioria, realizam a busca ativa das mulheres faltosas pertencentes a sua área territorial. Essa ação de prevenção é de suma importância para trazer a usuária até a unidade de saúde a fim de realizar o exame e também ter as informações quanto ao resultado e tratamento em casos positivos ou não.

De acordo com estudo ⁽²⁰⁾ realizado no município de Jundiaí-SP, a busca ativa das mulheres no Programa de Rastreamento é de grande importância para o diagnóstico precoce e melhora do prognóstico do câncer de colo uterino e de mama.

O encaminhamento das pacientes com CP alterados para o atendimento especializado ocorre, principalmente, através da Unidade de Saúde segundo 45, 7% dos entrevistados, seguido da solicitação e encaminhamento direto do médico. E, o encaminhamento das pacientes, com diagnóstico confirmado de CCU, para a primeira consulta em serviço especializado em Oncologia, acontece em tempo satisfatório de 15 dias em 41, 4 % dos serviços e superior a um mês em 18, 6 %, isto esta em conformidade com a lei 12.732/12, no seu Art. 2º: “O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único⁽²¹⁾”.

Após o encaminhamento para o cuidado especializado 67, 1 % dos enfermeiros apontaram ter informações de contrarreferência da paciente nestes serviços, porém relataram que a informação é obtida de modo informal, proveniente de familiares ou das próprias pacientes. As informações de contrarreferência são de grande importância para que se possa traçar o cuidado a ser prestados pelas unidades de saúde aos pacientes quando retornarem para seus municípios de origem após tratamento quimioterápico e para dar continuidade ao seguimento dos mesmos nos serviços de saúde que prestam assistência ao mesmo.

A inexistência de apoio de outros serviços para os cuidados paliativos aos pacientes com CCU foi apontado por 20% dos pesquisados sendo que 15,7% não responderam. Os que apontaram o apoio elencaram vários serviços com destaque para o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) (14,3%). Conforme o Manual de controle de câncer de colo e de mama⁽²²⁾, é de atribuição de toda equipe de saúde realizar atenção em cuidados paliativos na unidade ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária. Ainda temos a Portaria 874 de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), e também destaca as ações em cuidados paliativos em seu Art. 2º: A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos⁽²³⁾.

O uso de indicadores de saúde é de grande importância para propor ações de intervenção e de cuidado específicas às usuárias do serviço de saúde. Observou-se que 57,1% enfermeiros não utilizam os indicadores de saúde na rotina de trabalho para avaliação das formas de rastreamento e planejamento das ações voltadas a saúde da mulher. Os indicadores de saúde são usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor e é através deles que se pode identificar áreas de risco e evidenciar tendências. Além destes aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando assim o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas. A informação é subsidio para o planejamento de uma equipe de trabalho⁽²⁴⁾.

Para Frigatto (2013), a atuação do enfermeiro, na área oncológica, deverá ser sempre subsidiada por conhecimento alicerçado em suportes teóricos acerca das lesões precursoras e sua evolução histórica para que se possa oferecer um cuidado para as mulheres de forma segura e profícua, excluindo e reduzindo a possibilidade de morbidade por DST e, como consequência, a maior probabilidade para o desenvolvimento do câncer do colo do útero⁽²⁵⁾. Em 64,3% das unidades de saúde avaliadas 74,3% dos entrevistados responderam participarem de atualizações relacionadas ao câncer do colo do útero, ficando evidente o quanto é importante a qualificação dos profissionais da atenção básica sobre normas e condutas a serem adotadas na prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce do CCU.

Conforme o Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia-QUALICITO (INCA, 2016), o tempo de liberação do resultado é um importante componente de qualidade do exame citopatológico do colo do útero. Detectou-se que o tempo de liberação demora mais de um mês no município de Cruz Alta e, nos demais municípios, é considerado adequado e não compromete a amostra. Entretanto, por tratar-se de um exame de rastreamento, não há o sentido de urgência para os resultados. Recomenda-se que, no máximo em 30 dias, o resultado do exame citopatológico seja liberado pelo laboratório. Cabe ao laboratório estipular e alterar suas metas, de acordo com suas possibilidades, visando a atingir esse padrão. Para Persoon et al. (2002), o laboratório deve rever os seus processos em detalhes, incluindo componentes não diagnósticos, e medir os tempos consumidos na rotina para identificar oportunidades de melhoria⁽²⁶⁾.

Não foi evidenciada uma associação entre as variáveis de tempo de espera no resultado e tempo de agendamento de consulta ginecológica (Qui-quadrado =0,733). Considerando-se um nível de significância de 5%. A relação entre as variáveis não foi significativa devido não haver uma determinação de prazo para a liberação dos laudos e sim, apenas, uma sugestão para que seja em torno de 30 dias e o agendamento da consulta ginecológica segue a rotina de procedimentos de cada unidade, que na sua maioria foi em torno de uma semana. Também não se evidenciou uma associação entre as variáveis de tempo de espera no resultado e tempo em agendamento de consulta em serviço especializado ($p=0,488$). Em apenas um município o tempo de liberação do laudo foi superior a um mês, segundo o relato dos entrevistados. Na maioria dos municípios pesquisados os tempos apresentados encontram-se dentro dos limites sugeridos e determinados na legislação, conforme pode ser confirmado pelo Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia- QUALICITO (INCA, 2016) e na lei 12.732/12 (Art. 2º:) que dispõe sobre o prazo de início de tratamento da doença^(11,21).

Na Tabela 3, adotando um nível de significância de 5%, (teste qui-quadrado) evidencia-se uma associação entre as variáveis tempo de armazenamento na unidade de saúde e tempo de espera do resultado ($p=0,001$).

Tabela 3: Tabela de contingência entre as variáveis de Tempo de armazenamento na unidade de saúde e Tempo de espera do resultado.

		Tempo para receber o resultado do laudo do			Total	
		15 dias	1 mês	Mais de 1 mês		
Tempo que o material fica armazenado dentro da Unidade de Saúde	Logo após a coleta é encaminhado ao laboratório	n	3	4	1	8
			4,5%	6,1%	1,5%	12,1%
	De 1 a 3 dias	n	6	10	19	35
			9,1%	15,2%	28,8%	53,0%
	1 semana	n	0	2	21	23
			0,0%	3,0%	31,8%	34,8%
Total		n	9	16	41	66
			13,6%	24,2%	62,1%	100,00%

É importante enfatizar que a prioridade em um laboratório que realiza exames citopatológicos deve ser a qualidade da avaliação. Essa nunca deve ser comprometida por causa do tempo de liberação do resultado. No entanto, para a qualidade da avaliação e tempo de liberação aceitável não precisam ser mutuamente excludentes, e a busca de qualidade do exame citopatológico não isenta o laboratório da responsabilidade de emitir resultados com presteza⁽²⁷⁾.

Ainda, neste estudo, constatou-se que após a realização da coleta do CP o material fica armazenado na unidade de saúde em torno de um a três dias em 50% das respostas e até uma semana em 32,9% das unidades. Entretanto, não foram encontrados, na literatura, estudos referentes ao tempo máximo entre a coleta da amostra e a chegada ao laboratório capaz de preservar os detalhes citológicos da célula ⁽¹¹⁾.

b) Análise da Qualidade dos esfregaços citológicos

O motivo e o número de lâminas com esfregaço citológico rejeitado que compõe o indicador de amostras rejeitadas por unidade de serviço em três municípios durante um ano, esta representada na Tabela 4.

Tabela 4: Motivos de rejeição de lâminas de exame citopatológico no período de junho de 2013 a junho de 2014.

Cidade	Exames	Erro	Lâmina	Rejeitada por
	n	identificação	danificada	outras causas
	n	n	n	n
Cruz Alta	4291	-	-	-
Ijuí	6104	2	5	1
São Borja	3176	15	1	-

Fonte: Siscolo

A rejeição é aplicada às amostras que não estejam em conformidade com os critérios mínimos necessários para a realização da análise do exame citopatológico. O relato da rejeição da amostra é um procedimento fundamental, podendo, sempre que possível, ser corrigido ou providenciado nova coleta. Deve ser ressaltado, ainda, que a rejeição de um material significa um gasto sem resultado e que todo o esforço feito pela mulher para realizar o exame foi perdido ⁽¹⁰⁾.

Entre os motivos de rejeição e adequabilidade das amostras estudadas estão os erros de identificação de lâmina ou de formulário e o dessecamento das amostras, respectivamente. Adequabilidade da amostra é um requisito importante na avaliação da qualidade em citologia, sendo que a preparação da amostra é crítica para permitir um bom desempenho na leitura evitando erros.

Quanto à avaliação dos critérios de insatisfatoriedade dos esfregaços o dessecamento foi o mais prevalente, com destaque para o município de São Borja que teve 3,3% (98) dos esfregaços rejeitados por este motivo. Esfregaços considerados insatisfatórios para análise são aqueles que apresentam material acelular ou hipocelular (menos 10% da superfície da lâmina recoberta por células escamosas), fatores de obscurecimento que prejudiquem a interpretação de mais de 75% das células epiteliais, ou, ainda, outras causas que devem ser especificadas ⁽¹¹⁾. A avaliação da adequabilidade da amostra é um indicador importante de qualidade, portanto, deverá ser considerada satisfatória para análise aquela que apresentar células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

De acordo com o Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia ⁽¹¹⁾, um fator importante que deve ser recomendado aos profissionais responsáveis pela coleta, para preservar a qualidade das amostras, é a fixação adequada. Essa deve ser realizada imediatamente após a coleta de forma rápida e apropriada, pois tem a função de preservação da estrutura celular e conservação dos detalhes, evitando a distorção celular, o aparecimento de artefatos e a perda da afinidade tintorial. E, após a fixação, encaminhadas o quanto antes para o laboratório.

Percebe-se a fundamental e direta atuação da enfermagem na prevenção desse tipo de câncer, através da realização da coleta do material citopatológico (fase pré-analítica) e

execução de ações e novas estratégias que visam prevenir o aparecimento de novos casos e promover a saúde.

Constata-se na Tabela 5 um grande número de lâminas analisadas neste período, sem a presença de elementos celulares representativos da zona de transformação.

Tabela 5: Distribuição dos esfregaços citológicos quanto à presença da zona de transformação (ZT) e epitélios representados na amostra, no período de junho de 2013 a junho de 2014.

Cidade	Exames Coletados	Exames com Repres. ZT	Exame sem Repres. ZT	Repres. epitélio escamoso	Repres. Epitélio glandular	Repres. epitélio metaplásico
	n	n	n	n	n	n
Cruz Alta	4291	2485	1806	4283	2456	954
Ijuí	6104	3553	2551	6084	3541	881
São Borja	3176	1070	2106	3037	1056	34

Em sua maioria, o exame de prevenção do CCU é marcado na rede básica de saúde pelas equipes do Programa de Saúde da Família PSF e, particularmente, pelas enfermeiras. Após análise dos dados da pesquisa percebe-se que essas profissionais não têm conhecimento satisfatório sobre a coleta de material para o exame de Papanicolaou e o não realizam adequadamente, embora as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dispõem de recursos materiais necessários para realização da coleta, os laudos laboratoriais, mostrados na Tabela 7, confirmam a deficiência da adequabilidade do material coletado por esses profissionais, especialmente na representação da JEC/ZT.

A indicação dos epitélios representados na amostra é informação obrigatória e consta de campo próprio no formulário de resultado de exame no Siscan, permitindo o registro de

células escamosas, glandulares e/ou metaplásicas. De acordo com os resultados deste estudo, quanto a representação da JEC e ZT identificou-se um nº elevado de esfregaços sem estes elementos representativos, com município ultrapassando os 50% do total de exames realizados. A ausência destes elementos se associa aos resultados considerados falsos negativos e, isto impede que a mulher tenha a oportunidade de seguimento e diagnóstico precoce.

A presença de células metaplásicas se constitui em um fator ligado a menor índice de resultados falso-negativos. A presença destas células, inclusive, é considerada como um parâmetro de bom desempenho na realização do exame citopatológico^(28,29).

A presença desses dois tipos celulares (glandulares e metaplásicas) é considerada um indicador importante da qualidade do esfregaço, razão pela qual é imperativa a coleta da amostra do canal cervical⁽³⁰⁾. Sabe-se que a presença de células metaplásicas atípicas no esfregaço citopatológico, principalmente as imaturas, está associada a alto valor preditivo para o diagnóstico de HSIL⁽³¹⁾. Este fato sugere que a zona de transformação, em especial a junção escamo-colunar, deve ser objeto de especial atenção no momento da coleta, pois é a área do colo uterino onde se concentram as células metaplásicas.

Concordante com estes resultados, estudos⁽³²⁾ apontaram que as amostras analisadas através do SUS demonstraram uma menor incidência de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) e de atipias celulares em relação à clínica privada e, que essa diferença significativa pode ocorrer devido a diversos fatores, como por exemplo, uma coleta não representativa da JEC, a qual é essencial para que a amostra seja considerada satisfatória para a análise, pois é nessa região que ocorre o desenvolvimento de neoplasias intraepiteliais cervical e carcinomas.

Esta falta de elementos representativos e marcadores de qualidade da amostra também podem estar relacionados a fatores como: variabilidade biológica, dificuldades de descamação celular e erros de coleta.

Quando se refere a coleta ou amostragem para fins de esfregaço citológico, cabe uma particular preocupação, já que ela consiste na maior causa de resultados falso-negativos que nada mais é do que uma declaração incorreta da ausência da doença, acarretando na falta ou retardo do tratamento das pacientes. Os erros técnicos na coleta de amostras são dependentes de aspectos particulares da anatomia genital, métodos de amostragem, erros de identificação e / ou formação inadequada. Atenção e cuidados no passo a passo dos procedimentos são imprescindíveis⁽³³⁾.

O exame de Papanicolaou quando ofertado de acordo com o padrão de qualidade, cobertura de 80% ou mais da população e tratamento adequado é capaz de reduzir o aparecimento de 90% dos casos de câncer invasor⁽³⁴⁾. Apesar dos benefícios do exame preventivo, falhas na coleta do material, preparo, conservação e interpretação das lâminas podem prejudicar o controle do CCU. Nessas atividades o trabalho manual vai desde o momento da coleta do material pelo enfermeiro até o laudo emitido pelo laboratório, caracterizando o desempenho profissional, nessas atividades como extremamente relevante.

Amostras insatisfatórias (dessecamento, acelularidade/hipocelularidade do material), muitas vezes são problemas recorrentes e comprometem a interpretação, levando muitas vezes a erros diagnósticos. Nestes casos os esfregaços devem ser revisados, liberados como insatisfatórios e solicitado uma nova coleta de material.

Sabe-se que um número significativo de exames de Papanicolau insatisfatórios tem eventuais diagnósticos de lesões intra-epiteliais ou condições que são mais graves. Esfregaços não satisfatórios são mais propensos a ter um histórico de anormalidades, daí a importância da revisão hierárquica.

Um estudo recente ⁽³⁵⁾ avaliou o programa de rastreio do CCU no Brasil 2006-2013 usando o Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero [Siscolo], que contém informações sobre todos os testes de Papanicolaou realizado no sistema público de saúde, e implementado para a gestão e monitorização do Programa de Rastreamento CCU ⁽³⁶⁾.

O referido estudo apontou a tendência de queda nas taxas de LSIL e HSIL, bem como foram observados, números mais baixos de diagnóstico citológico positivo e aumento nas taxas de exames rejeitados. Já as taxas de positividade e a frequência de casos insatisfatórios foram menores do que o esperado. Os autores sugerem que ações devem ser tomadas pelo governo para melhorar a eficácia do controle do CCU no Brasil, através de mais financiamento para o controle de qualidade interna durante a fase pré-analítica quanto à fase analítica.

Ainda que o Brasil, como muitos outros países da América Latina, tem um programa de rastreio baseados em citologia, que muitas vezes têm problemas com qualidade e / ou atrasos nos cuidados follow-up ⁽³⁷⁾.

Através das estimativas divulgadas pelo INCA observa-se a grande incidência de casos de CCU no país, bem como as estratégias de prevenção são essenciais no controle e detecção precoce dos casos. O CCU permanece como a terceira principal causa de mortalidade relacionada ao câncer entre as mulheres ao longo de décadas, sem qualquer melhoria ⁽⁴⁾.

Como estratégia de prevenção à infecção pelo vírus HPV, em 2014, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Nacional Programa de Imunização através de uma vacina quadrivalente HPV (subtipos 6, 11, 16 e 18) para meninas entre 9-13 anos de idade ⁽³⁸⁾.

Conclusão:

O enfermeiro é o profissional que têm maior contato com os pacientes na atenção básica, portanto, precisa estar apto para prestar tal assistência. E, para acompanhar as exigências que as inovações científicas e tecnológicas lhe apresentam precisa reformular os modos de pensar, de ser e de agir diante dos requisitos da prática assistencial com foco na promoção e prevenção da saúde, inclusive na educação em saúde.

Este estudo deve servir para auxiliá-lo a reconhecer e apontar as dificuldades enfrentadas no dia- a -dia das ações de prevenção do CCU a fim discutir na equipe de saúde novas estratégias que objetivem prioridades como tratar e encaminhar ao serviço especializado as mulheres com maior potencial de desenvolver o CCU. Também é relevante no sentido de poder contribuir na definição de políticas públicas de saúde adequadas à redução dessa doença, uma vez que sua morbidade apresenta elevada vulnerabilidade.

Considerando os programas de saúde que visam trabalhar a prevenção, proteção e recuperação dos problemas de saúde no âmbito da comunidade (Estratégia de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários da Saúde – PACS), é necessário intensificar a preocupação com a qualidade das amostras citopatológicas, instituir sua vigilância por meio de medidas de controle da qualidade e oferecer capacitação e atualização aos recursos humanos envolvidos na coleta do exame citopatológico.

Essa foi a primeira pesquisa com estas abordagens, desenvolvido nas regiões Noroeste, Fronteira-Oeste e Norte do Rio Grande do Sul, que tem uma grande demanda de atendimento à população, principalmente às mulheres. Portanto, conhecer esses fatores e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, bem como as estratégias para evitá-los, pode colaborar para a melhoria da qualidade da coleta dos exames citopatológicos e, conseqüentemente, para aumentar o número de amostras adequadas para a análise citopatológica e, assim proporcionar às mulheres a oportunidade de uma prevenção segura e confiável.

No entanto, observou-se uma distância ou fragilidade na comunicação da atenção primária com os serviços especializados em oncologia sobre o andamento e acompanhamento do tratamento dos pacientes após o encaminhamento deles para o serviço, este não tem um retorno para a equipe de forma integrada, pois as informações são obtidas pelos próprios pacientes e familiares e não entre equipes, sendo que é de grande importância a comunicação entre os serviços para a continuidade do tratamento em seu município de origem.

Existem dificuldades também quanto ao conceito e forma de executar cuidados paliativos pela equipe de saúde que relataram não realizar cuidados paliativos ou encaminhar para outros profissionais, ou por falta de informação ou incentivo para que essas ações sejam realizadas em seu território ou no domicílio do paciente, pois se sabe que todos os profissionais conforme disposto em lei estão aptos a realizar os cuidados paliativos aos pacientes, devido a isso há a necessidade de repensarmos estratégias juntamente com os demais serviços para a realização e oferta de cuidados paliativos pelos profissionais da atenção básica.

A formação e aprendizagem contínua são cada vez mais necessárias nas diversas especialidades da área de saúde, devido o trabalho em saúde ser exercido por equipe multiprofissional, onde os cuidados são traçados conjuntamente e exigindo maior conhecimento e qualificação dos mesmos nas diversas áreas.

Referências

1. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Aldea M, Serrano B, Valencia S, et al. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report, 2015.
2. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

3. Correa P. The war against cervical cancer in Latin America and the 6. Caribbean. Triumph of the scientists. Challenge for the community. *Vaccine*. 2008 26(11): 3-4.
- 4 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas 2016: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA 2015.
- 5 Thuler, L, Bergmann, A, Casado, L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Rev.Bras.Cancerologia*.2012; 58(3):351-57.
- 6 Pinto AP, Tulio S, Cruz OR. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48(1): 73-8.
- 7 Thuler, L. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev. Bras. Ginec. e Obst.*. 2008; 30(5): 216-8.
- 8 INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – Rio de Janeiro: Inca, 2012.
- 9 Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ*. 2001; 79(10): 954-62.
- 10 Miller, A.B. et al. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. *International Journal of Cancer*, New York, 2000; 86(3):440-47.
- 11 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia– 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro, 2016. 160 p.
- 12 Collaço LM, Zardo L. Cytologic screening programs. In: BIBBO, M.; WILBUR, D.C. (Ed.). *Comprehensive cytopathology*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier. 2008 p. 47-58.
- 13 Arcuri RA, Cunha KCF, Alves EC, et al. Controle interno da qualidade em citopatologia ginecológica: um estudo de 48.355 casos. *J Bras Patol Med Lab*. 2002;38(2):141-7.
- 14 COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº 381/2011. Publicado Portal do Cofen - Conselho Federal de Enfermagem, e no DOU nº 140, pág. 229 - seção 1.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde [Internet homepage]. Brasil. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – Sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO). Rio de Janeiro: INCA; 2016. Available at: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

16 Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald, CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Cad. saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.

17 Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado de saúde pública. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; 61(1): 117-121.

18 Moutinho C, Almeida E, Leite M, Vieira M. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. Trab. educ. saúde 2014; 12(2).

19 Oliveira, et al. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2007; 7(1).

20 Borges, JB et al . Busca ativa de mulheres como fator de eficácia de programa de rastreamento de câncer de mama e colo uterino no município de Jundiá. Einstein (São Paulo), São Paulo 2010; 8(1): 34-39.

21 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Lei 12.732, de 22 de Novembro de 2012.

22 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Controle dos Cânceres de colo de útero e de mama**. Cadernos de Atenção Básica-13- 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

23 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria 874, de 16 de Maio de 2013.

24 Franco, JL. Indicadores demográficos e de Saúde: a importância dos sistemas de Informação. Módulo político gestor. UNASUS-UNIFESP, 2010.

25 Frigatto S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Rev. Bras. de Cancerologia, 2003.

26 Persoon, T.J.; Zaleski, M.S.; Cohen, M.B. Improving Pap test turnaround time using external benchmark data and engineering process improvement tools. American Journal of Clinical Pathology, Philadelphia, 2002; 118(4): 527-33.

27 Jones, B.A.; Davey, D.D. Quality management in gynecologic cytology using interlaboratory comparison. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Chicago, 2000; 124(5):672-81 v. 124, n. 5, p. 672-681.

28 Franco, R; Amaral, R; Montemor, E; Montis, D; et, al. Fatores associados a resultados falso-negativos de exames citopatológicos do colo uterino Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(8): 479-85.

29 BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas. Brasília (DF): MS; 2006.

- 30 O'Sullivan JP, A'Hern RP, Chapman PA, Jenkins L, Smith R, al-Nafussi A, et al. A case-control study of true-positive versus false-negative cervical smears in women with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) III. *Cytopathology*. 1998;9(3):155-61.
- 31 Dufl oth RM, Messias-Silva SM, Andrade LA, di Loreto C, Munhoz DM, Zeferino L. Nuclear alterations of the cells and atypical metaplastic cells in cervical smears are predictive criteria of high-grade cervical intraepithelial neoplasia. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2005;26(2):186-90.
- 32 Arcaro, F; Machado, N.A; Duarte, P.S; Haas, P. Comparative study of the results found in preventive examinations and in uterine cervix cancer screening procedures performed with Brazilian women. *Rev Inst Adolfo Lutz*. 2010; 69(1): 119-25.
- 33 Longato Filho, A et.al. Sistema DNA-Citoliq (DCS): um novo sistema para citologia em base líquida: aspectos técnicos. 2005.
- 34 Siegl EJ, Miller JW, Khan K, Harris SE. Quality assurance through quality improvement and professional development in the national breast and cervical cancer early detection program. *Cancer*. 2014; 120 Suppl 16: 2584-90.
- 35 Costa RF, Longatto-Filho A, Pinheiro C, Zeferino LC, Fregnani JH. Historical analysis of the Brazilian cervical cancer screening program from 2006 to 2013: a time for reflection. *PLoS One*. 2015. 24; 10(9).
- 36 Mitteldorf, CA. Cervical cancer screening:from Pap smear to future strategies. **J Bras Patol Med Lab**,2016.52(4):238-45.
- 37 Bychkovsky BL, Ferreyra ME, Strasser-Weippl K, et al. Cervical cancer control in Latin America: a call to action. *Cancer*. 2015;122(4):502-14.
- 38 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca)[Internet homepage]. Brasil. Prevenção primária do câncer de colo uterino – programa de vacinação. 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Enfermeiro, independente do local de trabalho é o profissional que mais atua nas estratégias de promoção a saúde como integrante fundamental das equipes, pois é ele que gerencia e controla as ações e práticas voltadas ao controle e prevenção do câncer do colo do útero nos mais variados locais de trabalho. É um dos membros da equipe multiprofissional que mais tem vínculo e proximidade com as usuárias do serviço, mas sozinho não consegue atender a toda demanda de sua comunidade.

É necessária uma visão ampliada de saúde para que ocorram mudanças no âmbito do cuidado integral à mulher, pois observasse ainda que o cuidado continua sendo fragmentado e voltado à doença (paciente-doente). Devemos estar atentos às individualidades, hábitos, costumes, cultura entre outros fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame citopatológico e refletirmos qual a nossa real função enquanto enfermeiros e transmissor de práticas e saberes. O não comprometimento de alguns profissionais com o cuidado e saúde das mulheres que integram a sua área de atuação contribui para as dificuldades elencadas neste trabalho. Uma vez que o desconhecimento e os tabus existentes quanto ao exame e sua finalidade contribui para a falta de aderência ao exame. Portanto é preciso realizar ações focadas às usuárias a fim de esclarecer as dúvidas e a importância da realização periódica do Papanicolaou.

A partir das análises das informações contidas neste estudo e das percepções obtidas durante as capacitações, observaram-se dificuldades no domínio de procedimentos associados à técnica de coleta do exame de Papanicolau, bem como a carência de conhecimentos sobre a nomenclatura e condutas preconizadas.

Para que os enfermeiros possam realizar educação continuada em seus locais de trabalho é necessário que os mesmos estejam capacitados realmente para atender as demandas do serviço e realizar ações de prevenção e promoção à saúde da mulher, desde a técnica correta da coleta do exame citopatológico e também quanto à forma que irá manejar e acompanhar o cuidado as usuárias em tratamento. A falta de capacitação em coleta de exame citopatológico previamente à admissão no serviço de atenção saúde da mulher, da continuidade de atualizações e capacitações, bem como de uma equipe responsável por ações de educação em saúde que atenda a demanda e necessidades da unidade é uma das lacunas identificadas neste estudo.

Devido a isso, é importante a conscientização dos profissionais e dos gestores públicos quanto à educação contínua através de capacitações e atualizações sobre o cuidado e

prevenção ao câncer. E assim proporcionar uma melhor qualidade de vida as mulheres, estimulando e orientando as mesmas quanto às práticas de prevenção a doença e também quanto aos cuidados paliativos e ao acompanhamento contínuo das pacientes com câncer do colo do útero.

7 REFERÊNCIAS DO ITEM 12. (ABNT)

ALBUQUERQUE, kamila Matos et T.al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, supl.2, p.301-309, 2009.

AMARAL, Rita Goreti et al. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**. Rio de Janeiro, v.30, n.11, p. 556-560, nov.2008.

AMARAL, Ariadne Ferreira et.al . Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, V.36, n.4, p 182-187, abr. 2014.

ANDREOLLI, Carpenter et.al. Medicina Interna Básica. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 1998.

ANDREUCCI, Carla Bettina et.al. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1053-1064, jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Viva Mulher. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

___ Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2005**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

___ Ministério da Saúde (MS) INCA. **Nomenclatura Brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas-Recomendações para profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

___ Ministério da Saúde (MS). **Controle dos Cânceres de colo de útero e de mama**. Cadernos de Atenção Básica-13- 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

___ Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 3.388, de 30 dezembro de 2013**.

___ Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 189 de 31 de janeiro de 2014**.

___ Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.504, de 23 de julho de 2013**.

CECCIM, R.B; FERLA, AA. Educação em saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.443-454, Nov.2008/fev.2009.

COLLAÇO, L.M. et al. Quality control in cervical cancer screening: Brazilian experience. **Acta Cytologica**, Chicago, v. 49, n. 6, p. 694-696, 2005.

COLLAÇO, L.M.; ZARDO, L. Cytologic screening programs. In: BIBBO, M.; WILBUR, D.C. (Ed.). **Comprehensive cytopathology**. 3rd ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier. p. 47-58,2008.

FAWOLE AO et.al. A systematic review of communication quality improvement interventions for patients with advanced and serious illness. **J Gen Intern Med**. v.28, n.4, p.570-577, abr 2013.

FRIGATTO et.al. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Rev. Bras. de Cancerologia**. v.49,n.4,p209-214, jul.2003.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO): manual gerencial**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro, 2011.

INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde **Informativo de Detecção Precoce** - Boletim ano 4, – edição especial / 2013 .

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

LAPIN, G.A.; DERCHAIN; S.F.M; TAMBASCIA, J. Comparação entre a colpocitologia oncológica de encaminhamento e da gravidade de lesões cervicais intraepiteliais. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.2, p.120-125, 2000.

LOPES RML. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.165-170, 1998.

MENDES. C.J.; SILVEIRA, M.S.L.; OLIVEIRA, P. A. Lesão intra-epitelial cervical: existe correlação entre o tempo de realização do exame de Papanicolaou e o aspecto do colo uterino para o aparecimento da lesão. **Rev. Bras. Anál. Clínicas**. Salvador, v.36, n.4, p.191-196, jul 2004.

MOTTA et al. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. **Rev. Assoc. Médica Bras**. São Paulo, v.47, n.4, p.302-310,2001.

OLIVEIRA, M.M; PINTO, I.C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em um Distrito de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v.7, n.1, p.31-38, jan- mar, 2007.

PELLOSO SM, CARVALHO MDB, HIGARASHI IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum Health Sciences.** Maringá, v.26, n.2, p.319-324, 2004.

SILVA MM, et.al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.460-466, set 2015.

SOLOMON, D.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para Citopatologia Cervicovaginal – Definições, Critérios e Notas Explicativas.** 2ª ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

THULER, Luis Cláudio santos. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Rev. Bras. Gynec. e Obst.** Rio de Janeiro. v.30,n.5,p.216-218, mai 2008.

THUM M; HECK RM, SOARES MC, DEPRÁ AS. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Cienc cuid saude.** Pelotas. v.7,n.4,p.509-516, out-dez 2008.

VINCENT SP. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Rev Bras Cancerol.** Rio de Janeiro. v.53,n.1, p.79-85, Jan-Mar 2007.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: **WHO**; 2010.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **WHO**, 2012.

YASSOYAMA, M.B.C.M. Estudo do colo uterino por espectroscopia FT-RAMAN. Dissertação de pós graduação em bioengenharia. **Universidade do Vale da Paraíba.** São José dos Campos, SP, 2006.

8 ANEXOS

8.1 Normas da revista eletrônica de Enfermagem



Instruções aos autores

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) é um periódico vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e tem como missão disseminar o conhecimento científico, desenvolvido por pesquisadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem. O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde e da Enfermagem.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, revisão e editorial.

Em 2015, a REE passou a publicar os seus artigos em dois idiomas. Assim, após aprovação do artigo, o texto será traduzido para o inglês, se sua versão original for em português ou espanhol. Textos em inglês deverão ser traduzidos para o português. A REE se reserva o direito de indicar empresas credenciadas para o serviço de tradução, tendo em vista o objetivo de garantir a qualidade e padrão das traduções. O pagamento da tradução é responsabilidade dos autores.

Respeitando as normas internacionais de boas práticas de editoração, a REE acompanha as orientações do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

Para contribuir com o avanço e qualidade da produção do conhecimento científico, a REE adota as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE - <http://www.icmje.org>), para divulgar resultados de estudos clínicos, para os quais é obrigatório apresentação do número de registro.

Para os demais estudos recomenda-se também a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos, os quais podem ser acessados nos links abaixo:

- **Ensaio clínico randomizado** – CONSORT (<http://www.consort-statement.org/downloads>)
- **Revisão sistemática e metanálise** – PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>)
- **Estudos epidemiológicos** STROBE (http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf)
- **Estudos qualitativos** – COREQ (<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>)

A REE desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões que foram feitas há mais de um ano.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da REE.

CATEGORIAS DE TEXTOS PUBLICADOS

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou

qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.

- **Artigos de Revisão:** Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.
- **Editorial:** destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa de avaliação, pela Comissão de Editoração, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do seu conteúdo à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na primeira etapa os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão de Editoração que atenta para o cumprimento das normas de publicação. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão de Editoração o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil, deve ser indicado o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

(CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio da versão final aprovada pelos consultores e Comissão de Editoração.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc ou .docx;
- [Declaração de autoria e transferência de direitos](#);
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF e enviados pelo sistema de submissão como “Documentos suplementares” (Passo 4 do processo de submissão).

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Para a composição do texto a REE adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver).

Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. Recomenda-se a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos.

Para a contagem do número de palavras deve-se desconsiderar o título, o resumo, as ilustrações e as referências.

- **Introdução:** texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado,

fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa, elaborada com base em lacunas do conhecimento que sustentem a justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

- **Métodos:** definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.
- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.
- **Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusão:** texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc ou .docx;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana 10 pt, em todo o texto;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

Título: deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não

utilizar abreviações.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações:

- São permitidas tabelas ou figuras (quadros, gráficos, desenhos, fluxogramas e fotos) que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez.
- As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;
- Os títulos de tabelas devem ser concisos e precisos indicando o local do estudo e ano a que se referem os dados e apresentados acima da tabela.
- Os títulos das figuras devem ser concisos e precisos, apresentados abaixo da figura;

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de

eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.

- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na [PubMed Journals database](#) ou o título abreviado usado na [SciELO](#).

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo publicado em periódico científico:

- Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(esp):20-8

Artigo publicado em periódico científico, volume com suplemento:

- Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev Bras Psiquiatr [Internet].; 2010 [cited 2016 Mar 31];32 supl. 2:S96–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>

Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento:

- Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

- Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.

Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número:

- Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002:1-6

Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:

- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;27(5):963-75.

Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:

- Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos. *Enferm. glob*. [Internet]. 2011 [acesso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:

- Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor:

- 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

- Reis LN, Carmo BP, Miaso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. Enf*. [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:

- Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva*. In press 2009.

Livro, com único autor:

- Demo P. *Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana*. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

- Brigh MA, editor. *Holistic nursing and healing*. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

- Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

- Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Livro com tradutor:

- Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível em formato eletrônico:

- Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Monografia / Dissertação / Tese:

- Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Trabalhos em anais de evento científico:

- Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.
- Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain, 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

Trabalhos em anais de evento científico, disponível na internet:

- Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, São Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico:

- Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Base de dados online:

- Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 - . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

Legislação:

- Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

Legislação, disponível na internet:

- Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Matéria de jornal:

- Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal, disponível na internet:

- Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível em: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Texto / Homepage da Internet:

- DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 18 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa da Fiocruz Paraná confirma transmissão intra-uterina do zika vírus [Internet]. 2016 [acesso em: 31 mar. 2016]. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-da-fiocruz-parana-confirma-transmissao-intra-uterina-do-zika-virus>.

8.2- Normas da Revista Brasileira de Cancerologia

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) é uma publicação trimestral que tem por finalidade divulgar trabalhos relacionados a todas as áreas da Cancerologia. São aceitos para publicação textos em português, inglês e espanhol.

A RBC adota os "*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*" do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) (<http://www.icmje.org>). O original, incluindo tabelas, ilustrações e referências, deve seguir esses requisitos.

Os manuscritos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à RBC, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Manuscritos que se referem a partes de uma mesma pesquisa têm a submissão desencorajada por essa Revista.

Os manuscritos publicados passarão a ser propriedade da RBC, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como sua tradução para publicação em outros idiomas, sem prévia autorização desta.

Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado.

No caso de o manuscrito incluir tabelas e ilustrações previamente publicadas por outros autores e em outros veículos, é dever do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos detentores dos direitos autorais dos mesmos.

Os leitores de periódicos biomédicos merecem ter a confiança de que o que estão lendo é original, a menos que exista uma declaração clara de que o artigo está sendo republicado por escolha do autor e do editor. As bases para essa posição são as leis internacionais de direito autoral, a conduta ética e o uso de recursos, obedecendo a uma lógica de custo efetividade.

Quando parte do material do manuscrito já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em simpósio, congresso etc., esse fato deve ser citado como nota de rodapé na página de título, e uma cópia do texto da apresentação deve acompanhar a submissão do manuscrito.

Na submissão de manuscritos ou resumos de pesquisa clínica, ensaios clínicos, pesquisa básica, pesquisa aplicada, pesquisa de tradução; estudos laboratoriais, estudos epidemiológicos (prospectivos ou retrospectivos); utilização de dados de prontuários, pesquisa em banco de dados; relatos de casos; entrevistas, questionários, inquéritos populacionais; é obrigatória a inclusão de documento, com o número de protocolo, de que todos os procedimentos propostos tenham sido avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro CEP indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Os pacientes têm direito à privacidade, fato que não deve ser infringido sem um consentimento informado. As informações de identificação pessoal não devem ser publicadas em descrições escritas, fotografias, genealogias e relatos de caso, a menos que a informação seja essencial para propósitos científicos e que o paciente (ou seus pais ou tutores) outorgue um consentimento informado por escrito, autorizando a publicação.

Devem omitir-se detalhes de identificação se não forem essenciais, mas os dados do paciente nunca deverão ser alterados ou falsificados numa tentativa de conseguir o anonimato. O anonimato completo é difícil de conseguir, devendo-se obter o consentimento informado se houver alguma dúvida. Por exemplo, mascarar a região ocular em fotografias de pacientes é uma proteção inadequada para o anonimato.

A RBC, ao reconhecer a importância do registro e divulgação internacional, em acesso aberto, de informações sobre estudos clínicos, apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE. Desta forma, serão aceitos para publicação apenas os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Conflitos de interesses devem ser reconhecidos e mencionados pelos autores. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc.

A submissão do manuscrito à RBC deve ser por e-mail para rbc@inca.gov.br, com o texto integral, tabelas, gráficos, figuras, imagens, CEP e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (se aplicável) e de acordo com as normas da Revista. A “Carta de Submissão” individual e assinada por cada um dos autores (modelo disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc>) deve também ser enviada nesta oportunidade.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da RBC e da decisão do seu Conselho Editorial. O processo de avaliação inicia-se com o editor científico que avalia se o artigo recebido traz contribuições para a área da Cancerologia e se é de interesse para os leitores. Avalia também se o original está elaborado de acordo com as instruções recomendadas pela Revista. Os manuscritos considerados pertinentes, mas, em desacordo com essas instruções, serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias, antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

O manuscrito aceito é encaminhado para análise e emissão de parecer dos membros do Conselho Editorial e/ou Conselho *Ad Hoc*, ambos formados por profissionais de notório saber nas diversas áreas da Oncologia. Nesse processo, o sigilo e o anonimato serão adotados para autor(es) e pareceristas. A análise dos pareceristas é realizada com base no formulário “Parecer do Conselho Editorial” disponível nas instruções para publicação na RBC em <http://www.inca.gov.br/rbc>.

Após emissão do parecer, o manuscrito é enviado ao editor científico que toma ciência dos pareceres emitidos e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação da Revista e decide sobre a aceitação ou não do artigo, assim como das alterações solicitadas, processo sobre o qual tem plena autoridade de decisão. O parecer é então enviado para os autores por e-mail.

Após avaliação os manuscritos, poderão ser classificados em: manuscrito aprovado sem restrições, que será encaminhado ao revisor técnico para revisão e posterior publicação; manuscrito aprovado com restrição, que será encaminhado ao(s) autor(es) com as solicitações de ajuste por e-mail. O manuscrito revisado deve ser reapresentado pelo(s) autor(es) à RBC, por e-mail, acompanhado de carta informando as alterações realizadas ou, quando não realizadas, apresentando as devidas justificativas. Não havendo retorno do trabalho em quarenta e cinco (45) dias, será considerado que os autores não têm mais interesse na publicação; manuscrito não aprovado, nesse caso o autor receberá notificação de recusa por e-mail.

O manuscrito aprovado será publicado de acordo com o fluxo e o cronograma editorial da Revista.

CATEGORIA DOS MANUSCRITOS

São considerados para publicação os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos Originais – são artigos nos quais são informados os resultados obtidos em pesquisas de natureza empírica ou experimental original cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Também são considerados originais as pesquisas de metodologia qualitativa, de conteúdo histórico e as formulações discursivas de efeito teorizante. Como estrutura devem apresentar: introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 20, incluindo figuras, tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 5.
- Revisão da Literatura – trata-se de revisão sistematizada e atualizada da literatura sobre um tema específico e que deve dar ao leitor uma cobertura geral de um assunto. Não serão aceitas revisões narrativas. Devem ser descritos os tipos de revisão (integrativa, sistemática, metanálise), os métodos e procedimentos adotados para a realização do trabalho. A interpretação e conclusão dos autores devem estar presentes. Como estrutura devem apresentar: introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 20, incluindo figuras, tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 5.
- Relato de Casos/ Série de Casos - é a descrição detalhada e análise crítica de um ou mais casos, típicos ou atípicos, baseado em revisão bibliográfica ampla e atual sobre o tema. O autor deve apresentar um problema em seus múltiplos aspectos, sua relevância. O máximo de laudas é 15, incluindo figuras, tabelas, gráfico etc. que não devem ultrapassar 4.
- Artigo de Opinião – trata-se de opinião qualificada sobre tema específico em oncologia. Não necessita de resumo. O máximo de laudas é 10, incluindo tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 2.
- Resenha – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático da Cancerologia, publicado no último ano. O máximo é de 4 laudas .
- Resumos de dissertações, teses, de trabalhos que mereçam destaque ou apresentados em eventos de oncologia nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo - trata-se da informação sob a forma sucinta de trabalho

realizado. Portanto, deve conter a natureza e os propósitos da pesquisa e um comentário sobre a metodologia, resultados e conclusões mais importantes. Seu objetivo é a transmissão aos pesquisadores de maneira rápida e fácil da natureza do trabalho, suas características básicas de realização e alcance científico afirmado. Devem conter no mínimo 150 até 250 palavras e seguir as normas da Revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo, inclusive no que se refere aos descritores.

- Cartas ao Editor – podem estar relacionadas à matéria editorial ou não, mas devem conter informações relevantes ao leitor. No caso de críticas a trabalhos publicados em fascículo anterior da Revista, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas serão mantidos os pontos principais. O máximo é de 4 laudas.

PREPARO DO MANUSCRITO

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular com o verbo na voz ativa (ABNT:NBR-6028, 2003, p.2).

O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word 6.0 ou 7.0, fonte Times New Roman tamanho 12, margens de 30mm em ambos os lados, espaço duplo em todas as seções, tamanho do papel A4 (210 x 297mm) e páginas numeradas.

Para permitir maior clareza na exposição do assunto e localização direta de cada item, divide-se o texto em partes lógicas, ordenadas por assuntos considerados afins.

Exemplo:

INTRODUÇÃO (SEÇÃO PRIMÁRIA)

MATERIAL E MÉTODO (SEÇÃO PRIMÁRIA)

Coleta de dados (Seção secundária)

Variáveis (Seção terciária)

Na apresentação dos títulos das seções, deve-se dar destaque gradativo ao tipo e corpo das letras, observando que todas as seções primárias devem estar escritas da mesma maneira, assim como todas as secundárias e assim por diante.

O texto de cada seção de um documento pode incluir uma série de alíneas, que devem ser caracterizadas pelas letras minúsculas do alfabeto (a, b, c,...) seguidas de parênteses e que precedam imediatamente à primeira palavra de seu texto.

Exemplo:

a) escrever um artigo científico.

b) ilustrar o texto.

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

1. Página de título ou folha de rosto

Deve conter: a) título do artigo com até 100 caracteres, exceto títulos de resumos de tese, dissertação e de trabalhos apresentados, alternando letras maiúsculas e minúsculas, em português, inglês e espanhol; b) título abreviado com até 40 caracteres; c) nome(s) por extenso do(s) autor(es). A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que contribui substancialmente na concepção ou no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada. Em estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos, os responsáveis devem ter seus nomes especificados e todos considerados autores devem cumprir os critérios acima mencionados; d) indicar para **cada** autor, em nota de rodapé, a categoria profissional, o mais alto grau acadêmico, o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e instituição(ões) a que o trabalho deverá ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país; e) nome, endereço e telefone do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito; f) descrição da contribuição individual de cada autor no manuscrito (ex: trabalhou na concepção e na redação final e na pesquisa e na metodologia); g) agradecimentos: os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria acima descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode inferir que as mesmas concordam com o teor do trabalho; h) declaração de conflito de interesses (escrever “nada a declarar” ou revelar quaisquer conflitos); i) para trabalhos subvencionados, identificar o patrocinador e número de processo (se houver).

2. Resumo e descritores (palavras-chave)

Todos os artigos deverão conter resumos **estruturados** em português, inglês e espanhol, acompanhados dos descritores nos respectivos idiomas. A terminologia para os descritores deve ser denominada no artigo como a seguir:

palavras-chave, *key words* e *palabras clave*. Cada resumo deverá conter no mínimo 150 palavras e no máximo 250, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, conclusão e vir acompanhado de no mínimo três e no máximo seis descritores. Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determinar os descritores, deve-se consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde” (DECS-LILACS- <http://decs.bvs.br>) elaborada pela Bireme.

No resumo, não devem ser feitas citações de referências, nem se deve incluir abreviaturas, bem como quadros, tabelas ou figuras.

No caso de resumos de trabalhos apresentados em eventos de oncologia ou que mereçam destaque e que foram aceitos para publicação na RBC, caberá aos autores proceder à adequação às normas da Revista antes de encaminhá-los, sendo de sua inteira responsabilidade a precisão e correção da linguagem.

3. Introdução

Deve ser objetiva com definição clara do problema estudado destacando sua importância e as lacunas do conhecimento; a revisão de literatura deve ser estritamente pertinente ao assunto tratado no estudo, de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e evidenciar a importância do novo estudo. Deve conter o(s) objetivo(s) do estudo.

4. Métodos

Deve indicar de forma objetiva o tipo de estudo (prospectivo, retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não; qualitativo etc), os métodos empregados, a população estudada (descrever claramente a seleção dos indivíduos dos estudos observacionais ou experimentais - pacientes ou animais de laboratório, incluindo controles, bem como dos estudos qualitativos), a fonte de dados e os critérios de seleção ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os relatos de ensaios clínicos devem apresentar informação de todos os elementos principais do estudo, incluindo o protocolo (população estudada, intervenções ou exposições, resultados - e a lógica da análise estatística), atributos das intervenções (métodos de aleatorização, indicação dos grupos de tratamento) e os métodos de mascaramento.

Os autores que enviarem artigos de revisão deverão apresentar os procedimentos adotados para localizar, selecionar, obter, classificar e sintetizar as informações além de definir os critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados para a revisão.

Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos Institucional, com a Declaração de *Helsinki* (última versão de 2000) e com a resolução 196/96 (Res. CNS 196/96). Não usar os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das Instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório.

Dessa seção, também faz parte a menção do documento, indicando o número de protocolo, do CEP da Instituição a que se vinculam os autores e que aprovou o estudo realizado.

5. Resultados

Apresentar os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que serão discutidos. Devem ser descritos somente os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações àquelas necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas. Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: “random” (que implica uma fonte de aleatorização), “normal”, “significante”, “correlação” e “amostra” de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos. Nos relatos de casos, as seções “métodos” e “resultados” são substituídas pela descrição do caso.

6. Discussão

Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras.

A discussão pode ser redigida junto com os resultados se for de preferência do autor.
Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”.

7. Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo. Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados não devem constar dessa seção. Evitar fazer alusão a estudos que não tenham sido concluídos. Estabelecer novas hipóteses, quando estiverem justificadas claramente como tais. Recomendações, quando apropriadas, poderão ser incluídas.

8. Referências

Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex: A extensão da sobrevivência, entre outros¹), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. No caso de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-2); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1,3,7).

As referências não podem ultrapassar o número de 25, salvo as revisões de literatura, nas quais serão aceitas até 35.

Não devem ser incluídas referências no resumo. Deve-se constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

As orientações abaixo objetivam trazer para os autores exemplos de referências apresentadas em seus trabalhos informando sobre a padronização das mesmas. Estão baseadas nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: escrever e editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo ICMJE. Serão apresentadas as ocorrências mais comuns de referências por tipos de material referenciado. Algumas observações listadas abaixo são fruto de ocorrências em artigos de periódicos submetidos à publicação.

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências é utilizado como guia o *LocatorPlus*¹, fonte de consulta da *National Library of Medicine*, que disponibiliza, na opção *Journal Title*, o título e/ou a abreviatura utilizada. Em algumas fontes, o título já vem padronizado (PubMed, LILACS e MEDLINE). Caso não seja utilizada a forma padrão de preferência, informá-lo por extenso evitando utilizar uma abreviatura não padronizada que dificulte sua identificação.

Para a indicação de autoria, incluem-se os nomes na ordem em que aparecem na publicação até seis autores, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos pré-nomes separando cada autor por vírgula (1). No caso da publicação apresentar mais de seis autores, são citados os seis primeiros; utiliza-se vírgula seguida da expressão et al. (2). Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto - este deve ser subseqüente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior - Rodrigues Junior J.

Para padronização de títulos de trabalhos, utilizam-se letras minúsculas em todo o período, com exceção da primeira palavra que começa, sempre, com letra maiúscula. Fogem à regra nomes próprios: nomes de pessoas, nomes de ciências ou disciplinas, instituições de ensino, países, cidades ou afins, e nomes de estabelecimentos públicos ou particulares.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS EM PERIÓDICOS

1. Artigo com até seis autores

Kakuda JT, Stuntz M, Trivedi V, Klein SR, Vargas HI. Objective assessment of axillary morbidity in breast cancer treatment. *Am Surg* 1999; 65: 995-8. obs.: usar **995-8**, não usar **995-998**.

2. Artigo com mais de seis autores

Zheng H, Takahashi H, Murai Y, Cui Z, Nomoto K, Miwa S, et al. Pathobiological characteristics of intestinal and diffuse-type gastric carcinoma in Japan: an immunostaining study on the tissue microarray. *J Clin Pathol* 2007 Mar;60(3):273-7.

¹Disponível em: (<http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&PAGE=First>).

3. Artigo cujo autor é uma Instituição

Utilizar o nome da Instituição indicando entre parênteses o país quando for uma Instituição pública (a) no caso de uma Instituição particular utiliza-se somente o nome da Instituição. Observar a hierarquia (b) à qual a Instituição está subordinada para sua perfeita identificação (não utilizar direto: Secretaria de Atenção à Saúde. De onde?).

4. Artigo com autoria de múltiplas organizações

Incluem-se todas. (a) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama. Revista brasileira de cancerologia 2009 abr.-jun.; 2 (55): 99-113. (b) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b. [acesso em abr 2004]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf>

5. Autor com indicação de parentesco em seu nome

Mattes RD, Curram Jr WJ, Alavi J, Powlis W, Whittington R. Clinical implications of learned food aversions in patients with cancer treated with chemotherapy or radiation therapy. Cancer 1992; 70 (1): 192-200.

6. Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News 2005 Apr;11(4):11.

7. Artigo com indicação de seu tipo (revisão, abstract, editorial)

Facchini Luiz Augusto. ABRASCO 30 anos: ciência, educação e prática com compromisso social. [Editorial] Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2010 Jan [citado 2010 Ago 23]; 26(1): 4-4. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100001&lng=pt>. doi: 10.1590/S0102-311X2010000100001>.

8. Artigo publicado num suplemento de periódico

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev Saude Publica 2009; 43 suppl.1: 8-15.

9. Artigo publicado na parte de um número

Fukuzawa M, Oguchi S, Saida T. Kaposi's varicelliform eruption of an elderly patient with multiple myeloma. J Am Acad Dermatol. 2000 May;42(5 Pt 2):921-2.

10. Artigo publicado sem indicação de volume ou número do fascículo

Schwartz-Cassell T. Feeding assistants: based on logic or way off base? Contemp Longterm Care. 2005 Jan:26-8.

11. Artigo publicado com paginação indicada em algarismos romanos

Nagpal S. An orphan meets family members in skin. J Invest Dermatol. 2003;120(2):viii-x.

12. Artigo contendo retratação ou errata publicadas, a referência deve conter a indicação da publicação das mesmas

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Correction: actual causes of death in the United States, 2000. JAMA. 2005 Jan 19;293(3):293-4. Erratum for: JAMA. 2004 Mar 10;291(10):1238-45.

13. Artigo com publicação eletrônica anterior à versão impressa

Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. Rev Saude Publica [acesso 2010 Ago 23]. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010005000023&lng=pt> Publicado 2010. Epub 30-Jul-2010. doi: 10.1590/S0034-89102010005000023.

14. Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

15. Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS EM LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**16. Livro**

Hoppenfeld S. Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993. 294 p.

17. Livro com indicação de editor, organizador, coordenador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

18. Livro editado por uma Instituição

World Cancer Research Fund (USA). Food, nutrition, physical activity and prevention of cancer: A global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007.

19. Quando o autor do capítulo é o autor do livro, referência de capítulo de livro

Ferreira SA. Nervos proximais do membro superior. In: _____. Lesões nervosas periféricas diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos; 2001. p. 35-48.

20. Livro sem indicação de autoria

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

21. Anais de conferências

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

22. Trabalho apresentado em conferências

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

23. Legislação

Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem. Lei No. 7.498, 25 de junho de 1986. Diário Oficial da União. Seção I, fls. 9.273-9.275 (Jun 26, 1986). 1986.

24. Teses e dissertações

Verde SMML. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

9. Tabelas

As tabelas deverão constar em folhas separadas. Não enviar as tabelas em forma de imagem, de forma a permitir sua edição. Numerar as tabelas em ordem consecutiva de acordo com a primeira citação no texto e dar um título curto a cada uma. Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações em rodapés, não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Para notas de rodapé, utilizar numeração romana.

Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão.

Não usar linhas internas, horizontais ou verticais.

Constatar que cada tabela esteja citada no texto por sua numeração e não por citação como: tabela a seguir, tabela abaixo.

Se forem usados dados de outra fonte, publicada ou não, obter autorização e agradecer por extenso.

O uso de tabelas grandes ou em excesso, em relação ao texto, pode produzir dificuldade na forma de apresentação das páginas.

10. Ilustrações

Enviar o número requerido de ilustrações ou "figuras". Não são aceitáveis desenhos à mão livre ou legendas datilografadas. As fotos devem ser digitalizadas, em branco e preto, usualmente de 12 x 17cm, não maiores do que 20 x 25 cm, filmes de raios X ou outros materiais. As letras, os números e símbolos devem ser claros e de tamanho suficiente, de tal forma que, quando reduzidas para a publicação, ainda sejam legíveis. Colocar os títulos e explicações abaixo das legendas e não nas próprias ilustrações.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação.

As figuras devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. Se uma figura já foi publicada, agradecer à fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público.

A RBC é uma publicação em preto e branco e por isso todas as ilustrações serão reproduzidas em preto e branco.

As ilustrações devem ser fornecidas da seguinte forma:

- Arquivo digital em formato .TIFF, .JPG, .EPS, com resolução mínima de:
 - 300 dpi para fotografias comuns
 - 600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc.
 - 1.200 dpi para desenhos e gráficos

11. Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Acordo Ortográfico datado de 1º de Janeiro de 2009.

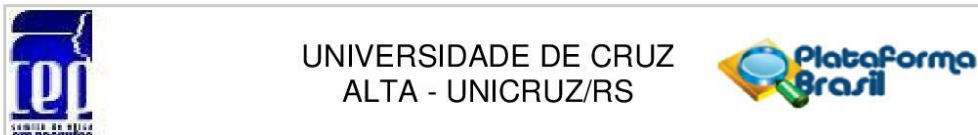
RESUMO DOS REQUISITOS TÉCNICOS PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

Antes de enviar o manuscrito por e-mail, para rbc@inca.gov.br, confira se as “Instruções para Autores” disponível em www.inca.gov.br/rbc foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados a seguir:

- Submeter o arquivo integral do manuscrito em Microsoft Word 6.0 ou 7.0.
- Usar espaço duplo em todas as partes do documento.
- Começar cada seção ou componente em uma nova página.
- Revisar a sequência: página-título/folha de rosto – título em português, inglês e espanhol; título abreviado; autoria; resumo e palavras-chave, abstract e key words, resumen e palabras clave; agradecimentos; declaração de conflito de interesse; declaração de subvenção; texto; referências; tabelas, quadros, figuras com legendas (cada uma em páginas separadas).
- De três a seis palavras-chave e respectivas *key words* e palabras clave.
- Referências: numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas, e não ultrapassando o número de 25. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de Referências e se todos os listados estão citados no texto.
- Apresentar ilustrações, fotos ou desenhos separados, sem montar (20 x 25 cm máximo).
- Incluir carta de submissão disponível nas “Instruções para Autores”. Caso o manuscrito tenha mais que um autor, cada um deles deverá preencher e assinar a carta e o autor responsável pela submissão deve enviar a mesma digitalizada em formato .JPG junto com o arquivo do manuscrito para rbc@inca.gov.br.
- Incluir permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.
- Incluir autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, quando aplicável.
- Incluir documento comprovando a aprovação do trabalho por CEP ou TCLE, quando aplicável.

9 OUTROS ANEXOS

9.1 CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA ANÁLISE DA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Janice de Fatima Pavan Zanella

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48649215.0.0000.5322

Instituição Proponente: Fundação Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ/RS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.488.462

Apresentação do Projeto:

ver parecer projeto 1

Objetivo da Pesquisa:

ver parecer projeto 1

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ver parecer projeto 1

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ver parecer projeto 1

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as pendências foram devidamente solucionadas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Múa, Km 5.6 - Caixa Postal 858
Bairro: Campus Universitário Prédio **CEP:** 98.020-290
UF: RS **Município:** CRUZ ALTA
Telefone: (55)3322-1618 **E-mail:** comitedeetica@unicruz.edu.br



UNIVERSIDADE DE CRUZ
ALTA - UNICRUZ/RS



Continuação do Parecer: 1.488.462

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Resposta_CEP.docx	07/04/2016 09:30:54	Aline Lima Deicke	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	07/04/2016 09:25:56	Aline Lima Deicke	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE.docx	07/04/2016 09:25:21	Aline Lima Deicke	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO_564102.pdf	07/04/2016 09:16:23		Aceito
Outros	carta2.pdf	27/08/2015 13:09:08	Janice de Fatima Pavan Zanella	Aceito
Outros	carta1.pdf	27/08/2015 13:08:33	Janice de Fatima Pavan Zanella	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	05/08/2015 20:36:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto - prof Janice Pavan Zanella.doc	05/08/2015 18:39:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE apendice B.docx	05/08/2015 18:37:24		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRUZ ALTA, 12 de Abril de 2016

Assinado por:
Rita Leal Sperotto
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Méa, Km 5.6 - Caixa Postal 858
Bairro: Campus Universitário Prédio **CEP:** 98.020-290
UF: RS **Município:** CRUZ ALTA
Telefone: (55)3322-1618 **E-mail:** comitedeetica@unicruz.edu.br

9.2 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS

Nome: _____

Município: _____

Data de aplicação do questionário: ____ / ____ / ____

PERFIL

1. Sexo:

Masculino Feminino

2. Idade:

3. Titulação:

Graduação em _____ Ano: _____

Especialização: sim não. Qual?: _____

4. Local de Trabalho:

ESF/UBS Centro de Saúde da Mulher Hospital outros

5. Regime de trabalho:

20hs 40 hs 60 hs outro

6. Tempo de atuação na profissão:

_____anos

ANÁLISE DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

7. Em sua Unidade de Saúde, como é realizado o rastreamento de câncer de colo de útero:

- A) Através do exame citopatológico (Papanicolaou)
- B) Não realizam coleta de citopatológico, e os pacientes são encaminhados para serviço especializado.
- C) teste de Schiller, com lugol e inspeção a olho nu.
- D) colposcopia

8. Em sua Unidade de Saúde qual o profissional que realiza a coleta do exame citopatológico (Papanicolaou):

- A) Enfermeiro e Médico
- B) Somente Enfermeiro
- C) Somente Médico
- D) Outro profissional de saúde _____

9. Como se dá o processo de marcação de consulta ginecológica e saúde da mulher em sua unidade de Saúde:

- A) marcada pelos Agentes Comunitário de Saúde (ACS)
- B) encaminhamento de outro profissional da equipe (médico, técnico de enfermagem)
- C) através da procura espontânea da mulher
- D) outro. Qual? _____

10. Qual o tempo de espera do agendamento até a realização da consulta:

- A) de 1 a 3 dias

- B) 1 semana
- C) 15 dias
- D) 1 mês ou mais

11. Quais profissionais em sua Unidade de Saúde realizam consulta em saúde da mulher:

- A) Médico da ESF (clínico geral ou médico da família)
- B) Enfermeiro
- C) Ginecologista
- D) outro profissional da Saúde

12. Depois da realização do exame citopatológico como se dá o encaminhamento do material coletado até o laboratório? Qual o tempo que o material fica armazenado dentro da unidade de saúde.

- A) logo após a coleta, já é encaminhado ao laboratório.
- B) de 1 a 3 dias
- C) 1 semana
- D) 1 mês
- E) outro. Especifique: _____

13. Após o encaminhamento do material para o laboratório, em torno de quanto tempo demora para receber o resultado do laudo do exame?

- A) 1 semana
- B) 15 dias
- C) 1 mês
- D) mais de 1 mês

14. Como as mulheres que realizaram o exame de citopatológico ficam sabendo do resultado do laudo do laboratório?

- A) através da busca espontânea
- B) é entregue pelo ACS
- C) comunicada pela ACS da disponibilidade do laudo na sua Unidade de Saúde
- D) comunicada por telefone, carta ou meio eletrônico.

15. A equipe de sua Unidade de saúde tem conhecimento de quais mulheres de sua área realizam ou realizaram exames de rastreamento para câncer de colo?

- A) Sim
- B) Não

16. A equipe realiza a busca ativa das mulheres que não realizaram o exame?

- A) Sim
- B) Não

Se sim, de que forma?

- A) Através dos profissionais de saúde
- B) Através da visita dos ACS aos domicílios
- C) através da mídia local (jornal, rádio, campanhas)
- D) outras. Especifique: _____

18. Como se dá o encaminhamento das pacientes com alteração para cuidado especializado, secundário e terciário?

- A) através da Unidade de Saúde
- B) Solicitação e encaminhamento do médico
- C) encaminhado por outro profissional de saúde
- D) Não há protocolo específico

18. Após o encaminhamento para o cuidado especializado, são obtidas informações de contra-referência da paciente nestes serviços?

- A) SIM. De que forma? _____
- B) NÃO. Motivo: _____

19. O encaminhamento das pacientes para marcação de consulta em serviços especializados demora em torno de quanto tempo para a primeira consulta?

- A) 1 semana
 B) 15 dias
 C) 1 mês
 D) mais de 1 mês

20. Como a paciente fica sabendo do resultado positivo/ alterado dos exames de rastreamento para o Câncer de colo de útero?

- A) Através da busca ativa
 B) Comunicada pelo ACS
 C) Comunicada por profissional de saúde da equipe
 D) Pela busca espontânea do paciente pelo exame na Unidade de Saúde

21. Quando o profissional de saúde da Unidade fica sabendo de um resultado positivo ou alterado de rastreamento para câncer de colo de útero, quais são as primeiras ações a serem tomadas pela equipe de saúde?

- A) busca ativa do paciente
 B) Encaminhamento para consulta ginecológica
 C) notificação ao Siscan
 D) outro?

E em que ordem? _____

22. Quanto a cuidados paliativos aos pacientes com câncer de colo de útero, há algum apoio de outros serviços?

- A) SIM. Cite? _____
 B) NÃO. Motivos: _____

23. Na sua equipe de saúde são utilizados indicadores para avaliação das formas de rastreamento e planejamento das ações voltadas a saúde da mulher?

- A) SIM. Quais?
 B) NÃO

24. Quais as maiores dificuldades para o enfrentamento do câncer de colo de útero em sua comunidade, município ou região?

25. Em sua opinião, que tipo de ações de prevenção e promoção a saúde da mulher devem ser realizadas em seu município?

26- Você realiza coleta de exame citopatológico (CP), preventivo do câncer do colo do útero?

- A) Sim B) Não

27- Ao iniciar atividade de coleta de CP você recebeu treinamento específico além do adquirido na Graduação?

- A) Sim B) Não

28- Você participa de atualizações relacionadas ao tema Câncer do Colo do Útero? Com que frequência ocorrem estas atualizações? E aonde elas ocorrem? E quem as realiza ou organiza?

29-Dê sua opinião quanto a assuntos a serem abordados em educação contínua e de forma este conhecimento poderia ser melhor absorvido.
