



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ROSANA GOMES DE FREITAS MENEZES FRANCO

**PRÁTICAS E SABERES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA
DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA E INSPEÇÃO VISUAL**

FORTALEZA

2013

ROSANA GOMES DE FREITAS MENEZES FRANCO

**PRÁTICAS E SABERES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA
DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA E INSPEÇÃO VISUAL**

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

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F1p FRANCO, ROSANA GOMES DE FREITAS MENEZES.
PRÁTICAS E SABERES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DA
COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA E INSPEÇÃO VISUAL / ROSANA GOMES DE FREITAS
MENEZES FRANCO. – 2016.
95 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Dr. Mônica Oliveira Batista Oriá.

1. Diagnóstico precoce. 2. Neoplasias do colo do útero. 3. Capacitação em serviço. 4.
Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

ROSANA GOMES DE FREITAS MENEZES FRANCO

**PRÁTICAS E SABERES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA
ACERCA DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA E INSPEÇÃO VISUAL**

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

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará do Ceará (UECE)

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas aos meus amados pais (Lisboa e Maria Júlia) e meus dois filhos queridos (Eugênio Filho e Marcela - Meus maiores e melhores presentes de Deus).

E o que dizer a você, meu Preto? Dedico este sucesso agradecendo pela paciência, incentivo, força, amor, companheirismo, carinho e por tudo que passamos juntos todos esses anos.

Esta vitória é muito mais sua do que minha!

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Agradeço a todos os professores, em especial à Prof^a D^{ra} Mônica Oliveira Batista Oriá, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

Agradeço também o apoio, a amizade e o carinho das amigas Lucília, Manu e Emilly.

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.”

(Augusto Cury)

RESUMO

As elevadas taxas de morbimortalidade por Câncer de Colo Uterino (CCU) no Brasil podem dever-se à baixa cobertura populacional da Colpocitologia Oncótica (CO), além de condutas terapêuticas e diagnósticas insuficientes e/ou inadequadas. Objetivou-se avaliar as práticas e saberes dos enfermeiros da atenção básica acerca da CO e inspeção visual. Estudo descritivo-correlacional transversal, realizado em uma Instituição de Ensino Superior de Juazeiro do Norte-CE. A amostra foi não probabilística obtida por conveniência, totalizando 144 enfermeiros. Foi aplicado um questionário com informações acerca de conhecimentos dos enfermeiros sobre a Inspeção Visual com Ácido Acético, o teste de Schiller, reconhecimento e capacidade de descrever tecnicamente estruturas que são observadas na prática diária das consultas ginecológicas de enfermagem e a eficácia e segurança do profissional em indicar o aprofundamento diagnóstico quando se depara com uma alteração do colo uterino sugestiva de infecção pelo HPV, independentemente do resultado da CO. A análise exploratória dos dados valeu-se de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, e a análise das variáveis categóricas. Verificou-se que a maioria dos entrevistados possuía idade entre 26 e 30 anos (N=78; 54,2%), com um ano ou menos (N=48; 33,3%) de atuação profissional, e que exerciam suas atividades no PSF (N=100; 69,4%), sobretudo em Juazeiro do Norte (N=49; 34%). Foi ainda verificado que 96,5% acreditavam que ainda existiam muitas informações desconhecidas ou novas sobre propedêutica do CCU e 97,2% reconheciam a necessidade de receberem atualizações, 68,1% afirmaram que a participação em treinamentos não interfere nas demais atividades profissionais. Percebeu-se que a experiência anterior dos enfermeiros na visualização do achado clínico apresentado variou de 14,6% a 48,6%. Na avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca do Teste de Schiller, o percentual de acerto maior dos enfermeiros foi de apenas 9,7% no que diz respeito à conservação dessa solução. Acerca da descrição das estruturas apontadas nas imagens clínicas, a estrutura que apresentou maior percentual de acerto (5,5%) entre os enfermeiros foi a identificação do canal cervical e junção escamo-colunar. Verificou-se que a linha de base de conhecimentos sobre a morfologia da cérvix uterina e a capacidade de reconhecer as estruturas anormais era insuficiente para a maior parte dos enfermeiros realizar com segurança a IV e o teste de Schiller. Diante desse resultado é importante a realização de treinamentos com estes profissionais, fato que é corroborado pelo interesse e motivação dos mesmos em relação a estas estratégias.

Palavras-chave: Diagnóstico precoce. Neoplasias do colo do útero. Capacitação em serviço. Enfermagem.

ABSTRACT

The high morbidity and mortality rates for Cervical Cancer (CC) in Brazil may be due to the low population coverage of Oncotic Colpocytology (OC), as well as insufficient and/or inadequate therapeutic and diagnostic conducts. This study aimed to evaluate the practices and knowledge of primary care nurses about CC and visual inspection. This was a cross-sectional descriptive correlational study in a higher education institution in Juazeiro do Norte-CE. The sample was not probabilistic obtained by convenience, totaling 144 nurses. A questionnaire with information about the nurses' knowledge about the Visual Inspection with Acetic Acid was applied, the Schiller test, recognition and ability to technically describe structures that are observed in the daily practice of nursing gynecologic consultations and the professional's efficacy and safety in indicating the diagnosis depth when faced with a change suggesting cervical HPV infection, regardless the result of the CC. Exploratory data analysis took advantage of absolute and relative frequencies, means and standard deviations, and the analysis of categorical variables. It was found that most respondents were between 26 and 30 years (N = 78; 54.2%), with one year or less (N = 48; 33.3%) of professional experience, and who exercised their activities in the FHP (N = 100; 69.4%), especially in Juazeiro do Norte (N = 49; 34%). It was also found that 96.5% believed that there were still many unknown or new information on workup of CC and 97.2% recognized the need to receive updates, 68.1% said that participation in training does not interfere in other professional activities. It was noticed that the previous experience of nurses presented in the visualization of the clinical finding ranged from 14.6% to 48.6%. In the evaluation of the nurses' practices and knowledge about the Schiller Test, a higher percentage of the nurses' accuracy was only 9.7% with respect to the conservation of this solution. Concerning the description of the structures identified in the clinical images, the structure with the highest percentage of correctness (5.5%) among nurses was the identification of the cervical canal and the squamocolumnar junction. It was found that the baseline knowledge of the morphology of the cervix and the ability to recognize abnormal structures was insufficient for most of the nurses to perform safely the IV and the Schiller Test. Given this result it is important to conduct training with these professionals, a fact that is corroborated by their interest and motivation in relation to these strategies.

Keywords: Early diagnosis. Uterine cervical neoplasms. Inservice training. Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Hierarquia dos níveis de avaliação proposto por Kirkpatrick.....	45
Figura 2 –	Imagem 1. Orifícios glandulares (1); Área pouco reativa ao ácido acético (2); Epitélio escamoso sem alteração (3); Orifício glandular (4); Área de metaplasia (5). Juazeiro do Norte, 2012.....	54
Figura 3 –	Imagem 2. Identificação do muco cervical (6); Epitélio escamoso sem alterações colorimétricas (7); Área com padrão capilar de mosaico corada realçada pela solução de Schiller (8); Esse padrão consiste em vasos de espessura fina, geralmente uniformes aleatoriamente dispersos Mosaico; Área iodo negativa (9); Área iodo positiva (10). Juazeiro do Norte, 2012.....	54
Figura 4 –	Imagem 3. Identificação da área branca em relevo contendo pequenos pontos de pontilhado irregular espaçados nos lábios anterior e posterior, a esquerda (11); Área com acetobranqueamento leve e presença de pontilhado (12); Canal cervical (13); Área iodo positiva (14); Área iodo negativa com pontilhado (15). Juazeiro do Norte, 2012.....	55
Figura 5 –	Imagem 4. Identificação do canal cervical e junção escamo-colunar (16); Lesão acetobranca no lábio anterior de coloração de baixa intensidade (17); Epitélio escamoso sem alteração (18); Orifício glandular (19); Área iodo positivo (20). Juazeiro do Norte, 2012.....	55
Figura 6 –	Imagem 5. Identificação de lesão acetobranca (21); Área acetobranca (22); Junção escamo colunar / ectopia (23); Canal cervical (24); Área iodo negativa (25). Juazeiro do Norte, 2012.....	56
Quadro 1 –	Estruturas clínicas, anatômicas e morfológicas presentes nas imagens.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo os dados sociodemográficos. Juazeiro do Norte, 2012.....	59
Tabela 2 – Avaliação da motivação/reação dos enfermeiros acerca de treinamento oferecido em Colpocitologia Oncótica e Inspeção Visual para a Atenção Básica. Juazeiro do Norte, 2012.....	62
Tabela 3 – Avaliação da motivação/reação dos enfermeiros acerca disposição em participar do treinamento em Colpocitologia Oncótica e Inspeção Visual para a Atenção Básica. Juazeiro do Norte, 2012.....	64
Tabela 4 – Experiência anterior dos enfermeiros acerca da visualização de achados clínicos no colo uterino. Juazeiro do Norte, 2012.....	67
Tabela 5 – Distribuição de avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca da inspeção visual por imagem visualizada e correta indicação à colposcopia. Juazeiro do Norte, 2012. N=144.....	69
Tabela 6 – Avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca da colpocitologia oncótica e inspeção visual. Juazeiro do Norte, 2012. N= 144.....	74
Tabela 7 – Avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca do Teste de Schiller.....	76
Tabela 8 – Avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca da descrição das estruturas apontadas nas imagens clínicas. Juazeiro do Norte, 2012. N=144.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Assistência Básica a Saúde
ACNR	Alterações Colorimétricas Não-Reativas
ACR	Alterações Colorimétricas Reativas
CCU	Câncer do Colo do Útero
CD	Cervicografia Digital
CO	Colpocitologia Oncótica
CSF	Centro de Saúde da Família
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPV	Papilomavirus Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IV	Inspeção Visual
IVA	Inspeção Visual com Ácido Acético
JEC	Junção Escamo-Colunar
MCTI	Ministério das Ciências, Tecnologia e Inovação
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
NIC I	Neoplasia Intraepitelial Cervical I
NIC II	Neoplasia Intraepitelial Cervical II
NIC III	Neoplasia Intraepitelial Cervical III
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PN	Projeções Negativas
PNCC	Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero
PP	Projeções Positivas
PSF	Programa Saúde da Família
RMC	Região Metropolitana do Cariri
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
SUS	Sistema Único de Saúde
URCA	Universidade Regional do Cariri
ZT	Zona de Transformação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	História natural e epidemiologia do câncer do colo do útero.....	23
3.2	Modelo de prevenção adotado no Brasil.....	26
3.3	Morfologia e aspectos citológicos da cérvix uterina.....	28
3.4	Propedêuticas do câncer do colo do útero.....	30
3.4.1	<i>Colpocitologia oncológica</i>	31
3.4.2	<i>Inspeção visual com ácido acético</i>	34
3.4.3	<i>Teste de Schiller</i>	37
3.4.4	<i>Cervicografia digital</i>	40
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	44
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	49
5.1	Tipo de estudo.....	49
5.2	Local e período do estudo.....	49
5.3	População e amostra.....	50
5.4	Definições das variáveis.....	51
5.5	Técnica e Instrumento de coleta de dados.....	51
5.6	Análise dos dados.....	56
5.7	Aspectos éticos.....	58
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
7	CONCLUSÕES.....	81
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICES.....	91
	ANEXO.....	97

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem enfrentado inúmeros desafios para oferecer acesso universal a cuidados de saúde e para garantir que estes cuidados sejam resolutivos e de qualidade. Nesse sentido, faz-se necessário que os serviços assumam alguns compromissos, entre eles, a realização de estratégias capazes de responder eficientemente às demandas identificadas com vistas a garantir a abordagem integral da mulher, como orientação às mulheres sobre a necessidade de realização do exame ginecológico, bem como seu acompanhamento (BRITO; GALVÃO, 2010).

A maior oferta de ações básicas tem gerado, por sua vez, demanda crescente por serviços de referência. Dentre as demandas que se apresentam para a rede de serviços, a atenção a patologias prevalentes e suscetíveis às ações de controle pode se constituir em um indicador de condições de acesso e de resolutividade dos serviços (BRASIL, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2009, 2011).

A importância da atuação do enfermeiro em programas direcionados à saúde pública é reconhecida por instituições de saúde em todo o mundo sendo algumas ações desenvolvidas por equipe multiprofissional e outras exclusivamente por esse profissional.

Independente da ação ou programa de saúde, realizada coletivamente ou de modo individual, espera-se que os enfermeiros, além da habilidade na realização dos procedimentos, respeito aos aspectos éticos e de humanização no atendimento, detenham conhecimento científico significativo que respalde os resultados alcançados a partir das intervenções realizadas.

Dentro dessa perspectiva, a atuação dos enfermeiros no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em Unidade Básica de Saúde, atualmente nomeados Centro de Saúde da Família (CSF), tem sido norteadas pelo interesse crescente na busca de soluções efetivas para problemas crônicos, vivenciados no Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, e que persistem desde 1998 quando foi intensificado o Programa Viva Mulher, direcionado

para mulheres com idades entre 35 e 49 anos, dentro das diretrizes do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero (PNCC).

No ano de 2002, a segunda fase nacional do programa, tinha como objetivos o acompanhamento, através da realização de novo exame das mulheres rastreadas em 1998 e a realização do primeiro exame de CO para mulheres que nunca tinham sido submetidas ao exame. A análise dos resultados obtidos a partir dessas ações de saúde mostraram que, por diversos motivos, a efetividade dos programas implementados foi insuficiente para reduzir as altíssimas taxas de incidência e mortalidade por CCU (BRASIL, 2008; INCA, 2011).

Outros fatores frequentemente associados à baixa efetividade dos programas que adotam a CO como única forma de rastreamento do CCU são o desempenho técnico na coleta citológica, a baixa qualidade e/ou imprecisão nas informações fornecidas pelo coletor da amostra e as falhas inerentes ao processamento e interpretação dos espécimes citológicos na fase laboratorial do processo (FRANCO *et al.*, 2008).

Apesar da opção pelo rastreamento de lesões pré-neoplásicas através da CO no Brasil e em outros países, todos os anos mais de 500.000 mulheres são acometidas pelo CCU e mais da metade delas vai a óbito por essa causa (CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC), 2010).

As estatísticas mundiais comprovam que a efetividade no rastreamento do CCU com a utilização exclusiva da CO não proporcionou resultados homogêneos em todos os países e em decorrência desses resultados diversos pesquisadores, em todo o mundo, buscam estabelecer quais seriam as melhores abordagens propedêuticas a serem utilizadas no rastreamento das lesões precursoras, antes que alcancem o estágio invasor (CDC, 2010).

É sabido que o CCU pode ter cura, se detectado precocemente, e dependendo das condições de vida e saúde da mulher e da pronta assistência que receba. Assim, dentre as ações mínimas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) está a detecção precoce do CCU que tem como primeiro instrumento a CO realizada por médicos, enfermeiros ou outro profissional de saúde devidamente treinado (INCA, 2008). A enfermeira, como membro da equipe multidisciplinar, compete as medidas de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, conhecer a cultura e a vida em sociedade das famílias assistidas e como

atividade privativa realizar consulta de enfermagem, conforme disposição legal da profissão (MOURA *et al.*, 2010).

Ainda no contexto nacional, mesmo sendo o Brasil um país de dimensões continentais, é facilmente perceptível que as dificuldades e problemas a serem vencidos pelo profissional enfermeiro são praticamente os mesmos, mormente as diferenças regionais, o que fica evidenciado em todos os encontros científicos direcionados a essa temática, sejam ele locais, regionais ou nacionais.

No contexto internacional, no entanto, diferenças marcantes nas políticas públicas de saúde, estilos e condições de vida da população, disponibilidade de recursos diagnósticos, recursos terapêuticos e na acessibilidade da população às tecnologias de última geração, dificultam a comparação entre realidades distintas. Em muitos países desenvolvidos, a redução crescente nas taxas de incidência do CCU é atribuída à efetividade dos programas de rastreamento que contemplam altas taxas de cobertura e qualidade da atenção a saúde prestada às mulheres, com acompanhamento adequado e rigoroso (CDC, 2010).

No Brasil, o MS têm concentrado esforços para combater o CCU na prevenção secundária, disponibilizando o exame de CO para mulheres sexualmente ativas, e ampliando a faixa etária de 35 a 49 anos para a faixa entre 25 e 64 anos (INCA, 2011), vale ressaltar que a ampliação da faixa etária se deu pela grande exposição aos fatores de risco, o que atende as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). A frequência recomendada para realização da CO é de um exame a cada três anos para mulheres acima dos 25 anos e um exame a cada dois anos para mulheres com idades inferiores, se precedidos por dois exames anuais negativos (INCA, 2011).

Análise mais apurada permite inferir que o insucesso nas estratégias adotadas, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, está associado à baixa cobertura populacional da CO, além de condutas terapêuticas e diagnósticas insuficientes e/ou inadequadas como, por exemplo, o rastreamento do Papiloma Vírus Humano (HPV) realizado de forma não sistemática ou insuficiente. Também são considerados fatores relevantes para a pouca efetividade dos programas adotados, especialmente nos países em desenvolvimento, fatores culturais, sociais, de densidade populacional e acesso aos serviços de saúde (NOVAES; BRAGA; SHOUT, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 2007; INCA, 2009; CDC, 2010).

No Brasil, desde 1997, a estratégia adotada pelo PNCC consiste na estruturação de uma rede de atenção, buscando reduzir a desigualdade de acesso da mulher ao diagnóstico e tratamento. Além da questão do acesso, a adesão ao cuidado também precisa ser considerada como um objetivo estratégico, já que a continuidade do tratamento é um desafio diante de uma doença que apresenta uma longa fase assintomática (BRASIL, 2006).

É nesse contexto que torna-se importante a capacitação técnica dos profissionais que realizam o exame preventivo do CCU, que enseja muitos outros conhecimentos, além da correta técnica da CO, especialmente a capacidade de identificar, durante o exame ginecológico, alterações clínicas e subclínicas da infecção pelo HPV e descrever, de forma correta e sistematizada essas alterações.

A CO é um dos procedimentos básicos no rastreamento do CCU apesar de reconhecidamente apresentar baixa sensibilidade, inclusive para lesões precursoras, como confirmam vários estudos (HYPPÓLITO, 2002; FRANCO *et al.*, 2008), sendo então indispensável que outros recursos coadjuvantes nesse processo, inclusive novas tecnologias, sejam utilizados com o intuito de corrigir essa lacuna.

No entanto, recursos tecnológicos mais avançados, como as técnicas de biologia molecular, utilizados para detecção do principal agente patológico associado ao CCU, o HPV, não têm aplicação recomendada como método de rastreamento a nível primário por não apresentarem custo-efetividade adequado, e por indicarem para o aprofundamento diagnóstico um elevado número de mulheres sem lesões cervicais observáveis, o que pode sobrecarregar o sistema de atendimento sem efetivamente influenciar de maneira positiva os indicadores epidemiológicos da doença.

Apesar do grande avanço científico e do desenvolvimento de tecnologias de alta complexidade direcionadas para a área da saúde, antigos problemas como o CCU, por exemplo, permanecem ceifando vidas, infligindo sofrimento e gerando uma necessidade cada vez maior de recursos públicos. O CCU representa uma dessas condições, principalmente em decorrência da crescente exposição a fatores de risco ambientais e da modificação de hábitos de vida da população (BRASIL, 2006; INCA, 2009, 2011).

Em sentido contrário ao desenvolvimento tecnológico que a cada dia torna possível, em diversas áreas da saúde, inclusive na seara do câncer ginecológico, a identificação cada vez mais precoce do câncer e suas lesões precursoras, o PNCC tem se mostrado incapaz de reduzir a mortalidade por essa

patologia apesar de estar funcionando a mais de duas décadas, enquanto em outros países, as incidências foram reduzidas significativamente com ações de saúde na assistência básica.

A utilização do teste de Schiller e da Inspeção Visual com o Ácido Acético (IVA) são os principais métodos complementares ao exame de CO na realidade brasileira. Contudo, apesar da alta sensibilidade do IVA tenha melhorado, ainda existe a baixa efetividade do programa de rastreamento, o que suscita dúvidas, quanto à correta utilização e interpretação desses exames pelos profissionais dos CSF que atuam no programa de prevenção do CCU.

A revalorização da Inspeção Visual (IV) como elemento fundamental no rastreio do CCU e suas lesões precursoras, assim como a IVA durante a consulta ginecológica de enfermagem, especialmente quando são realizadas por não especialista, como no caso do PSF, e a adoção de outros métodos complementares à CO para detecção de lesões cervicais, como a Cervicografia Digital (CD), podem melhorar substancialmente a qualidade e a sensibilidade do rastreio a nível da atenção primária à saúde.

No entanto, o conhecimento e aplicação desses métodos, apesar da efetividade e baixo custo, ainda é bastante restrita. Faz-se necessário então treinar cada vez mais profissionais de saúde para o reconhecimento das lesões precursoras e do CCU em seus estágios iniciais para encaminhamento, aprofundamento diagnóstico e tratamento médico, quando necessário.

É facilmente perceptível através da leitura dos registros da IVA, realizada após a CO, a utilização, por parte dos enfermeiros, de terminologias inadequadas, imprecisas, genéricas e de pouco ou nenhum significado clínico, o que resulta geralmente no encaminhamento desnecessário para o aprofundamento diagnóstico de mulheres sem essa indicação.

Essas conclusões, oriundas de experiência profissional e dos resultados das investigações as quais tem colaborado na última década têm suscitado, sistematicamente, questionamentos sobre os conhecimentos mínimos necessários para que o enfermeiro possa colaborar de forma efetiva na detecção precoce do CCU e de suas lesões precursoras através da IV, já que a CO isoladamente não tem se mostrado efetiva para essa finalidade. Diante dessa constatação, fica evidente a necessidade de avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros em uma região do

estado do Ceará onde a principal forma de acesso da população ao serviço público de saúde é a ESF.

Observa-se então que a relevância dessa investigação apóia-se na constatação de que são os enfermeiros responsáveis pela grande maioria dos exames preventivos realizados na atenção básica à saúde. Logo, é fundamental que detenham os conhecimentos científicos e as habilidades práticas indispensáveis para a identificação de mulheres que, por apresentarem alterações suspeitas na cérvix uterina, necessitam de encaminhamento para avaliação médica, independentemente do resultado da CO, quando na realidade apresenta elevado número de resultados falso negativo (FRANCO *et al.*, 2008) posto que a CO é um teste pouco sensível (Alves, Teixeira, Netto, 2002; Bomfim-Hyppolito, Franco, Franco, Albuquerque, Nunes, 2006; Stoler, Schiffman, 2001).

Diante das inquietações que a temática suscitou, fez-se mandatório identificar as práticas e saberes dos enfermeiros da atenção básica acerca da CO e IV e as lacunas na formação dos enfermeiros que atuam no PSF que possam interferir negativamente na execução e interpretação dos testes coadjuvantes à CO e na sensibilidade do rastreio do CCU e suas lesões precursoras.

As atividades dos enfermeiros e dos demais profissionais das equipes de saúde da família são definidas na ESF, um dos programas que compõem a Assistência Básica a Saúde (ABS) definidos e normatizados pelo Ministério da Saúde do Brasil sob as diretrizes do SUS, em que a universalidade, equidade e o acesso aos serviços de saúde devem ser comuns a todos os municípios.

O Governo do Ceará dividiu o estado em oito macrorregiões de desenvolvimento e em vinte regiões administrativas. Existem ainda duas regiões metropolitanas no estado: a Região Metropolitana do Cariri (RMC) e a de Fortaleza (RMF). A primeira foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 78, sancionada pelo governador Cid Gomes em 29 de junho de 2009 e é formada por nove municípios do sul cearense: Barbalha, Cariri, Crato, Farias Brito, Jardim, Juazeiro do Norte, Missão Velha e Santana do Cariri. Já a RMF, onde se localiza a capital, foi criada pela Lei Complementar Federal nº 14, de 8 de junho de 1973, que instituía, também, outras regiões metropolitanas no país; inicialmente, a região metropolitana era formada por apenas cinco municípios: Fortaleza, Caucaia, Maranguape, Pacatuba e Aquiraz, sendo, posteriormente, adicionado os municípios de Maracanaú (1983);

Eusébio (1987); Itaitinga e Guaiuba (1992); Chorozinho, Pacajus, Horizonte e São Gonçalo do Amarante (1992) e Pindoretama e Cascavel (2009) (CEARÁ, 2009).

Dentro dessa perspectiva, e por ser parte de uma equipe de profissionais de saúde que ministra treinamentos em saúde sexual e reprodutiva, identificamos que em Juazeiro do Norte, na Região do Cariri, uma oportunidade ímpar de investigar as práticas e saberes dos enfermeiros da atenção básica acerca da colpocitologia oncótica e inspeção visual nessa importante região do sertão cearense, que se destaca nos aspectos econômicos, socioculturais, religiosos e populacionais.

Diante deste contexto justifica-se o estudo pela necessidade premente de avaliar se as práticas e saberes dos enfermeiros da atenção na CO e IV contemplam os elementos teóricos e práticos indispensáveis para a identificação de lesões precursoras do CCU, permitindo o encaminhamento às mulheres que necessitam de aprofundamento diagnóstico, mesmo diante de um resultado citológico falso negativo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar as práticas e saberes dos enfermeiros da atenção básica acerca da colpocitologia oncótica e inspeção visual.

2.2 Objetivos específicos

Verificar a reação dos enfermeiros em participar de um treinamento e/ou formação complementar sobre propedêutica do Câncer do Colo Uterino;

Verificar a habilidade dos enfermeiros em reconhecer achados clínicos, normais e suspeitos, durante a Inspeção Visual com e sem o ácido acético;

Avaliar a habilidade dos enfermeiros em reconhecer achados clínicos, normais e suspeitos, por meio do teste de Schiller.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História natural e epidemiologia do câncer do colo do útero

O CCU é uma afecção lenta e progressiva que se inicia com transformações do epitélio cervical normal que podem evoluir para um processo invasor em um período de 10 a 20 anos, porém passivo de prevenção e que, quando detectado precocemente, pode ser curado, praticamente, em 100% dos casos. Contudo, continua sendo a segunda causa de morte por câncer no sexo feminino no Brasil. Isto se atribui à baixa cobertura das mulheres brasileiras pelo exame citopatológico, ficando, assim, à margem das ações de prevenção e detecção (OLIVEIRA; SOARES, 2007; CANIDO *et al.*, 2007; INCA, 2008).

É o único câncer do trato genital feminino que pode ser rastreado de forma efetiva e com baixo custo, que permite a detecção e o tratamento de lesões precursoras, técnica favorecida por ser a cérvix uterina de fácil acesso ao exame citopatológico. A faixa etária de maior incidência do carcinoma invasor está entre 48 e 55 anos, o carcinoma *in situ* entre 25 e 45 anos e somente 10% das mulheres com câncer invasor têm menos de 35 anos (MARTINEZ; RIOS; ELIZONDO, 1997; CANIDO *et al.*, 2007).

Conhecer a história natural do CCU e os fatores de risco associados à infecção por HPV, as estratégias de prevenção, os métodos de detecção e os tratamentos é imprescindível para proceder a análise e traçar estratégias de intervenção que possam levar à redução da morbidade e mortalidade por essa patologia (ALEIXO NETO, 1991; ELUF-NETO *et al.*, 1994; HO *et al.*, 1998; WEAVER, 2006).

A infecção pelo HPV é descrita por diversos autores como o mais importante agente causal do CCU, sendo a transmissão sexual a principal forma de aquisição desse vírus (WHO, 2007; SCHILLER; FRAZER; LOWY, 2008).

Fatores como o início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, parceiro com múltiplos parceiros, imunossupressão, multiparidade, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos hormonais, co-infecção por agentes infecciosos como o vírus do herpes e a *Chlamydia trachomatis* são amplamente associados ao risco da infecção (ALEIXO NETO, 1991; ELUF-NETO *et al.*, 1994; CASTELLSAGUÉ; MUNOZ, 2003; BOSH; SANJOSÉ, 2003; WEAVER, 2006; WHO, 2007; SILVEIRA, 2008).

No estudo multicêntrico denominado *Latin America Screening*, onde a população era composta por mulheres submetidas ao rastreamento para o CCU pelo SUS nas cidades de São Paulo, Campinas e Porto Alegre, foi observado que 20% da população estudada teve a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade (ROTELI-MARTINS *et al.*, 2007).

O HPV é representado por dezenas de genótipos, alguns deles, diretamente associados ao desenvolvimento do CCU. Os genótipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 e 58 são os de maior frequência e risco, estando presentes e envolvidos em cerca de 90% dos casos de CCU (WHO, 2007; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007). No Brasil os genótipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 e 58 estão frequentemente mais associados aos casos de câncer cervical invasivo (ELUF-NETO *et al.*, 1994).

A identificação da presença dos genótipos específicos de HPV no CCU, em seu estágio invasor e/ou suas lesões precursoras, determinou a classificação desse vírus de acordo com seu potencial oncogênico, sendo descrito como de baixo ou alto risco.

O HPV é icosaédrico não envelopado e apresenta um genoma de DNA circular de fita dupla com seis a oito genes, sendo as proteínas E6 e E7, presentes no vírus, diretamente relacionadas à replicação, à transformação celular e à propriedade oncogênica do vírus (SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005; SCHILLER; FRAZER; LOWY, 2008).

A evolução da lesão inicial, causada pelo HPV, se dá de maneira progressiva e, se não tratada atempadamente, evolui para o câncer invasivo cervical escamoso (RAFLE, 2007; CANADÁ, 2007; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007). Apenas uma pequena parte das infecções pelo HPV evolui para o CCU, sendo que cerca de 80% ou mais dos casos são assintomáticos e regride espontaneamente, o que permite a classificação dessas infecções como autoresolutivas. No entanto, nos casos onde há progressão da infecção, decorre cerca de 10 a 15 anos para que se

caracterize como câncer (SNIJDERS *et al.*, 2006; RAFLE, 2007; CANADÁ, 2007). Observa-se, no entanto, que esse espaço de tempo pode variar devido à coexistência de inúmeros fatores (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007) não sendo incomum em nossa prática, em unidades básicas de saúde, identificarmos em mulheres jovens, que relatam o início das atividades sexuais há seis anos ou menos, Neoplasia Intra-Epitelial Cervical (NIC) de grau II, III ou mesmo carcinoma *in situ*.

Assim, as observações da prática diária, levam ao questionamento importante, do ponto de vista da evolução da doença, sobre a pertinência do espaçamento de tempo, preconizado pelo MS, entre as coletas citológicas, já que as infecções persistentes poderão evoluir para lesões pré-malignas e o CCU (WHO, 2007; SCHILLER; FRAZER; LOWY, 2008).

De acordo com estimativa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre incidência do CCU, observou-se que as maiores incidências são encontradas na África Subsaariana, América Latina e Caribe, centro sul e sudeste Asiático (WHO, 2007).

Informações disponibilizadas pelo INCA sobre as estimativas de casos novos no Brasil revelam que a incidência média nos estados brasileiros de CCU para o ano de 2008 foi de 19,2 por 100.000 habitantes, sendo o 2º tipo de câncer mais incidente no Brasil, superado apenas pelo câncer de mama. Observada a distribuição por regiões, a maior incidência de câncer foi observada na região Sul (24,4 por 100.000), seguida do Norte do país (22,2 por 100.000), onde o CCU é o mais incidente (INCA, 2009).

Nas regiões Centro-Oeste (19,4 por 100.000) e Nordeste (17,2 por 100.000) o CCU também foi o segundo mais incidente. A região com menor incidência foi a Sudeste (17,8 por 100.000). Para o ano de 2010 as taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por CCU, segundo localização primária, são 18,47 e 18.430 casos. No tocante ao Estado do Ceará a taxa bruta é de 19,38 com 860 casos para cada 100 mil mulheres. Para a cidade de Fortaleza a expectativa é de 260 novos casos, com taxa bruta de 19,84% (INCA, 2009).

3.2 Modelo de prevenção adotado no Brasil

A partir da implementação do SUS, que contempla uma forte vertente de controle e participação social, e da disponibilidade crescente de acesso às informações proporcionadas pela socialização de conteúdos através das novas mídias de comunicação e especialmente através do acesso à internet com suas vastas e complexas redes sociais, pode-se perceber na população uma justa e crescente reivindicação por melhoria na qualidade dos serviços de saúde que lhes é ofertado pelo Estado, seja em nível da atenção básica à saúde ou na assistência especializada no nível secundário e terciário.

Ainda nessa vertente, obedecendo a diversos critérios de economicidade, qualidade e cumprimento da legislação, gestores públicos de todas as esferas são compelidos a realizar obras e prestar serviços sempre com a melhor qualidade e menor preço possível. Na saúde esses critérios tornam-se especialmente relevantes pela premência da atuação das esferas governamentais nas questões de saúde-doença que compreendem a promoção e prevenção da saúde, o tratamento e reabilitação das pessoas e/ou populações expostas ou acometidas pelos diversos agravos de saúde, quando for o caso.

Mas para implantar e manter serviços de saúde de qualidade para a população assistida pelo SUS é necessário, além de orçamento e planejamento adequados, uma política de avaliação constante, tanto dos serviços já implantados como nas novas técnicas e tecnologias propostas, sendo fundamental a análise dos aspectos técnicos, éticos e custo-efetividade.

Nesse sentido o Ministério das Ciências, Tecnologia e Inovação (MCTI) em parceria com o MS tem buscado através de diversas iniciativas, onde se destacam as linhas de ações prioritárias, fomentar a criação e aperfeiçoamento de produtos e processos em áreas estratégicas com os objetivos de incrementar, tornar mais competitiva e expandir a indústria nacional, e propiciar o crescimento econômico e a criação de novos postos de trabalho.

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do CCU é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como exame Preventivo do CCU, CO, Exame de Papanicolaou. A efetividade da detecção

precoce associado ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (INCA, 2006, 2008).

Conforme comprovado por estudos, 10% a 40% das mulheres sexualmente ativas, principalmente as mais jovens, são infectadas por um ou mais tipos de HPV, principal causa desse tipo de câncer, embora a maioria das infecções seja transitória (GROSS; BARRASSO, 1999; INCA, 2011).

Observada a tendência de antecipação da iniciação sexual exige dos responsáveis pelas diretrizes nacionais para redução da mortalidade pelo CCU, pois a imaturidade dos tecidos genitais é fator predisponente para o HPV e, conseqüentemente, para o câncer de colo uterino (CONTI; BORTOLIN; KÜLKAMP, 2006).

Neste cenário o enfermeiro tem papel importante, pois atua diretamente na promoção da saúde sexual e reprodutiva em consonância com as políticas públicas de saúde que prevêm as consultas de enfermagem na prevenção do câncer ginecológico, Doença Sexualmente Transmissível (DST), planejamento familiar dentre outras ações do setor saúde.

Um aspecto fundamental que pode comprometer a sua especificidade e sensibilidade nos programas de rastreamento utilizando apenas a CO e à vulnerabilidade a erros na coleta do exame, na preparação da lâmina, na subjetividade na interpretação dos achados e dos resultados (GIRIANELLI *et al.*, 2004; FLETCHER: FLETCHER, 2006).

Em nossas observações, no entanto, falhas na execução técnica e interpretação de exames complementares à CO, facilmente observáveis na utilização da IV, IVA e do teste de Schiller, podem ser apontadas como possíveis causas do diagnóstico tardio em muitos casos, já que o reconhecimento e identificação correta de lesões precursoras do CCU justificam plenamente o aprofundamento diagnóstico, mesmo na presença de um resultado citológico negativo para células neoplásicas.

É fundamental que os profissionais que atuam na prevenção do CCU estejam cientes que a sensibilidade e a especificidade são propriedades exclusivas

do teste e que, sua variação, pode ter como causa mudanças indevidas na técnica ou por erros na sua aplicação (PINHO; MATTOS, 2002).

É evidente que além dos fatores relativos à execução técnica dos procedimentos e da capacitação profissional insuficiente, outros fatores de ordem estrutural, de planejamento e logística interferem significativamente para o sucesso apenas parcial do programa de rastreamento do CCU no Brasil.

Aspectos relacionados à oferta, acesso aos exames complementares, seguimento e ao tratamento são de grande relevância para programa de rastreamento de sucesso, bem como fatores de ordem cultural, demográfica, econômica e social (NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006; SILVEIRA, 2008).

Como a efetividade do rastreio do CCU tem os condicionantes da regularidade no acompanhamento das mulheres e a amplitude da cobertura, fica fácil compreender o porquê da baixa efetividade do programa adotado no Brasil.

3.3 Morfologia e aspectos citológicos da cérvix uterina

Para que o enfermeiro possa contribuir de forma eficiente e eficaz no programa de rastreamento do CCU é necessário que detenha uma série de saberes e informações que vão muito além do aspecto meramente mecânico e repetitivo da coleta citológica, pois na maioria das vezes, especialmente quando o resultado da CO não apresenta alterações neoplásicas malignas, seja esse um resultado falso-negativo ou não, serão seus olhos os únicos a visualizar o colo da mulher que se submete ao rastreamento.

É indispensável que o enfermeiro que trabalha em programas de prevenção do CCU tenha a capacidade de identificar e diferenciar aspectos normais e anormais de todas as estruturas anatômicas que compõem a genitália feminina, além da vagina e do colo do útero, já que a prevenção do câncer genital não se restringe somente a cérvix uterina.

Didaticamente a ectocérvix pode ser entendida como a superfície vaginal da cérvix que tem como limites distais o orifício externo e o fórnice vaginal e a endocérvix, ou canal cervical, é a porção que se estende do orifício externo à

junção de seu epitélio com o endométrio (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Durante o exame especular a visão que se pode obter do colo uterino contempla os lábios cervicais, anterior e posterior, e pela retração mecânica feita pelo espéculo, uma porção proximal do canal endocervical. Essa visão permite localizar, não com precisão absoluta, a Junção Escamo-Colunar (JEC) que está sempre localizada um pouco mais cranialmente do que o estimado. A JEC original é, por assim dizer, uma linha limite entre os epitélios escamoso e colunar, e é o ponto mais externo no qual o epitélio colunar se estende (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

O ectrópium ou ectopia também pode ser observado em algumas situações durante o exame especular e pode ser definido como um processo mecânico no qual os tecidos epiteliais da porção inferior do canal endocervical se tornam parte do epitélio que recobre a ectocérvice, deslocando então a JEC original caudalmente, sem nenhum significado clínico já que é meramente a consequência visual da dilatação do orifício cervical. Essa situação, também denominada como eversão aparente, como mencionada anteriormente, ou real, ocorre especialmente durante o período gestacional.

O epitélio colunar cervical é um epitélio de monocamada, que contém fendas ou glândulas, produz muco e é facilmente identificado pelos vilos ou projeções de superfície característicos (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

O epitélio metaplásico é um epitélio escamoso e pluripavimentoso com capacidade de produzir queratina. O processo de metaplasia em seu início é denominado de imaturo e é composto por uma única camada de células, mas evolui para a forma multipavimentada, caracterizada pela alta densidade celular e citoplasma escasso. A metaplasia imatura pode ser facilmente confundida com carcinoma *in situ* indiferenciado, especialmente pela ausência de diferenciação da sua espessura total. Ainda é possível que essas áreas não madurem completamente com células metaplásicas normais faltando glicogênio, sendo que a metaplasia imatura pode, por esses motivos, mimetizar uma neoplasia intra-epitelial de alto grau (GROSS; BARRASSO, 1999; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Esse processo, denominado metaplasia interrompida, de origem biológica sofre, por razões ainda desconhecidas, uma parada brusca na maturação e

representa uma das mais importantes fontes de confusão no diagnóstico de lesões cervicais associadas ao HPV (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

A extensão do epitélio colunar sobre a ectocérvice é variável e dependente de diversos fatores, podendo ser descrita, nessas circunstâncias como ectopia colunar. Como as linguetas do epitélio metaplásico podem ser indetectáveis é possível afirmar que a JEC verdadeira não está onde as últimas células escamosas são detectadas e sim onde as primeiras células colunares podem ser vistas (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Quase sempre o epitélio colunar é substituído por epitélio metaplásico fazendo com que a JEC original transforme-se em uma espécie de junção escamo-escamoso que não é facilmente detectável porque o epitélio escamoso neoformado é idêntico ao epitélio nativo, sendo possível detectá-lo apenas quando o processo metaplásico não foi completamente finalizado. Existem diferenças perceptíveis na localização da nova JEC que, em mulheres jovens encontra-se com maior frequência entre os epitélios metaplásico e colunar, sendo que após a menopausa pode ser observado entre o epitélio maduro escamoso e o epitélio colunar (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

3.4 Propedêuticas do câncer do colo do útero

O rastreio do CCU e de suas lesões precursoras pode ser feito com a utilização de diversas técnicas e tecnologias, de forma isolada ou associada. Algumas dessas metodologias, como por exemplo, a CO está sendo utilizada a mais de meio século e representou um avanço importantíssimo na prevenção dessa patologia tão grave e prevalente.

Ainda hoje a CO é o método mais empregado para o rastreamento do CCU e faz parte do arsenal propedêutico da grande maioria dos programas institucionais, em praticamente todos os países. No entanto, com o decorrer dos anos, vários estudos vêm demonstrando importantes limitações inerentes a esse

método, que pode ser influenciado por muitos vieses, desde o momento da coleta até a leitura dos achados citológicos.

A baixa sensibilidade desse método (FRANCO *et al.*, 2008), apesar de sua alta especificidade, tem revelado a necessidade premente da utilização de métodos complementares e coadjuvantes e que apresentem maior sensibilidade.

Cada vez mais pesquisadores avaliam o custo benefício das novas técnicas e tecnologias disponíveis atualmente para que efetivamente se possa obter maior eficácia e eficiência a custo compatível com a disponibilidade financeira dos programas de saúde.

Algumas técnicas como a citologia em meio líquido, captura híbrida, colposcopia, Cervicografia Digital (CD) e IVA, entre outras, têm sido exaustivamente avaliadas, e assim como a CO, não há comprovação de que apenas um método seja suficiente para que se alcance, com relativa sensibilidade, facilidade de execução, especificidade e custo, um resultado que permita mudança significativa dos indicadores epidemiológicos do CCU.

Alguma dessas técnicas, entre outras, têm se mostrado inadequadas à incorporação pelo SUS devido aos altos custos, efetividade não comprovada e/ou a dificuldades técnicas inerentes à sua realização.

Tecnologias alternativas para o rastreamento do CCU e suas lesões precursoras devem ser encorajadas. É evidente a urgência de testes simples e de baixo custo para o rastreamento de lesões precursoras do CCU, no entanto a incorporação de novas tecnologias sempre acarreta muito tempo e perseverança, o que não deve ser visto como fator impeditivo.

3.4.1 Colpocitologia oncótica

No Brasil, a CO é a estratégia de rastreamento recomendada pelo MS prioritariamente para mulheres de 25 a 64 anos. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer o número de casos novos de CCU esperado para o Brasil no ano de 2012 será de 17.540, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011).

O objetivo dessa estratégia é detectar o mais precocemente possível lesões precursoras do CCU a fim de promover tratamento o mais rápido e efetivamente possível para que a doença não progrida ao estágio invasor, de modo que as chances de cura se reduzam.

A coleta citológica deve ser precedida pela história clínica e anamnese com especial atenção aos antecedentes sexuais e obstétricos. Importa conhecer os fatores de risco aos quais a paciente esteve ou está exposta para que se possa proceder de forma assertiva e direcionada à educação em saúde. O exame físico completo, de orientação céfalo-podal é indispensável.

Vale a pena ressaltar que o exame preventivo não deve ser restrito ao colo de útero devendo ser cuidadosamente inspecionadas todas as estruturas genitais, perineais e perianais, já que vários subtipos do HPV infectam com elevada frequência essas regiões anatômicas.

Os espécimes celulares colhidos para o exame de CO são obtidos, sem limpeza prévia do colo uterino, através do raspado da ectocérvice, endocérvice e fundo de saco durante o exame especular, sendo indispensável, portanto, a visualização do colo uterino.

Recomenda-se que a mulher seja orientada previamente a não fazer uso de creme ou duchas vaginais e se abster de relações sexuais com penetração nos dois dias que antecedem ao exame.

Células da ectocérvice são obtidas através da rotação de uma espátula de madeira denominada espátula de Ayre, as células do canal cervical são removidas com uma escova endocervical que também deve ser rotacionada nessa área. Ambos os materiais devem ser dispostos sob a forma de esfregaço em uma lâmina de uso laboratorial com ponta fosca onde devem constar os dados relativos à paciente, ao local de coleta e a data do exame.

A lâmina com o esfregaço celular deve ser o mais rapidamente possível submetida a fixação através da utilização de álcool ou spray fixador celular e acondicionada em tubo plástico para transporte. Quando se utiliza o spray fixador celular também é possível o acondicionamento da lâmina em caixas de papelão apropriadas. Enviadas ao laboratório as lâminas são coradas, na maioria das vezes, de forma automatizada.

Devido às características próprias do exame, acrescida à baixa sensibilidade que lhe é peculiar, a presença de conteúdo vaginal abundante, oriundo

dos processos infecciosos pode atrapalhar significativamente a precisão da leitura citológica. A coleta citológica, portanto, deverá, sempre que possível, ser feita após o adequado tratamento dos processos infecciosos do trato vaginal inferior, já que a presença de colpites e da leucorreia pode, como já mencionado, provocar erros de interpretação da citopatologia. Ainda assim, recomenda-se que mulheres com história de doenças sexualmente transmissíveis sejam submetidas com maior frequência ao exame, principalmente se tiverem história pregressa de infecção pelo HPV (INCA, 2002, 2006, 2008).

Muito embora a presença repetitiva e persistente das vulvovaginites e cervicites possa contribuir para o desenvolvimento de patologias malignas não se justifica a coleta citológica durante o processo agudo infeccioso que geralmente tem como causa agentes como a *Candida sp*, a *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus sp*, *Bacterioides sp*, *Mycoplasma hominis*, *Peptostreptococcus* e outras bactérias anaeróbias. É importante ainda lembrar que o *Trichomonas vaginalis* e *Papillomavírus* Humano são agentes mutagênicos que propiciam o aparecimento de células metaplásicas atípicas (STINGHEN; NASCIMENTO; LEONART, 2004; OLIVEIRA; SOARES, 2007; SILVEIRA, 2008).

Importa também ressaltar que o relato clínico preciso e esclarecedor decorrente da IV e dos testes coadjuvantes precisam ser de conhecimento do citologista que interpreta a amostra de células das camadas superiores do epitélio coletadas, e que a predição de lesão histológica está baseada no tipo e na quantidade de células atípicas detectadas na amostra (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Por outro lado, a utilização exclusiva da CO como único método de triagem, mesmo reconhecendo-se a baixa sensibilidade que o teste pode apresentar, torna bastante evidente a necessidade de adoção de medidas que venham minimizar as falhas já esperadas, relativas ao grande número de resultados falso-negativos (HYPPÓLITO, 2002; FRANCO *et al.*, 2008).

Nessas amostras a presença de células atípicas superficiais e intermediárias revela que existe esfoliação da lesão na qual a diferenciação está preservada, enquanto a presença de células basais atípicas aponta para uma diferenciação desordenada (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

É claro que a CO não dispensa a utilização de um método diagnóstico, já que é um sistema de predição do status histológico do epitélio, em um momento específico, sob certas condições, coletadas por um determinado profissional, usando uma determinada técnica e interpretada por um patologista específico, não podendo prever com acurácia histológica, mas sugerir a presença de uma lesão dentro de um determinado espectro (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Sabe-se inclusive que a distinção interobservador e até mesmo intra-observador é altamente subjetiva, como vários estudos têm demonstrado, ainda assim, a presença de células discarióticas requer, sempre, o aprofundamento diagnóstico. Células escamosas atípicas de significado indeterminado requerem, no mínimo, repetição da coleta de espécime citológico, segundo recomendações que incluem um intervalo de tempo em torno de seis meses.

3.4.2 Inspeção visual com ácido acético

A técnica foi descrita primeiramente por Ottaviano e La Torre (1982) que demonstraram que após a aplicação do ácido acético, os colos uterinos com lesões acetobranças, poderiam ser observados mesmo sem nenhum instrumento de ampliação e poderiam representar as cérvices uterinas de risco para o CCU.

O teste consiste em aplicar generosamente sobre a cérvix uterina, com a utilização de uma bola ou chumaço de algodão, ácido acético em uma concentração de 5%. Após a aplicação aguarda-se durante o período de três minutos por reações teciduais que se caracterizam pelo branqueamento do epitélio em algumas condições, entre elas a presença da infecção pelo HPV. Durante esse período a solução pode ser aplicada mais de uma vez.

A hipótese mais aceita para esse fenômeno é que o ácido acético induz uma coagulação reversível de certas proteínas epiteliais estromais do epitélio do colo uterino. A aplicação do ácido acético a 5% ao colo modifica a cor e proporciona o estudo de configuração de superfície. Após a aplicação do ácido acético, as infecções subclínicas revelam-se como áreas de cor branca, às vezes descritas como brilhante, de contornos irregulares e bordas evidentes, no entanto é esperado

que o espessamento do epitélio, ao contrário, resulte em áreas mais opacas. A infecção pelo HPV exerce efeito característico na orientação dos filamentos de queratina na camada superficial do epitélio escamoso. Com aplicação do ácido acético a 5%, estas áreas adquirem gradualmente uma tonalidade branca e brilhante (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007; FRANCO *et al.*, 2008).

Um epitélio com densidade celular e nuclear aumentada produz uma aparência de opacidade e palidez. Esta alteração é característica encontrada frequentemente na neoplasia intra-epitelial e invasiva. Quando a solução de ácido acético a 5% é aplicada, o epitélio atípico apresenta-se como uma área delimitada de coloração brancacenta (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; FRANCO *et al.*, 2008).

É preciso, no entanto, levar-se em consideração que a opacidade, ou o branqueamento mais tênue pode ser observada nas metaplasias imatura ou interrompida. Essas aparentes alterações se justificam porque esses processos metaplásicos apresentam vários graus de densidade celular e nuclear, sendo que muitas vezes capilares intra-epiteliais apresentam-se como um pontilhado ou mosaico (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006).

As lesões planas, em vários estudos, foram as únicas associadas à Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) III. Por vezes, as lesões subclínicas da cérvix são difíceis de diferenciar da NIC, sendo necessária a realização de biópsia para o estudo histopatológico. As áreas acetobranças, embora, muitas vezes, descritas como brilhantes, apresentam opacidade devida (também) ao espessamento do epitélio, que acaba absorvendo mais luz do que as áreas sem lesões, as quais são perfeitamente distintas das áreas de reflexão do clarão do flash na superfície do colo uterino (LINHARES, 1994; JACYNTHO; ALMEIDA FILHO; MALDONADO, 1994; GROSS; BARRASSO, 1999; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007; FRANCO *et al.*, 2008).

As alterações da configuração da superfície afetam também o epitélio colunar. O edema provocado pelo ácido acético nas papilas colunares tornam-nas pálidas. Este epitélio colunar regular de camada única produz um contorno de superfície que resulta em uma aparência que lembra, frequentemente, cachos de uva (GROSS; BARRASSO, 1999; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

As diferenças que se pode observar na configuração de superfície durante a IVA podem orientar para o encaminhamento da paciente para aprofundamento diagnóstico em várias situações, mesmo quando o resultado da citologia é negativo para células neoplásicas. Entretanto, a falta de experiência do examinador pode levar ao encaminhamento desnecessário de um grande número de mulheres, o que reforça ainda mais a necessidade de conhecimentos mais aprofundados sobre a morfologia da cérvix uterina e suas alterações por parte do enfermeiro.

A distinção entre tecidos escamosos e colunares durante a IVA é a base para um teste bem feito, assim como a identificação do limite entre os dois epitélios, que é chamada de JEC. Esta linha é facilmente percebida, especialmente se o observador dispõe de instrumento de magnificação da imagem.

É preciso reconhecer que durante o decorrer do processo metaplásico o limite entre a última célula colunar e a primeira célula escamosa pode não ser detectável por causa do processo de diferenciação e maturação do epitélio escamoso recém-formado (GROSS; BARRASSO, 1999; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

O processo metaplásico é considerado um evento normal, fisiológico, e pode ocorrer em qualquer período da vida da mulher, sendo mais comum no período fetal, após a puberdade e durante a gestação. Após mudanças no pH vaginal e o começo da vida sexual na puberdade, o epitélio colunar não apresenta as condições necessárias para proteger a cérvix. Assim, este epitélio, em decorrência da metaplasia tende a ser substituído por um epitélio escamoso pluriestratificado, mais adequado às condições encontradas na vagina (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

O limite caudal do epitélio metaplásico ou a JEC original, é frequentemente encontrado, durante o processo metaplásico, após o teste de Schiller, porém pode tornar-se menos distinguível quando o tecido recém-formado torna-se completamente maduro (MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

A Zona de Transformação (ZT), composta por uma porção variável de ectocérvice, a qual tem um epitélio que recobre e passa por uma transformação de epitélio colunar para escamoso durante a vida da mulher. A borda entre o epitélio

nativo e o epitélio escamoso recém-formado da ZT é a JEC e essa não se moverá jamais (GROSS; BARRASSO, 1999).

Como se pode concluir, a simplificação do teste da IVA sem os conhecimentos indispensáveis sobre a morfologia e os aspectos normais e patológicos da cérvix uterina e sem a utilização de nenhum equipamento de magnificação pode representar, muitas vezes, um risco para a paciente e para o examinador já que apenas 10% desse tipo de lesão é perceptível à vista desarmada.

A fim de evitar referências dispensáveis ao exame colposcópico e à biópsia dirigida, inviabilizando, ainda mais, os sistemas de referência públicos para atendimento ao elevado número de mulheres, é que propõe-se, além da revalorização da IV, a adoção de testes auxiliares. Entre estes, sobressaem-se a CD para o registro de lesões suspeitas do colo uterino, disponibilizando informações importantes para a elucidação diagnóstica que podem ser vistas a qualquer hora e com grande poder de ampliação.

3.4.3 Teste de Schiller

O teste de Schiller tem como base as diferenças de coloração que podem ser observadas no colo uterino após a aplicação da solução de Schiller. É um teste que juntamente com outras soluções isotônicas é indispensável para o exame colposcópico, onde se pretende delimitar áreas suspeitas para biópsia ou tratamento (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003; KOSS; GOMPEL, 2006).

Devido ao seu conteúdo glicogênico, o epitélio escamoso totalmente diferenciado cora-se profundamente com iodo, e é geralmente designado pelo observador como iodo-positivo, no entanto, após o início do climatério e especialmente em mulheres pós-menopausa, a atrofia tecidual característica do fim do período reprodutivo da mulher, ocasionado pela falência ovariana, esperada para essa fase da vida, é caracterizada pela redução do conteúdo glicogênico. Nessa e também em algumas outras condições inerentes à normalidade da cérvix, após a aplicação da solução de Schiller, o colo uterino adquirirá uma coloração amarelo-amarronzado e não homogênea.

Também o epitélio colunar tem aspecto rosado, mesmo na presença da solução de Schiller, enquanto o epitélio escamoso adquire coloração amarelo-pálida. Mesmo com essas características colorimétricas marcantes, nem sempre essa diferença é suficiente para identificar com segurança a JEC, o que é facilmente perceptível após a aplicação do ácido acético a 5% (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Aspectos só perceptíveis sob magnificação da imagem não são identificados por observador menos treinado, ainda mais sem nenhum instrumento de ampliação, para o qual facilmente passará despercebido que a metaplasia normal geralmente mostra uma borda periférica mal definida com epitélio escamoso normal, as lesões intra-epiteliais apresentando uma borda bem definida e elevada, e a metaplasia interrompida produz uma borda externa bem delimitada e completamente plana (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Até mesmo a diferença entre uma lesão intraepitelial de baixo grau e a metaplasia pode ser difícil, mesmo para um médico experiente, durante o rastreamento colposcópico devido altas taxas de situações limítrofes. A não diferenciação destas características pode levar a realização de biópsias desnecessárias (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

O teste de Schiller é utilizado rotineiramente nas unidades de assistência básica à saúde como método de rastreio para o CCU e suas lesões precursoras, no entanto, sua interpretação incorreta, decorrente da simplificação que lhe foi atribuída e da utilização indevida de outras soluções para o exame, é provavelmente uma das causas mais frequentes de encaminhamento indevido de mulheres para o aprofundamento diagnóstico. Mesmo em países desenvolvidos a falta de especificidade do teste de Schiller tem sido a principal causa para a redução crescente de sua utilização nos países de língua inglesa, onde sua utilização é restrita ao momento do tratamento, somente a fim de melhorar a definição das áreas lesionais (KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

O encaminhamento indevido de mulheres que não necessitam de exames complementares após a consulta de enfermagem em prevenção do CCU, antes de representar um excesso de zelo, acarreta o desperdício dos meios diagnósticos indispensáveis para mulheres que realmente apresentam lesões suspeitas na cérvix uterina, e sempre acarreta algum descrédito à competência profissional.

3.4.4 Cervicografia digital

A CD é uma adaptação da técnica fotográfica que utiliza a fotografia digital e registra com fidelidade os achados da IV.

O valor da CD no reconhecimento de áreas acetobranças positivas já foi comprovado no desenvolvimento do estudo para determinar a sensibilidade e especificidade do teste de IVA na detecção de lesões do colo uterino (HYPPÓLITO, 2002; FRANCO *et al.*, 2005; FRANCO *et al.*, 2008).

Segundo confirmado, o acréscimo da cervicografia após o pincelamento da cérvix com solução de ácido acético a 5% aumenta em quatro vezes a eficiência do rastreamento de neoplasias intra-epiteliais cervicais feitas por meio da CO (FRISCH *et al.*, 1990; SCHNEIDER *et al.*, 1999; FRANCO *et al.*, 2008). Estudo realizado em Fortaleza com 1.286 mulheres demonstrou que a CD uterina, classificada a partir de critérios objetivos de positividade, pode aumentar em 4,5 vezes a eficiência do rastreamento de lesões precursoras e do CCU se comparado a CO como teste único para o rastreio (FRANCO *et al.*, 2005).

A cervicografia convencional, e mais recentemente na sua variável digital, tem sido também avaliada por diversos pesquisadores, a mais de uma década, e proposta como método alternativo para identificação de lesões precursoras e do CCU, mas geralmente em nível de atenção secundária (COSTA *et al.*, 2000; FERRIS; SCHIFFMAN; LITAKER, 2001; HAUSEN *et al.*, 2002; FRANCO *et al.*, 2008).

Constitui-se numa técnica de alto valor da relação custo-benefício, pois pode ser realizada com equipamento fotográfico digital de uso amador e prescinde do uso de películas fotográficas e custos com revelação.

A CD é um conjunto dos procedimentos iniciados na IV com e sem a aplicação do ácido acético a 5% e, concluído com sua classificação, após a

observação e análise dos cervicogramas, de forma ampliada, na tela do monitor do computador ou através de projeção.

Essa técnica de macrofotografia, a qual tem se utilizado na atenção básica nos últimos anos, possibilita ampliação do assunto muitas vezes em relação ao tamanho natural (FRANCO *et al.*, 2008). Mesmo assim, para identificar os elementos determinantes da interpretação e classificação da CD como método de triagem em nível primário, é necessário treinamento prévio, pois a experiência visual depende não só do que se olha, como também do que se pretende identificar e da experiência prévia em fazê-lo.

As alterações morfológicas observáveis podem se apresentar em três formas básicas: Alto relevo, denominadas de projeções positivas, baixo relevo, denominadas projeções negativas, e alterações de superfície, denominadas de “plano zero” (FRANCO *et al.*, 2008).

As estruturas em alto relevo ou de Projeção Positiva (PP) são aquelas divergentes dos aspectos da normalidade que se projetam acima da superfície do colo uterino, fundo de saco de Douglas e paredes vaginais.

Essas projeções podem se apresentar nas formas papilares, pedunculadas, nodulares, císticas, espiculadas, domo, platô, ou como massa disforme; podem ainda ser únicas e isoladas, múltiplas, mistas ou coalescentes, firmes ou descamativas, secas ou úmidas. Não constitui, porém, função do cervicografista a interpretação diagnóstica, mas a descrição macroscópica da estrutura observada.

As estruturas em baixo relevo, ou de Projeção Negativa (PN), são todas as alterações divergentes do padrão de normalidade, que se projetem abaixo da superfície do epitélio que reveste o colo uterino, o fundo de saco e as paredes vaginais. Essas estruturas podem ser compreendidas como depressões, úlceras, erosões, fístulas ou solução de continuidade. Podem apresentar-se como superficiais, pouco ou muito profundas; com formato regular ou irregular. O fundo dessas lesões pode apresentar-se limpo, purulento ou sangrante; elas podem ser únicas, múltiplas, mistas ou coalescentes.

As alterações de superfície, ou de “plano zero”, sem PP ou PN, onde não são observáveis grandes alterações morfológicas na textura da mucosa, são, quase invariavelmente, de caráter colorimétrico e/ou vascular.

As diferenças na cor da cérvix são frequentemente atribuídas ao número de camadas epiteliais, densidade celular, diferenciação celular, produção de queratina e vascularização do estroma. O epitélio escamoso original possui aparência rosada característica, e a cor da ZT típica tem sido descrita como levemente mais escura que a cor do epitélio nativo. A hiperemia explica a cor vermelha da cérvix durante processos inflamatórios (GROSS; BARRASSO, 1999; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Na CD, as características ou aspectos colorimétricos são observáveis em três momentos distintos, a saber: após a retirada das secreções vaginais com auxílio de gaze seca ou umedecida em solução de cloreto de sódio a 0,9% (colo limpo), após a aplicação do Ácido Acético a 5% sobre a cérvix uterina (colo em revelação), e após a aplicação da solução de Schiller (colo tingido).

O teste de Schiller, por não permitir a precisa distinção tonal entre áreas verdadeiramente suspeitas e aquelas onde existem alterações na absorção de iodo devido a processos metaplásicos considerados normais, como a metaplasia interrompida e a metaplasia imatura, é utilizado para demarcação das áreas suspeitas onde não se conseguiu obter uma imagem adequada e ainda assim se deseja enfatizar a necessidade do aprofundamento investigativo. A metaplasia interrompida é geralmente uma das mais importantes fontes de confusão no diagnóstico das lesões cervicais por HPV (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007; FRANCO *et al.*, 2008).

São definidos como critérios objetivos de positividade para a CD algumas alterações de caráter morfológico e colorimétricas amplamente descritas pela literatura pertinente, de fácil identificação e observáveis à IV, antes e após a aplicação do ácido acético a 5%. Acredita-se que a presença de um ou mais dos critérios propostos e descritos a seguir justifique o aprofundamento da investigação diagnóstica por meio da biópsia dirigida pela colposcopia. São eles:

1º Critério: Alterações Colorimétricas não Reativas (ACNR) - se reporta à existência de lesão branca detectada antes do teste do ácido acético.

2º Critério: Alterações Colorimétricas Reativas (ACR) - diz respeito à presença de lesão de cor branca, em alto relevo ou em plano zero, em suas diversas tonalidades, evidenciada após 2 a 3 minutos da aplicação do ácido acético a 5% sobre a cérvix uterina.

3º Critério: PP - é descrito como a presença de lesões em relevo que apresentem um padrão de superfície grosseiro e diferenciado do aspecto normal do epitélio de revestimento do colo uterino, paredes vaginais e/ou fundo de saco.

4º Critério: PN - pode ser identificado pela presença de formas ulceradas no colo uterino.

A CD é um procedimento de baixo custo, seguro, sem riscos ou efeitos adversos para a paciente e pode ser realizado por enfermeiros, melhorando significativamente a qualidade do rastreio do CCU na atenção básica à saúde (FRANCO *et al.*, 2008).

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos traçados neste estudo é necessário de um modelo teórico-metodológico que norteasse a associação entre os saberes e práticas dos enfermeiros quanto a prevenção e controle do CCU.

Para tanto foi preciso realizar uma busca sobre os métodos de avaliação. Entre os diversos modelos de avaliação existentes e utilizados por diversos autores (RUTZ; KNORRING; WALINDER, 1991; CANTILLON, 1999; HUTCHINSON, 1999; MACK, 2000) escolhemos o modelo proposto por Donald Kirkpatrick publicado pela primeira vez em 1959, atualizado em 1975 e também em 1994 quando publicou seu livro intitulado “Evaluating Training Programs” (KIRKPATRICK, 1998).

Donald Kirkpatrick foi o pioneiro na avaliação metodológica e científica de treinamentos. É Professor Emérito da Universidade de Wisconsin e foi presidente da *American Society for Training and Development*, nos Estados Unidos. As suas idéias sobre avaliação de treinamento foram publicadas pela primeira vez em 1959, mas o Modelo de Avaliação de Treinamento, proposto por ele, foi publicado em seu livro intitulado “Avaliação de Programas de Treinamento” em 1975.

Para Luckesi (2000) a palavra avaliar tem origem no latim e significa “dar valor a...”, mas modernamente avaliação representa a atribuição de um valor ou de uma determinada qualidade a alguma coisa, ato ou curso de ação, inferindo uma qualificação positiva ou negativa ao que se está avaliando. A questão da avaliação da aprendizagem sempre se constituiu em tema apaixonante e essencial na educação (ANTUNES, 2002).

A avaliação permite a observação de comportamentos e evidências de mudanças decorrentes do aprendizado, sendo que esse processo dá aos treinandos a oportunidade de expressar o tipo de comportamento que tentamos avaliar (TYLER, 1976). É ainda um componente do processo de ensino que, através da qualificação dos resultados observados, permite determinar o que de fato se alcançou em relação aos objetivos propostos e, reorientar, quando necessário, o conteúdo ou as atividades didáticas seguintes (LIBÂNEO, 1994).

Inicialmente a avaliação de programas de treinamento proposto por Kirkpatrick foi objetivamente direcionada aos modelos corporativos e empresariais, sempre buscando identificar se os objetivos esperados a partir do treinamento realizado estavam sendo alcançados. Pressupõe-se então que do ponto de vista da

obtenção de dados concretos, como a melhoria de vendas e lucros de uma empresa, a avaliação se estenderá bastante além do treinamento propriamente dito, com a utilização dos quatro níveis de treinamento propostos por esse autor.

Os níveis do Modelo de Avaliação de Kirkpatrick são a Reação, a Aprendizagem, o Comportamento e o Resultado, onde cada nível tem seus objetivos específicos, forma própria de avaliação e são utilizados, de forma sequencial e lógica, quando se busca conhecer a efetividade de todas as etapas do processo de um treinamento. Os níveis de avaliação estão hierarquicamente apresentados na Figura 1 e serão descritos a seguir.



Figura 1 – Hierarquia dos níveis de avaliação proposto por Kirkpatrick.

Para Kirkpatrick, cada um dos níveis tem sua importância apesar de que na medida em que se passa de um nível para o seguinte, o processo se torna cada vez mais complexo e demanda também um aumento significativo de tempo para sua execução.

No primeiro nível, mensura-se a Reação dos participantes ao programa de treinamento. Kirkpatrick descreve a Reação como a medida de satisfação, onde fica evidente que a reação dos participantes está diretamente relacionada com a mensuração da satisfação. Logo, a reação precisa ser favorável se se pretende que o treinamento surta os efeitos desejados, atraia novos treinandos e tenha o retorno dos antigos para novos treinamentos.

Portanto, a reação positiva ao treinamento é primordial para formadores e treinados, pois o futuro de um programa de treinamento depende desta reação. Uma reação positiva expressa pela demonstração de interesse e satisfação, pode não assegurar o aprendizado, mas reação negativa, insatisfação, certamente reduz a possibilidade de aprendizado Kirkpatrick e Kirkpatrick (2010).

Hutchinson (1999) aponta para a complexidade dos fatores, como a motivação e a experiência prévia, que podem influenciar a eficiência das intervenções e para uma hierarquia de níveis de avaliação, na qual a complexidade da mudança de comportamento aumenta conforme a avaliação ascende a hierarquia.

O segundo nível de avaliação, a Aprendizagem, é a medida do aumento do conhecimento, antes e depois do treinamento através da aplicação de testes, mas entrevistas ou observação também podem ser utilizadas, Kirkpatrick (1998). Para Kirkpatrick programas que lidam com tópicos como a diversidade de personalidades necessária para que uma equipe cumpra sua função, objetiva primariamente a mudança da forma de se encarar a realidade. Programas técnicos objetivam a capacitação em novas habilidades. Programas que lidam com assuntos como liderança, comunicação e motivação podem atender a todos três objetivos. A fim de avaliar o aprendizado, os objetivos específicos precisam estar bem determinados (KIRKPATRICK, 1998).

Kirkpatrick (1998) define o terceiro nível, Comportamento, como a extensão da mudança de conduta e de procedimento que ocorre porque a pessoa participou do treinamento. Além de que, em sua justificativa, explica que alguns instrutores querem eliminar a avaliação de reação e a avaliação de aprendizado a fim de mensurar mais rapidamente as mudanças de comportamento. Mas isto, segundo o autor, é um erro, pois supondo que não haja mudança de comportamento, a conclusão óbvia seria que o programa foi ineficiente e que deve ser descontinuado. Esta pode ou não ser uma conclusão acertada, pois a reação

pode ter sido favorável e os objetivos de aprendizagem podem ter sido cumpridos, mas para que a mudança de comportamento e o alcance dos resultados esperados ocorram, outras condições precisam estar presentes (KIRKPATRICK, 2010).

A fim de que a mudança de comportamento ocorra, algumas condições se fazem necessárias, pois a pessoa precisa querer mudar, precisa saber o quê e como mudar, precisa trabalhar num ambiente com o clima correto e precisa ser premiada pela mudança. A premiação pela mudança, segundo Kirkpatrick, pode ser intrínseca, extrínsecas ou ambas. A premiação intrínseca é vista pelo autor como o sentimento de satisfação pessoal, orgulho e de compensação que ocorre quando a mudança de comportamento resulta nos resultados esperados a premiação extrínseca decorre dos ganhos de ascensão em posições profissionais ou compensações financeiras, por exemplo (KIRKPATRICK, 2010).

Definem bem o quarto nível os resultados alcançados decorrentes da participação dos funcionários no treinamento. Resultados incluem aumento de produção, melhoria da qualidade, redução de custo, redução de acidentes, redução de rotatividade de pessoal entre outros resultados que interessa diretamente ao setor produtivo e financeiro das empresas, como o lucro. É importante reconhecer que resultados como estes são a razão de ser dos programas de treinamento. De qualquer forma, recomenda o autor, o objetivo final do treinamento deve ser estabelecido com esses objetivos, de forma bem clara (KIRKPATRICK, 1998; KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010).

Alguns autores dizem que não há aprendizado a não ser que a mudança de comportamento ocorra, mas de acordo com Kirkpatrick, a aprendizagem ocorre quando um ou mais dos seguintes pontos aconteceu: alteração da forma de perceber a realidade, aumento dos conhecimentos, melhoria das habilidades.

Treinamentos de curta duração exigem uma metodologia de avaliação efetiva e factível já que, na área da saúde, especialmente quando se busca a mudança de comportamento em um grande número de profissionais, o conhecimento sobre a efetividade do modelo utilizado é fundamental para a identificação de fatores externos e/ou internos ao treinamento que sejam impeditivos da mudança de comportamento que se objetiva, possibilitando uma intervenção rápida e pontual. Assim, um modelo de avaliação de treinamento exaustivamente testado é fundamental para que se possa conhecer com segurança a eficácia da metodologia utilizada e do instrutor em promover o acréscimo de conhecimentos

e/ou mudanças de atitudes nomeadas nos objetivos propostos (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010).

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo-correlacional transversal que buscou avaliar as práticas e saberes dos enfermeiros acerca da CO e IV do colo uterino.

Este tipo de estudo permite que o pesquisador escolha um momento na linha do tempo (transversal) e verifique a associação entre as variáveis consideradas relevantes (BURNS; GROVE, 2005; MARIE- FABIENNE, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Portanto, nesta pesquisa de investigação, buscou-se verificar a associação entre um conjunto de conceitos e as relações entre eles (saberes) e as condutas, adotadas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem, para a prevenção do CCU (práticas).

Logo, buscou-se mensurar a influência do conhecimento na capacidade do enfermeiro realizar, com eficiência e eficácia, a inspeção visual do colo uterino com e sem o ácido acético e o teste de Schiller e adotar condutas adequadas ao seguimento de cada caso. Para fins de melhor avaliar estas relações foi considerado como eficiência o fazer de forma correta, contemplando todos os saberes indispensáveis a essa atividade e a eficácia dos resultados obtidos segundo o esperado, ou seja, um aumento na sensibilidade no rastreamento do CCU e suas lesões precursoras (BURNS; GROVE, 2005; MARIE- FABIENNE, 2009; POLIT; BECK, 2011).

5.2 Local e período do estudo

O município de Juazeiro do Norte fica localizado na Região Metropolitana do Cariri, no sul do estado do Ceará, a 533 km da capital, Fortaleza. A área territorial do município é de 248.558 quilômetros quadrados. A população do município em

2012, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é de 255.648 habitantes, que o torna o terceiro mais populoso do Ceará, a maior do interior cearense com taxa de urbanização de 95,3% (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2012).

Os vários treinamentos ministrados anualmente, em Juazeiro do Norte, em uma Instituição de Ensino Superior (IES) da região, em programas de pós-graduação em saúde da família, especificamente no módulo de saúde sexual e reprodutiva nos permite o contato direto e regular com um número significativo de enfermeiros que, de forma usual, recebem treinamentos juntos ou de forma similar, seja pelas Secretarias de Saúde Municipais ou decorrentes de ações educativas da Secretaria de Saúde do Estado.

Então, conhecer a linha base de conhecimento de enfermeiros da região do Cariri, interior do estado do Ceará, na oportunidade em que receberam formação complementar pós-graduada direcionada a atuação no PSF, em uma IES, mostrou-se uma oportunidade impar para realização do estudo proposto.

O local do estudo foi uma IES que oferece cursos de graduação e pós-graduação na cidade de Juazeiro do Norte.

O estudo foi realizado em sua totalidade entre os meses julho e outubro de 2012. A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Regional do Cariri (URCA).

5.3 População e amostra

Embora o estudo tenha sido desenvolvido em Juazeiro do Norte, a população do estudo foi composta por enfermeiros residentes na região do Cariri e que foram submetidos ao treinamento de atualização em propedêutica do câncer dentro do módulo de saúde da mulher em um programa de pós-graduação, sendo a amostra constituída por 144 enfermeiros.

Foram convidados a participar da pesquisa enfermeiros cursando programa de pós-graduação em PSF em uma IES da cidade de Juazeiro do Norte onde foi ministrada uma atualização em propedêutica do CCU.

A amostragem se fez de forma não probabilística, por conveniência, a qual acarreta no acesso às pessoas mais disponíveis para participar do estudo (POLIT; BECK 2011).

5.4 Definições das variáveis

Foi aplicado um questionário com informações que possibilitaram conhecer a linha de base de conhecimento dos enfermeiros sobre a Inspeção Visual, o teste de Schiller, reconhecimento e capacidade de descrever tecnicamente estruturas que são observadas na prática diária das consultas ginecológicas de enfermagem e a eficácia e segurança do profissional em indicar o aprofundamento diagnóstico quando se depara com uma alteração do colo uterino sugestiva de infecção pelo HPV, independentemente do resultado da CO.

As variáveis utilizadas estavam presentes nas imagens clínicas e nas possíveis condutas adotadas pelo profissional diante da constatação de alterações perceptíveis pela IVA e com a indicação ou não do aprofundamento diagnóstico. As variáveis clínicas que indicavam a necessidade de aprofundamento diagnóstico mesmo na presença de um resultado de CO negativo eram a área com padrão capilar de mosaico corada realçada pela solução de Schiller, área acetobranca, área acetobranca em relevo e com pontilhado e área iodo negativa com pontilhado, sendo que, as variáveis relativas às condutas profissionais foram indicar ou não a colposcopia na ausência de CO positiva.

Tais variáveis permitiram identificar a existência ou não de coerência entre o conhecimento demonstrado sobre a IV e teste de Schiller com as indicações para aprofundamento diagnóstico.

5.5 Técnica e Instrumento de coleta de dados

A partir do primeiro nível de avaliação que antecede um treinamento, tivemos o objetivo de conhecer a motivação dos participantes para corrigir, através

de formação específica, eventuais lacunas no conhecimento necessário, e a possibilidade dos enfermeiros receberem um treinamento de atualização para correta execução e interpretação dos exames coadjuvantes à CO.

Os quatro níveis de avaliação de Kirkpatrick (1975) buscam medir essencialmente o que os participantes pensam e sentem sobre a formação a que serão submetidos, incluindo-se nesse primeiro nível, denominado de “reação”, as expectativas positivas e negativas sobre o aprendizado decorrente da formação e suas consequências nas atividades cotidianas do treinando.

Para avaliação da motivação/reação dos enfermeiros ao treinamento em CO, foram criadas três categorias de classes relacionadas à maior ou à menor disposição e motivação do profissional para o treinamento. Para tanto, os itens da escala de Likert correspondentes a “discordo completamente” e “discordo” foram reclassificados como “disposto ao treinamento”. O item “às vezes concordo” foi renomeado como “suscetível ao treinamento” e os itens “concordo” e “concordo completamente” foram agrupados na categoria de “resistente ao treinamento”.

É preciso, no entanto, considerar que o resultado da predisposição é fator relevante para o sucesso de um treinamento quando se objetiva que os treinandos incorporem à sua prática diária rotinas e condutas propostas na formação.

Mensurar a efetividade com a qual as práticas propostas estão efetivamente sendo implementadas remete a necessidade de um estudo adicional, longitudinal e posterior que contemple os quatro níveis proposto por Kirkpatrick, quando, o segundo nível, a “Aprendizagem” permitirá identificar se o treinamento resultou em aumento de conhecimento, habilidades e mudança de atitudes. Esta avaliação ocorre durante o treinamento na forma de um conhecimento, de demonstração ou de um teste. O “Comportamento”, terceiro nível de avaliação, identifica a transferência de conhecimentos, habilidades ou atitudes no local do treinamento, o desenvolvimento da atividade proposta através da mudança de comportamentos decorrentes do programa de treinamento, o que geralmente é mensurado em três a seis meses após o treinamento. O “Resultado”, quarto e último nível proposto avalia os resultados finais que decorreram por causa da participação no programa de treinamento, se foram gerados ganhos de qualidade e eficácia a partir do desempenho (KIRKPATRICK, 1975).

A reação, primeiro nível de avaliação de um treinamento, segundo proposto por Kirkpatrick, foi avaliada logo após o convite aos profissionais para participar da pesquisa e teve como objetivo conhecer a motivação dos participantes do curso. Reações positivas predizem a motivação para aprender, embora não garantam o aprendizado. No entanto, reações negativas comprovadamente reduzem a possibilidade de aprendizado (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2010).

Em decorrência da limitação de tempo para a realização do estudo no período previsto para o mestrado utilizamos apenas o primeiro nível de avaliação proposto por Kirkpatrick (1998), pois a avaliação de todos os níveis pressupõe um estudo longitudinal de longa duração que permitisse acompanhar e mensurar os resultados obtidos por todos os enfermeiros treinados em cada uma das unidades de atendimento onde desenvolvem suas atividades, além dos mecanismos de premiação e recursos e insumos disponíveis e constantes para a prática inequívoca dos novos conhecimentos teóricos práticos.

Precedendo a aplicação do questionário foi explicada a todos os participantes a metodologia de avaliação das respostas relativas às imagens clínicas onde os espaços destinados aos itens que não fossem respondidos (espaços em branco) representariam que não foi possível identificar a estrutura apontada pela seta, não sendo possível ao profissional sua descrição.

Os enfermeiros foram convidados a responder individualmente a dez perguntas, inclusas no questionário, sobre as condições e interesse pessoal em participar de um treinamento de atualização em propedêutica do CCU.

A avaliação da reação foi realizada a partir da aplicação do questionário previamente validado por três profissionais da área de ginecologia (APÊNDICE B), na forma de pré-teste, constituído de questões relativas ao interesse do enfermeiro em receber novos conhecimentos através de uma atualização sobre propedêutica do CCU e como ele próprio avalia seu conhecimento sobre o assunto.

O tempo estipulado para que fossem respondidas as questões sobre a reação a treinamento foi de cinco minutos. Outros três minutos foram estabelecidos para a identificação e descrição de cada imagem e cinco minutos para que fossem respondidas as questões de conhecimento sobre o teste de Schiller. Foi dada uma tolerância de cinco minutos para a conclusão desse conjunto de respostas. O tempo total destinado à aplicação do Instrumento foi de 30 minutos.

Dentro de cada uma das imagens apresentadas estavam apontadas, por setas numeradas, cinco estruturas de caráter normal ou patológico e foi solicitado aos participantes que identificassem e nomeassem, segundo a terminologia própria utilizada por esse profissional na sua prática diária, as estruturas mostradas por essas setas e que confirmassem, ou não, se fariam o encaminhamento dessas pacientes, baseadas na análise das imagens, para o aprofundamento diagnóstico através da colposcopia independentemente do resultado da CO.

Cada imagem, representadas por duas CD, posta lado a lado, e obtidas do mesmo colo uterino permitiram ver de forma ampliada o Teste do Ácido Acético e o teste de Schiller. Tratando-se, então, do mesmo colo apresentado em momentos distintos, considerou-se, para efeito de avaliação, como uma única imagem.

As estruturas anatômicas e morfológicas, presentes em todos os colos, como o Canal Cervical e Junção Escamo-Colunar foram indicadas um maior número de vezes para reconhecimento, pois sendo, na coleta da CO, mandatária a escamação, através da espátula de Ayre e da Escova citológica, de células dessa região, bem como do interior do canal endocervical é imprescindível o pronto reconhecimento dessas estruturas. Importa também ressaltar que é na JEC que incidem a maioria dos CCU.

É consenso que a estratégia mais eficaz no combate ao CCU e a mortalidade causada por essa patologia é a prevenção mediante diagnóstico em estágios precoce da doença, quando ainda não há um processo invasor, porém, o rastreamento precoce entre as mulheres nem sempre é factível em decorrência da dificuldade de acesso dessa população aos serviços básicos de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2010; RIBEIRO; SANTOS; TEIXEIRA, 2011; GOMES *et al.*, 2012).

Assim sendo, o direcionamento dos esforços que objetivam a solução do problema são voltados quase que exclusivamente para os projetos ou ações destinadas a educação em saúde ou a repetitivos treinamentos práticos e teóricos para aperfeiçoamento da coleta dos espécimes citológicos.

Não há que se discordar da importância fundamental da educação em saúde para a prevenção das doenças e nem tão pouco da necessidade de uma correta coleta, fixação e preenchimento das requisições de exame quando se procede a CO, no entanto, outros fatores fundamentais como controle de qualidade dos laboratórios e adoção e/ou desempenho de qualidade na realização de testes complementares como a IVA deve constar entre os cuidados indispensáveis para

que se alcance os resultados desejados para uma redução significativa na morbidade e na mortalidade pelo CCU.

O controle de qualidade em CO objetiva melhorar o desempenho do teste, de modo a eliminar ou reduzir substancialmente os resultados falso negativos. Estes são mais preocupantes em um exame de rotina que os falsos positivos, pois as mulheres não diagnosticadas poderão permanecer com risco de desenvolver lesões graves, sendo que a repetição dessa falha tem se mostrado desastrosa quando a mesma mulher, seguidamente tem vários resultados falsos negativos quando efetivamente está doente.

Falhas de triagem que levam a resultados falsos positivos também acarretam agravos, uma vez que recomendam a adoção de procedimentos cirúrgicos desnecessários, os quais podem alterar a vida reprodutiva e sexual da mulher acrescido de impacto psicológico de variada gravidade (ADAD *et al.*, 1999).

É consenso, que a revisão de casos negativos à CO selecionados por critérios clínicos de risco, como hemorragia genital pós-menopausa, DST, alterações macroscópicas ao exame especular, poderia identificar um maior número de resultados falsos negativos (TAVARES *et al.*, 2007). No entanto, é necessário que o enfermeiro esteja capacitado adequadamente para realização da IVA e outros testes complementares, inclusive com a observação ampliada do colo uterino.

Em nossa realidade a entrega do resultado do exame citológico é feito em média com 30 a 45 dias após a coleta. Nessa oportunidade, dependendo da rotina adotada na unidade básica de saúde, a mulher é vista e orientada pelo enfermeiro da ESF. Nos casos em que o resultado citológico indique alterações de caráter patológico, especialmente neoplasias intra-epiteliais, a mulher é encaminhada para atendimento por médico especialista. Infelizmente, em muitos casos, mulheres com lesões clínicas não são vistas pelos ginecologistas. A causa dessa falha no atendimento parece ter dupla motivação: a falta de comunicação entre os profissionais da equipe e a falta de confiança do médico na precisão dos achados clínicos do enfermeiro que colhe a citologia.

Acreditamos que somente uma capacitação que permita ao enfermeiro reconhecer efetivamente as principais características normais e alterações patológicas da cérvix uterina e descrevê-las com rigor científico, com e sem a ajuda de testes complementares e com apoio de equipamentos de magnificação, poderá

estabelecer essa relação de confiança indispensável para o correto seguimento das mulheres atendidas na atenção básica.

Nos casos onde a estrutura não foi reconhecida e/ou a pergunta não respondida de forma correta foi atribuído o status de erro na resposta.

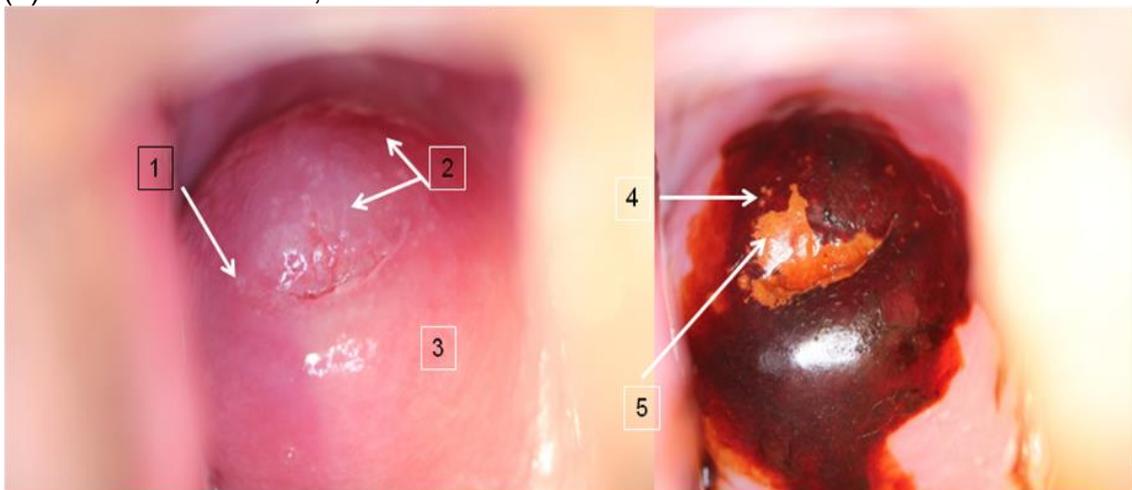
Não foi solicitada a correlação das estruturas apontadas com a classificação citológica ou histológica das estruturas, pois não foi objetivo dessa investigação a predição ou diagnóstico das alterações, mas foi também solicitada a descrição das estruturas para aferirmos a capacidade dos enfermeiros em identificar as estruturas normais e anormais presentes na cérvix uterina.

As imagens foram projetadas em auditório climatizado com auxílio de projetor multimídia. As dimensões das imagens eram de aproximadamente 140 cm de largura x 120 cm de altura, com excelente resolução, fidedignidade de cores e eram perfeitamente visualizados de qualquer local do auditório.

Antes de iniciada a aplicação dos questionários os enfermeiros foram inquiridos sobre a qualidade das imagens incluindo-se resolução e brilho ajustados para maior conforto visual de todos.

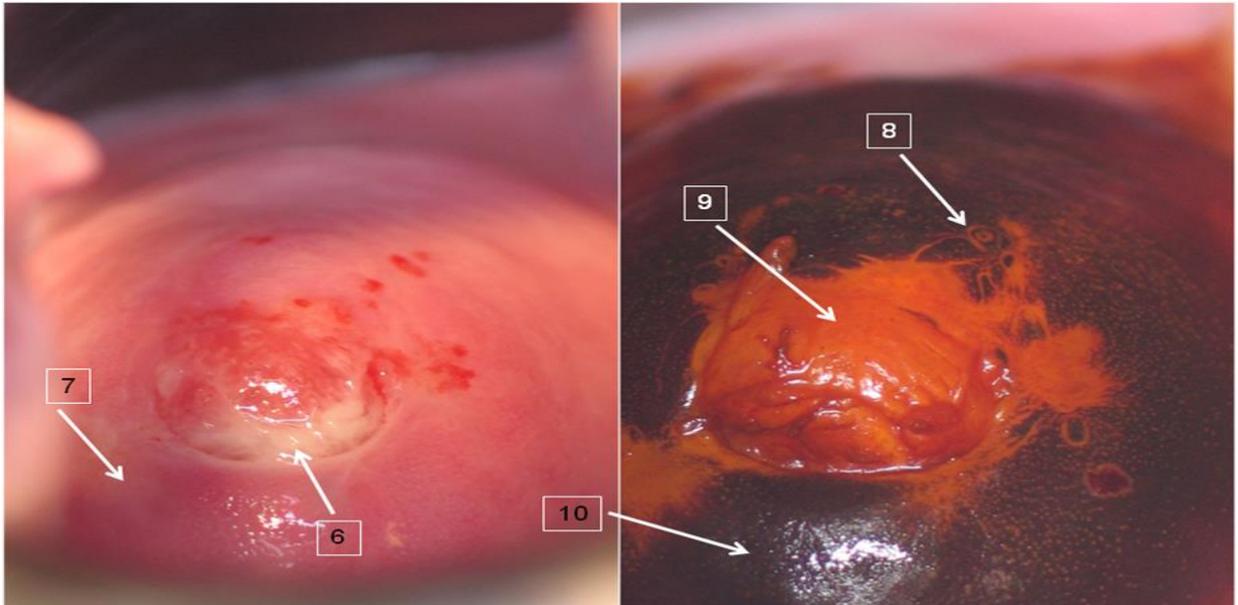
Foram selecionadas para comporem a avaliação estruturas comuns e alterações encontradas na prática diária das consultas ginecológicas de enfermagem, classificadas segundo a literatura especializada e validadas por dois especialistas com larga experiência. Estas figuras estão descritas a seguir (Figuras 2, 3, 4, 5 e 6).

Figura 2 — Imagem 1. Orifícios glandulares (1); Área pouco reativa ao ácido acético (2); Epitélio escamoso sem alteração (3); Orifício glandular (4); Área de metaplasia (5). Juazeiro do Norte, 2012.



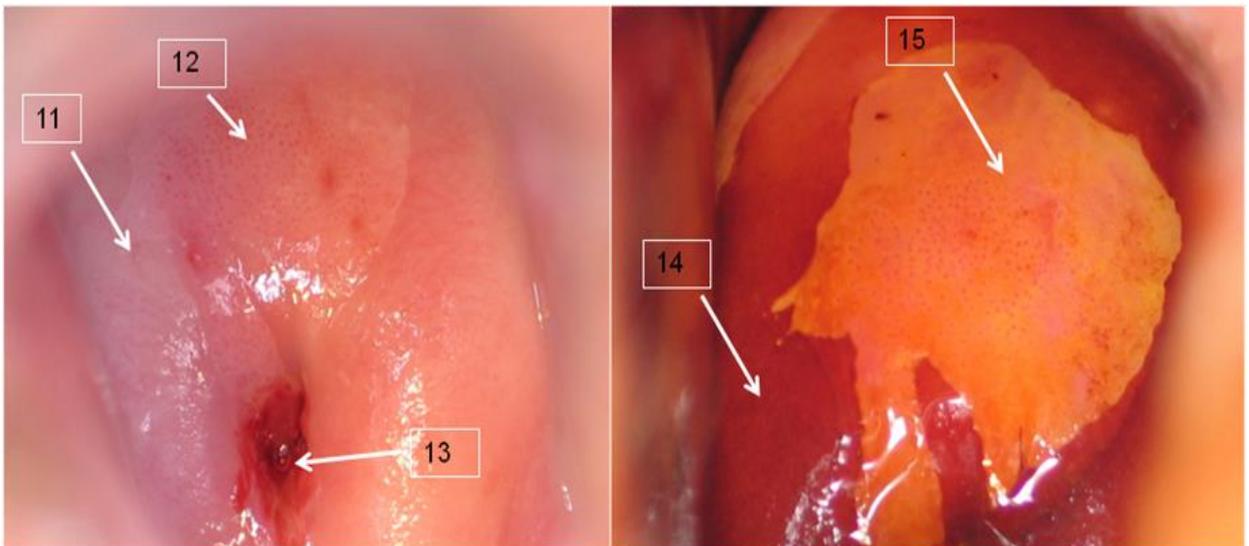
Fonte: Acervo da autora

Figura 3 — Imagem 2. Identificação do muco cervical (6); Epitélio escamoso sem alterações colorimétricas (7); Área com padrão capilar de mosaico corada realçada pela solução de Schiller (8); Esse padrão consiste em vasos de espessura fina, geralmente uniformes aleatoriamente dispersos Mosaico; Área iodo negativa (9); Área iodo positiva (10). Juazeiro do Norte, 2012.



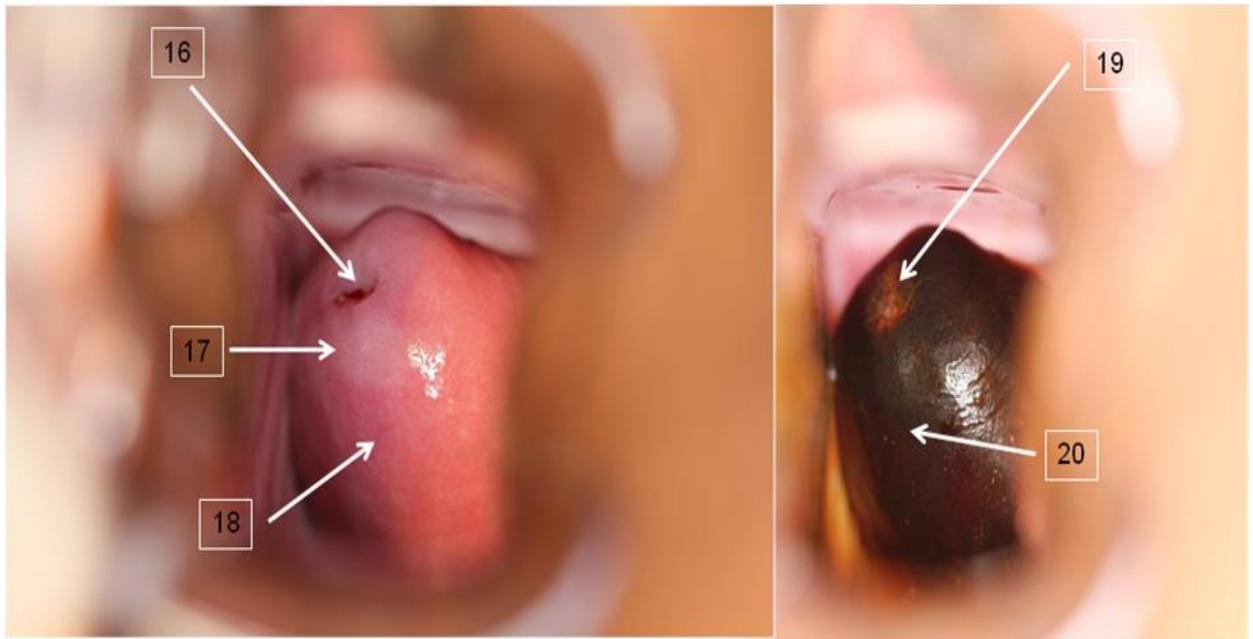
Fonte: Acervo da autora

Figura 4 — Imagem 3. Identificação da área branca em relevo contendo pequenos pontos de pontilhado irregular espaçados nos lábios anterior e posterior, a esquerda (11); Área com acetobranqueamento leve e presença de pontilhado (12); Canal cervical (13); Área iodo positiva (14); Área iodo negativa com pontilhado (15). Juazeiro do Norte, 2012.



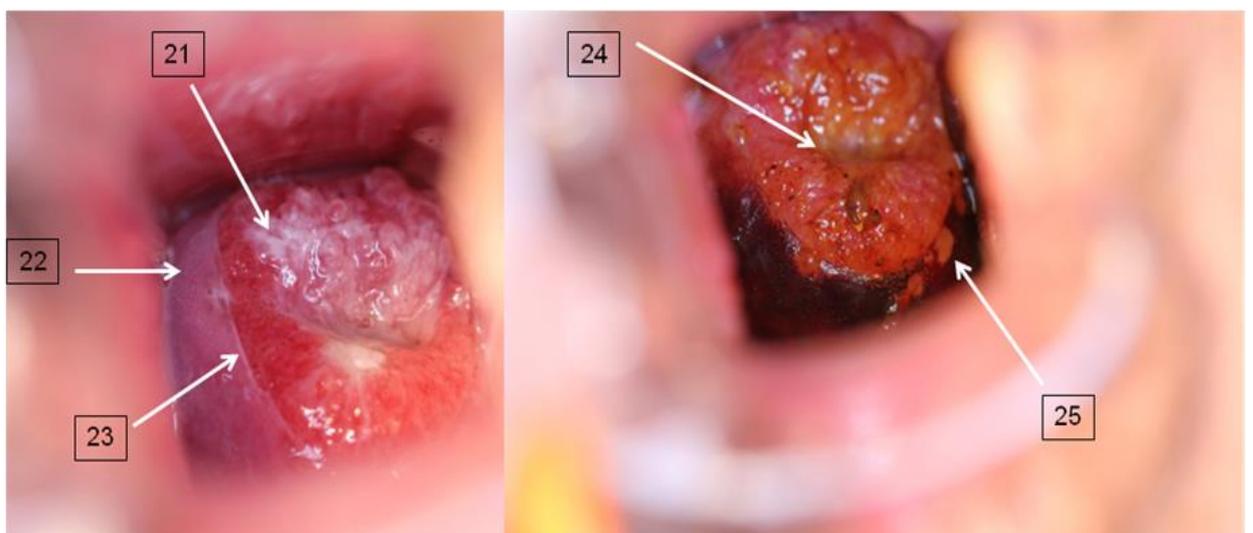
Fonte: Acervo da autora.

Figura 5 – Imagem 4. Identificação do canal cervical e junção escamo-colunar (16); Lesão acetobranca no lábio anterior de coloração de baixa intensidade (17); Epitélio escamoso sem alteração (18); Orifício glandular (19); Área iodo positivo (20). Juazeiro do Norte, 2012.



Fonte: Acervo da autora.

Figura 6 – Imagem 5. Identificação de lesão acetobranca (21); Área acetobranca (22); Junção escamo colunar / ectopia (23); Canal cervical (24); Área iodo negativa (25). Juazeiro do Norte, 2012.



Fonte: Acervo da autora

Após a coleta de dados buscamos traçar a linha base de conhecimento dos enfermeiros, verificando se existia relação entre a linha base de conhecimento e a reação (o interesse em atualização) dos conhecimentos propostos na formação e capacidade dos enfermeiros em identificar, nomear e adotar uma conduta esperada frente aos casos apresentados.

5.6 Análises dos dados

A análise dos dados foi realizada a partir da percepção da reação da amostra em relação à formação que estava recebendo, da percepção que tinha dos próprios conhecimentos e do interesse que manifestava em adquirir novos conhecimentos.

A reação, primeiro nível de avaliação de um treinamento, segundo proposto por Kirkpatrick, foi realizada a partir da quantificação das respostas positivas e negativas relacionadas ao treinamento e aos efeitos que ele poderia gerar. Respostas que representaram expectativas negativas, condicionamentos depreciativos, condicionamento a vantagens adicionais ou descontentamento em participar do treinamento foram consideradas reações negativas porque influenciam no resultado de forma inversa ao esperado/desejado.

Quanto mais resistente ao treinamento e às mudanças o treinando estiver, maior será a probabilidade de que não incorpore, às suas atividades diárias os novos conhecimentos. Assim, quanto mais alto foi o escore obtido pelo sujeito da pesquisa (máximo de 50 pontos) maior a incidência da desmotivação e/ou desinteresse em ser treinado e menor a possibilidade de incorporar novas propostas de trabalho às suas atividades diárias.

Baixas pontuações (mínimo de cinco pontos) indicaram interesse, pré-disposição pelo novo conhecimento ou metodologia proposta e maior probabilidade de incorporação do aprendizado às atividades cotidianas. Esse ponto de corte foi escolhido segundo as premissas propostas por Kirkpatrick (KIRKPATRICK, 1975).

O questionário para avaliação da reação dos participantes foi elaborado com base nas possíveis expectativas dos participantes. A partir dessas possibilidades as perguntas foram apresentadas mediante uma escala, onde o

enfermeiro deveria expressar o seu grau de concordância às questões propostas. Construímos um questionário simples onde o sujeito deveria escolher uma de entre cinco alternativas pré-definidas: discordo completamente (1), discordo parcialmente (2), às vezes concordo (3), concordo muito (4) e concordo Completamente (5). As questões foram elaboradas de forma que menores pontuações representassem maior predisposição/ disposição ao treinamento e a aprendizagem e as maiores pontuações uma reação desfavorável e desinteresse no treinamento.

Após responderem às questões foi realizado o somatório e o escore total foi classificado em: Disposto ao Treinamento, Suscetível ao Treinamento e Resistente ao Treinamento.

Dentro dessa perspectiva foi solicitado aos enfermeiros que manifestassem, através da pontuação atribuída a cada uma das questões, seus posicionamentos pessoais sobre questões que envolveram a percepção dos conhecimentos que acreditam ter sobre o tema proposto, a motivação existente para participar de formação e incorporar técnicas e tecnologias novas as atividades diárias da assistência e sobre fatores externos aos treinandos, mas que refletem diretamente na expectativa de que as mudanças propostas a partir da formação possam de fato ser implementadas na prática.

Para que as mudanças ocorram faz-se necessária não apenas a vontade pessoal, mas a vontade política das instituições que necessitam dispor aos profissionais os meios necessários para o bom desenvolvimento de sua prática assistencial.

Foi elaborado um banco de dados em planilha para procedimento das análises descritivas e inferenciais, com a utilização do *software* Excel 2010 da *Microsoft corporation*, e as informações foram exportadas para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19 para Windows onde se procederam os testes estatísticos.

A análise exploratória dos dados foi feita através da apresentação das frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Para a análise das variáveis categóricas usou-se o teste qui-quadrado e a razão de verossimilhança buscando verificar a existência de associação entre as variáveis. As proporções de acertos e erros foram comparadas pelo teste Z de proporções. Os dados foram organizados em tabelas para melhor visualização dos resultados.

5.7 Aspectos éticos

O estudo obedeceu à determinação da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética em pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996).

Os participantes do estudo tiveram a garantia da confidencialidade dos seus dados, preservadas suas identidades e a garantia do caráter voluntário da participação no estudo, sendo possível exprimir a qualquer instante o desejo de retirar sua participação sem que tivessem nenhum tipo de prejuízo.

Também foi informada a intenção de publicação e divulgação dos resultados, e os possíveis riscos e benefícios do estudo. Aos que optaram por participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) autorizando a coleta de dados.

Após o consentimento verbal dos sujeitos da pesquisa, eles leram e assinaram em duas vias o TCLE, sendo que uma das vias foi entregue aos sujeitos e outra ficou em posse da pesquisadora.

Esse estudo é um recorte de uma pesquisa maior que abrange toda a região do Cariri e que possui vários pesquisadores envolvidos nas suas diferentes etapas e, portanto foi aprovado com parecer nº 65/2011 emitido pelo Comitê de Ética da Universidade Regional do Cariri (URCA) (ANEXO A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características demográficas e profissionais da amostra estudada estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 — Distribuição do número de enfermeiros segundo os dados sociodemográficos. Juazeiro do Norte, 2012. N=144.

Variáveis	n	%	Média ± DP
Sexo			
Feminino	129	89,6	
Masculino	15	10,4	
Faixa etária (Anos)			25,98 (±2,06)
23 – 25	62	43,1	
26 – 30	78	54,1	
31 – 34	4	2,8	
Procedência			
Juazeiro do Norte	76	52,8	
Crato	15	10,4	
Barbalha	9	6,3	
Outras	44	30,6	
Estado civil			
Solteiro(a)	116	80,6	
Casado(a)/União estável	28	19,4	
Escolaridade			
Apenas graduação	95	66,0	
Pós-graduação	49	34,0	
Local da graduação			
Juazeiro do Norte	102	70,8	
Crato	24	16,7	
Barbalha	15	10,4	
Outro	3	2,1	
Tempo de atuação profissional (Ano)			
≤1	48	33,3	
1 - 3	22	15,3	
3 - 5	32	22,2	
Sem experiência	42	29,2	
Atuação			
PSF	100	69,4	
Hospital	1	0,7	
Clínica Privada	1	0,7	
Não está exercendo	42	29,2	
Município de atuação			
Juazeiro do Norte	49	34,0	
Crato	15	10,4	
Barbalha	16	11,1	
Outras	21	14,5	
Sem vínculo	43	29,8	

De acordo com a Tabela 1, predominaram profissionais do sexo feminino (n=129; 89,6%), a faixa etária das participantes variou de 23 a 34 anos, com média de 25,98 anos ($\pm 2,06$), houve predominância de idade entre 26 e 30 anos (n=78; 54,2%).

Em relação à procedência, percebe-se maior concentração da amostra na cidade de Juazeiro do Norte, com 76 (52,8%) participantes, seguido daqueles procedentes de outras localidades (n=44; 30,6%).

A maioria dos enfermeiros entrevistados era solteira (n=116; 80,6%), tinha como escolaridade máxima a graduação (n=95; 66%) e havia se graduado em Juazeiro do Norte (n=102; 70,8%).

Quanto ao tempo de atuação profissional, predominaram aqueles com um ano ou menos (n=48; 33,3%), seguidos por aqueles sem experiência profissional (n=42; 29,2%). Em relação à atividade/ocupação, prevaleceram aqueles enfermeiros que exerciam suas atividades na ESF (n=100; 69,4%), sobretudo em Juazeiro do Norte (n=49; 34%).

O conhecimento teórico fundamenta as práticas e determina parâmetros técnicos para a execução dos procedimentos de enfermagem. Não existe na consulta ou em qualquer outra modalidade da assistência de enfermagem nenhum procedimento ou técnica que seja exclusivamente prático e repetitivo, todas as ações, propedêuticas, terapêuticas ou mesmo de apoio psicoemocional requerem um embasamento teórico que, do ponto de vista ético e científico, devem ter sustentação na literatura especializada.

As práticas e saberes dos enfermeiros determinam, *a priori*, o êxito que poderá ser alcançado no exercício da atividade, meio e fim, da assistência de enfermagem. Assim, percebe-se que o espaço de atuação da enfermagem vem ampliando e consolidando nas últimas três décadas, especialmente na assistência básica, devido à ESF, onde a assistência à saúde da mulher no ciclo vital representa uma parcela significativa das atividades desse profissional.

Na Assistência Básica à Saúde, entre as atividades realizadas rotineiramente pelos enfermeiros, destaca-se, pela magnitude que alcança, a consulta ginecológica de enfermagem que contempla além dos aspectos educativos a anamnese, história sexual e obstétrica, exame físico, solicitação de exames laboratoriais, a inspeção genital e a coleta citológica para realização da CO.

Essas atividades fazem parte da estratégia adotada pelo MS e é adotada como rotina no atendimento de mulheres que iniciaram a atividade sexual e que tem idades compreendidas entre os 25 e 64 anos (INCA, 2011; GROSS; BARRASSO, 1999; FRANCO *et al.*, 2008).

Apesar de detalhar todas as etapas que devem ser rigorosamente realizadas durante o atendimento da consulta ginecológica realizada pelo enfermeiro, o MS não esclarece e enfatiza os procedimentos que devam ser adotados pelo profissional quando a inspeção visual e os testes complementares a CO forem divergentes, reforçando assim, de forma equivocada a imagem da infalibilidade da CO e fazendo crer que esse exame apresenta alta sensibilidade para detecção do CCU e suas lesões precursoras.

Poucas pesquisas nessa área tem explorado a reação dos profissionais aos treinamentos proposto limitando-se, geralmente a aplicação de pré e pós-testes que contemplam apenas os conhecimentos específicos que se pretende mensurar, não sendo essa uma prática comum na área da saúde. Porém um estudo realizado por Philips (1997) nas empresas americanas indicou que 100% das organizações avaliavam o treinamento no nível de reações. Na revisão de literatura realizada por Abbad, Pilati e Pantoja (2003) foi analisada a produção nacional e a estrangeira no período de 1998 a 2001 a cerca dos preditores de impactos de treinamento. Constatou-se que os estudos indicaram variáveis antecedentes do impacto do treinamento no trabalho, o que recomenda, ainda mais, a extensão desse modelo de avaliação quando se pretende treinar profissionais de saúde.

Tabela 2 – Avaliação da motivação/reação dos enfermeiros acerca de treinamento oferecido em Colpocitologia Oncótica e Inspeção Visual para a Atenção Básica. Juazeiro do Norte, 2012. N=144.

Sobre participação em treinamento/ atualização	Discordo completamente		Discordo		Às vezes concordo		Concordo		Concordo completamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Depende do período em que for oferecido	17	11,8	19	13,2	21	14,6	18	12,5	69	47,9
2. Tenho interesse se tiver certificado	51	35,4	26	18,1	14	9,7	15	10,4	38	26,4
3. Outros colegas precisam mais do treinamento do que eu	110	76,4	25	17,4	4	2,8	1	0,7	4	2,8
4. Não há nada de novo nessa temática	139	96,5	1	0,7					4	2,8
5. Não preciso de treinamento/atualização. Tenho conhecimento suficiente.	140	97,2							4	2,8
6. Não preciso de treinamento/atualização. Tenho prática.	135	93,8	7	4,9	1	0,7			1	0,7
7. São repetitivos /cansativos	106	73,6	24	16,7	12	8,3	1	0,7	1	0,7
8. Treinamentos atrapalham outras atividades que realizo	98	68,1	24	16,7	20	13,9			2	1,4
9. Participaria posteriormente. Treinamento não é uma prioridade.	103	71,5	27	18,8	8	5,6			6	4,2
10. Não observo resultados importantes após treinamentos	127	88,2	6	4,2	7	4,9	1	0,7	3	2,1

Assim, inicialmente, buscou-se conhecer o interesse dos enfermeiros em participar de treinamentos ou formações que contemplassem a temática direcionada à prevenção do câncer do colo uterino e aos exames complementares a CO (Tabela 2).

A reação dos participantes foi mensurada a partir da aplicação de um questionário no qual as respostas positivas e negativas foram pontuadas de 1 a 5. Respostas que representaram expectativas negativas ou descontentamento em participar do treinamento foram consideradas reações negativas porque influenciaram o resultado de forma inversa ao esperado/desejado.

Entre os 144 participantes da amostra 96,5% (139) acreditavam que, para eles, ainda existiam muitas informações desconhecidas ou novas sobre propedêutica do CCU e 97,2% (140) de todos os participantes reconheciam a

necessidade de receberem atualizações. Apenas 4 participantes (2,8%) acreditavam deter todos os conhecimentos necessários sobre a temática, e 135 (93,8%) não acham que a prática profissional dispense a necessidade de atualização e novos treinamentos.

É interessante ressaltar que 98 participantes (68,1%) afirmaram que a participação em treinamentos não interfere nas demais atividades profissionais o que nos leva a acreditar que o processo formativo e de atualização também é visto por esses profissionais como parte de suas atividades essenciais.

Avaliando a dinâmica de treinamento 106 participantes (73,6%) não encaram essas formações como repetitivas ou cansativas demonstrando que os conteúdos e metodologias empregados tem sido motivantes, nesse item apenas 1 (0,7%) participante expressou insatisfação.

Indagados se a participação em treinamentos era dependente do fornecimento de certificados 51 enfermeiras (35,4%) responderam afirmativamente, o que parece refletir um cuidado ou uma preocupação com a questão do aprimoramento curricular que, geralmente, reflete na possibilidade da progressão funcional e melhorias salariais.

A expectativa e/ou experiências anteriores demonstraram que 127 enfermeiros (88,2%) acreditam que resultados importantes na prática profissional são esperados e podem ser observados após os treinamentos aos quais são submetidos.

A análise do questionário a partir das respostas que buscavam conhecer a reação dos participantes demonstrou que havia no grupo uma predisposição para o aprendizado, absorção de novos conhecimentos e incorporação à prática das rotinas e condutas propostas na formação.

Tabela 3 — Avaliação da motivação/reação dos enfermeiros acerca disposição em participar do treinamento em Colpocitologia Oncótica e Inspeção Visual para a Atenção Básica. Juazeiro do Norte, 2012. N=144.

Avaliação motivação/reação	n	%
10-20=disposto ao treinamento	121	84,0
21-30=suscetível ao treinamento	20	13,9
31-50=resistente ao treinamento	3	2,1
Total	144	100,0

A Tabela 3 mostra que a grande maioria dos enfermeiros (84%) encontrava-se disposto a receber treinamento. Uma parcela destes (13,9%) foi classificada como suscetível a receber treinamento. Ou seja, estes profissionais estavam neutros acerca da motivação. Apenas 2,1% apresentaram resistência.

Estar favorável a receber um treinamento, formação ou atualização, além de ser um fator importante para a obtenção dos resultados que se espera, é um indicativo de que esses profissionais, em sua grande maioria, não se mostram resistentes ao aprendizado e as novas experiências e os resultados obtidos sobre a linha de base de conhecimento sobre CO e IVA devem estar associados a formação profissional que não contemplou, de forma efetiva, os elementos indispensáveis para o pronto reconhecimento das estruturas normais e alterações patológicas da cérvix uterina.

Tabela 4 – Experiência anterior dos enfermeiros acerca da visualização de achados clínicos no colo uterino. Juazeiro do Norte, 2012. N=144.

Experiência anterior Imagens	Sim		Não	
	n	%	n	%
1	57	39,6	87	60,4
2	21	14,6	123	85,4
3	25	17,4	119	82,6
4	70	48,6	74	51,4
5	37	25,7	107	74,3

Os dados apresentados na Tabela 4 revelaram que a experiência anterior dos enfermeiros na visualização do achado clínico variou de 14,6% a 48,6%. Ou seja, menos da metade dos enfermeiros (48,6%) referiu ter visualizado anteriormente colo uterino com características semelhantes aos cinco casos apresentados. Provavelmente tal fato se deve a falta sistemática de recursos que permitem ao profissional fazer uma avaliação a partir de instrumentos de ampliação, tais como colposcópios, lupas de aumento e equipamento fotográfico de alta resolução.

Importa levar em conta que mesmo com experiências diferenciadas pelo tempo de formação e de prática os enfermeiros que atuam no PSF têm entre suas atribuições diárias a consulta ginecológica em enfermagem e a CO da população

adstrita a sua equipe. Nessas condições o enfermeiro realiza os procedimentos indicados pelas diretrizes do MS segundo os conhecimentos adquiridos, em grande parte durante a graduação, que sabidamente, com raríssimas exceções habilita o profissional para a realização adequada dos testes complementares à CO.

Destarte as imagens apresentadas estivessem ampliadas em pelo menos 500 vezes, o reconhecimento das estruturas apontadas não foi possível para a maioria dos enfermeiros. A ampliação da imagem em pelo menos quatro a dezesseis vezes é extremamente recomendável quando se pretende identificar precocemente alterações na cérvix uterina já que todas as lesões são subclínicas, inicialmente.

As diferenças na cor da cérvix são frequentemente atribuídas ao número de camadas epiteliais, densidade celular, diferenciação celular, produção de queratina e vascularização do estroma. O epitélio escamoso original possui aparência rosada característica, e a cor da ZT típica tem sido descrita como levemente mais escura que a cor do epitélio nativo. A hiperemia explica a cor vermelha da cérvix durante processos inflamatórios (GROSS; BARRASSO, 1999; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Aspectos só perceptíveis sob magnificação da imagem não são identificados por observador menos treinado, ainda mais sem nenhum instrumento de ampliação, para o qual facilmente passará despercebido que a metaplasia normal geralmente mostra uma borda periférica mal definida com epitélio escamoso normal, as lesões intra-epiteliais apresentando uma borda bem definida e elevada, e a metaplasia interrompida produz uma borda externa bem delimitada e completamente plana (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Até mesmo a diferença entre uma lesão intraepitelial de baixo grau e a metaplasia pode ser difícil, mesmo para um médico experiente, durante o rastreamento colposcópico devido altas taxas de situações limítrofes. A não diferenciação destas características pode levar a realização de biópsias desnecessárias (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Tabela 5 – Distribuição de avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca da inspeção visual por imagem visualizada e correta indicação à colposcopia. Juazeiro do Norte, 2012. N=144.

Imagens	Acerto		Erro		p valor
	n	%	n	%	
Imagem 1					
Colo com alteração	24	16,7	120	83,3	p<0,0001
IVA positivo	43	29,9	101	70,1	p<0,0001
Schiller positivo	56	38,9	88	61,1	,010
Indica colposcopia	98	68,1	46	31,9	p<0,0001
Imagem 2					
Colo com alteração	102	70,8	42	29,2	p<0,0001
IVA positivo	54	37,5	90	62,5	,003
Schiller positivo	56	38,9	88	61,1	,010
Indica colposcopia	49	34,0	95	66,0	p<0,0001
Imagem 3					
Colo com alteração	96	66,7	48	33,3	p<0,0001
IVA positivo	56	38,9	88	61,1	,010
Schiller positivo	57	39,6	87	60,4	,015
Indica colposcopia	39	27,1	105	72,9	p<0,0001
Imagem 4					
Colo com alteração	48	33,3	96	66,7	p<0,0001
IVA positivo	54	37,5	90	62,5	,003
Schiller positivo	70	48,6	74	51,4	,803
Indica colposcopia	28	19,4	116	80,6	p<0,0001
Imagem 5					
Colo com alteração	101	70,1	43	29,9	p<0,0001
IVA positivo	69	47,9	75	52,1	,677
Schiller positivo	60	41,7	84	58,3	,055
Indica colposcopia	61	42,4	83	57,6	,080

A Tabela 5 apresenta os percentuais de acerto e erro por imagem avaliada pelos profissionais de saúde, em relação à presença de alteração visual, resultado de IVA e Schiller e indicação de encaminhamento para colposcopia. Em

seguida, para o cálculo da diferença entre os grupos de acerto e erro para cada imagem, foi realizado o teste t de student, sendo apresentado o valor de p correspondente.

Na imagem 1, pouco mais de um terço (39,6%) dos enfermeiros haviam visto estruturas semelhantes em sua formação ou prática profissional (Tabela 4). Entretanto, somente 16,7% identificaram corretamente se havia algum tipo de alteração no colo uterino; 29,9% acertaram o resultado do IVA; 38,9% acertaram o resultado do Teste de Schiller e 68,1% encaminharia para colposcopia sem aguardar resultado da CO (Tabela 5).

Os resultados encontrados indicam que a soma dos acertos nos testes de IVA e Schiller foi de 68,8%, muito próximo à somatória de acertos para os dois testes juntos. No entanto, esse percentual de acerto acima de 50% dos casos não resultou em maior número de acertos quando se deveria encaminhar a paciente para aprofundamento diagnóstico mesmo sem o laudo positivo para alterações celulares pela CO ($p < 0,0001$). Esse resultado parece demonstrar que mesmo entre os que interpretaram corretamente um ou dois testes os encaminhamentos se fizeram de forma excessiva e inconsistente.

Observamos que o alto percentual de dificuldade na identificação dos achados clínicos pode refletir-se em um elevado percentual de encaminhamentos indevidos à colposcopia, com evidentes prejuízos financeiros ao sistema de saúde decorrente da utilização inadequada desse recurso e aumento da fila de espera decorrente de uma demanda aumentada. Em relação à mulher, a expectativa de um novo exame e ser alertada sobre a possibilidade de uma lesão suspeita pode acarretar danos psicológicos e emocionais difíceis de mensurar.

Observou-se com relação à interpretação da Imagem 2 que houve maior percentual de acertos quando considerados os testes de IVA e Schiller (76,4%) apesar de somente 14,6% terem confirmado contato anterior com caso semelhante (Tabela 4), 34% encaminharia a paciente para colposcopia sem aguardar pelo laudo da CO (Tabela 5).

Na imagem 3, embora apenas 17,4% enfermeiros tivessem visto caso semelhante em sua prática, 78,5% identificaram corretamente a positividade dos testes Schiller e/ou IVA e apenas 27,1% encaminharia para colposcopia.

Ainda com relação à imagem 3 a presença de IVA positivo e Schiller positivo indica claramente a necessidade de aprofundamento diagnóstico

independentemente do resultado do exame de Papanicolaou e mesmo na presença de um laudo citológico inocente para células neoplásicas. Mesmo assim, nesse caso, 72,9% dos enfermeiros não encaminhariam a paciente para o aprofundamento diagnóstico sem um resultado da CO positivo para células neoplásicas (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007; FRANCO *et al.*, 2008).

Considerando que em nosso meio a sensibilidade da CO chega apenas a 22,1% (FRANCO *et al.*, 2008) somente 16,8% das mulheres seriam triadas corretamente por esses profissionais, na ausência de um laudo citológico positivo.

Na imagem 4, 48,6% já visualizaram um colo uterino com características semelhantes em sua prática (Tabela 4). Entretanto, apenas 33,3% identificaram corretamente os achados clínicos presentes no colo uterino; mais de um terço acertou os resultados do IVA e Schiller (37,5% e 48,6% respectivamente). No entanto, somente 19,4% encaminhariam o caso para aprofundamento da investigação através da colposcopia.

Vale ressaltar que nesse caso, embora o acetobranqueamento tenha ocorrido de forma pouco intensa as dimensões em que a imagem foi projetada permite identificar perfeitamente as alterações de superfície característica da infecção pelo HPV com aspecto claramente papilar com presença de capilar central e distribuição praticamente regular em toda a área brancacenta.

Ainda na imagem clínica apresentada após a aplicação da solução de Schiller a falta de acurácia na observação parece ter sido a causa de 51,4% de erro na interpretação desse teste. Os aspectos espiculado e uniforme, em toda a área anteriormente brancacenta, permaneceram com as mesmas características morfológicas, bastante distintas dos aspectos normais do epitélio escamoso de revestimento do colo uterino, e adquiriu coloração escura durante a realização do teste de Schiller.

A utilização de definições simplistas para a interpretação da IVA e do teste de Schiller pode ser apontada como uma das causas para o elevado percentual de erros já que diferentemente do que se possa supor nem toda área acetobranca está obrigatoriamente associada infecção pelo HPV, assim como também, nem toda estrutura que não se core pela solução de Schiller representa a presença de câncer do colo uterino e suas lesões precursoras. Exemplo incontestável pode ser observado nas mulheres menopausadas ou com falência

hormonal e naquelas onde as zonas de metaplasia imatura e metaplasia interrompida estão presentes e observáveis sob ampliação e a partir da aplicação do ácido acético a 5% (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

Na Imagem 5, 25,7% dos enfermeiros afirmaram ter visto semelhança entre as mulheres por eles atendidas na atenção básica (Tabela 3). Vale salientar que esta imagem foi a segunda com maior percentual de acertos (89,6%) na identificação de achados clínicos no colo do útero; 47,9% acertaram os resultados do IVA; 41,7% responderam corretamente sobre a positividade do teste Schiller e 42,4% dos enfermeiros encaminhariam para colposcopia.

Diante desse resultado é importante tentar compreender o porquê de, mesmo o percentual de acertos na interpretação do IVA e do teste de Schiller tendo se aproximado de 50% cada, somente 42,4% dos enfermeiros encaminharia a paciente para aprofundamento diagnóstico pela colposcopia na ausência de um laudo de CO inocente.

O aspecto anormal e cruento da cérvix uterina facilmente perceptível tanto na IV como após a aplicação da solução de Schiller é contundente. Uma extensa ectopia, a presença de lesão acetobranca de aspecto vegetante e áreas com alterações de acetobranqueamento que não se coraram no teste de Schiller indicam o aprofundamento diagnóstico pela colposcopia independente de qual seja o laudo citológico. Ainda assim, apenas 42,2% dos enfermeiros encaminhariam a paciente para aprofundamento diagnóstico sem um laudo positivo para alterações celulares decorrentes da infecção pelo HPV.

Assim, é preciso levar em consideração que a opacidade, ou o branqueamento mais tênue pode ser observada nas metaplasias imatura ou interrompida. Essas aparentes alterações se justificam porque esses processos metaplásicos apresentam vários graus de densidade celular e nuclear, sendo que muitas vezes capilares intra-epiteliais apresentam-se como um pontilhado ou mosaico (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006).

A interpretação do teste de Schiller requer apoio indispensável de instrumento de magnificação e conhecimento aprofundado das características morfológicas dos epitélios que compõem o colo uterino e de suas expressões quando submetidos ao contato com a solução de Schiller já que, por exemplo, os Epitélios colunar, metaplásico imaturo e displásico também coram-se com uma cor

amarelada e são definidos como iodo-negativos, sem que isso represente relação com o CCU e suas lesões precursoras (GROSS; BARRASSO, 1999; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

O conhecimento das características morfológicas e colorimétricas da ZT antes e após a realização do teste de Schiller é fundamental já que uma captação irregular da solução de Schiller com aparência semelhante a anéis iodo-negativos e circundados por epitélio iodo-positivo podem ser detectados tanto no epitélio escamoso aparentemente normal como nas lesões observáveis após a aplicação do ácido acético a 5%, tudo observado exclusivamente na ZT, onde precisam ser identificados os limites caudais da ZT (GROSS; BARRASSO, 1999; SINGER; MONAGHAN, 2002; KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007).

A solução de Schiller é formulada a partir de cálculos farmacotécnicos e é composta por Iodo Metalóide, Iodeto de potássio e água deionizada. Após a preparação deve ser acondicionada sempre em frasco de vidro âmbar e rotulada com a composição da fórmula, data de validade e nome do responsável pela manipulação da solução (AULTON, 2005).

Na preparação desta solução, assim como durante sua armazenagem e aplicação não devem ser utilizados recipientes de metal ou plástico, devido a reação dos componentes com estes materiais, sendo recomendado a utilização de recipientes de vidro que não reagem quimicamente com as soluções.

Infelizmente, nas unidades básicas de saúde às quais temos tido acesso durante todo nosso trajeto profissional não identificamos nenhuma unidade de saúde onde essas recomendações fossem seguidas fielmente, o que compromete de forma importante a qualidade do exame.

Contraindicações importantes para o teste de Schiller, como o período gestacional e a realização de avaliação da função tiroideana nunca, ou quase nunca, são respeitadas, levando-nos a crer que não fazem parte do conhecimento dos profissionais que realizam o procedimento (BRASIL, 2008).

Tabela 6 — Avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca da colpocitologia oncótica e inspeção visual. Juazeiro do Norte, 2012. N= 144.

Indicação de colposcopia relacionada a erro e acerto no Schiller e IVA	IVA	SCHL	p
Figura 1	70,1% (101/144)	61,1% (88/144)	0,109
Figura 2	62,5% (90/144)	80,9% (88/144)	0,809
Figura 3	61,1% (88/144)	60,4% (87/144)	0,999
Figura 4	62,5% (90/144)	51,3% (74/144)	0,058
Figura 5	52,1% (758/144)	58,3% (84/144)	0,289

Ao compararmos a resposta dos enfermeiros sobre indicação de colposcopia em relação ao erro ou acerto do resultado de Schiller e IVA para cada uma das imagens, identificamos que em todas as figuras não houve diferença significativa entre a resposta dada ao teste das imagens apresentando um colo com resultado de Schiller, de IVA e o critério adotado para o encaminhamento para colposcopia.

Para que se possa realizar uma IV adequada é indispensável o conhecimento básico da morfologia da cérvix uterina e dos seus diversos componentes para que se possa reconhecer e diferenciar estruturas normais das eventuais alterações que podem ocorrer em decorrência da infecção pelo HPV e da instalação do câncer do colo uterino e/ou de suas lesões precursoras.

A identificação das anormalidades da cérvix uterina, *per si*, não garante o diagnóstico das lesões de baixo ou alto grau, mas permitem a indicação do aprofundamento diagnóstico daqueles casos onde essas alterações são significativamente suspeitas.

É indispensável conhecer as possíveis variações dos aspectos do colo uterino morfológicamente normal para que se possa, na presença de lesões suspeitas, fazer o encaminhamento necessário ao exame colposcópico mesmo que o resultado da CO seja inocente para lesões precursoras ou CCU. Justifica-se essa recomendação em decorrência da baixa sensibilidade que a CO alcança em nossa realidade e da constante comprovação de que muitos resultados obtidos através da citologia não são compatíveis com os achados clínicos presentes ao exame especular.

Como padrão para a base de conhecimentos indispensáveis para a execução da IV recomenda-se que o enfermeiro tenha a capacidade de identificar e descrever estruturas e nomear alterações comuns na prática ginecológica.

São conhecimentos indispensáveis habilidades e atitudes diferenciar entre o epitélio escamoso e glandular, realizar uma coleta citológica dentro dos padrões recomendados pelo MS realizar os testes do ácido acético e de Schiller de forma assertiva. Considera-se que esses testes foram corretamente realizados quando a técnica preconizada foi utilizada em suas diversas etapas.

Estudo realizado por Oliveira e Soares (2007) analisou os aspectos técnicos envolvidos na coleta da CO sem levar em conta a baixa sensibilidade do exame e da necessidade premente da adoção de métodos complementares que possam identificar na população mulheres com lesão precursora ou CCU com resultados falso-positivos. Tais limitações de alguma forma parecem atribuir ao enfermeiro a função de mero coletor da CO sem levar em conta a necessidade premente de conhecimentos clínicos e experiência na identificação do CCU e de suas lesões precursoras utilizando-se de técnicas adjuvantes a CO.

Entre os enfermeiros, é facilmente perceptível nas numerosas publicações que abordam essa temática que entre as causas atribuídas ao insucesso na redução esperada para a mortalidade pelo CCU, em nosso meio, predominam aquelas que atribuem à mulher algum grau de culpa, negligência ou desconhecimento.

Tabela 7 — Avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca do Teste de Schiller. Juazeiro do Norte, 2012. N= 144.

Procedimentos de Schiller	Acerto		Erro		p valor ⁽¹⁾
	n	%	n	%	
Conservação	14	9,7	130	90,3	p<0,0001
Tempo de IVA	6	4,2	138	95,8	p<0,0001
Substância	2	1,4	142	98,6	p<0,0001
Indicação	4	2,8	140	97,2	p<0,0001
Contraindicação	2	1,4	142	98,6	p<0,0001

⁽¹⁾Teste Z de Proporção

Ao avaliarmos o conhecimento do enfermeiro sobre cuidados com a conservação da solução de Schiller e técnicas adicionais para identificação de

lesões precursoras do CCU, como o teste da IVA (Tabela 7), vimos que o percentual de acerto maior dos enfermeiros foi de apenas 9,7%, quando perguntados acerca da conservação dessa solução. Em seguida, apenas 4,2% responderam corretamente sobre o intervalo de tempo necessário para a realização do teste de Schiller após a aplicação do IVA. Percentual menor ainda de profissionais (2,8%), afirmou corretamente qual a indicação para o uso do teste Schiller. Com o mais baixo percentual de acerto (1,4%), as perguntas relacionadas à substância componente da solução de Schiller e suas contraindicações para uso.

É importante salientar que todos os itens acima investigados apresentaram diferença estatisticamente significativa, demonstrada pelos valores de $p < 0,0001$.

O teste de Schiller é utilizado rotineiramente nas unidades de assistência básica à saúde como método de rastreio para o CCU e suas lesões precursoras, no entanto, sua interpretação incorreta, decorrente da simplificação que lhe foi atribuída e da utilização indevida de outras soluções para o exame, é provavelmente uma das causas mais frequentes de encaminhamento indevido de mulheres para o aprofundamento diagnóstico. Mesmo em países desenvolvidos a falta de especificidade do teste de Schiller tem sido a principal causa para a redução crescente de sua utilização nos países de língua inglesa, onde sua utilização é restrita ao momento do tratamento, somente a fim de melhorar a definição das áreas lesionais (KOSS; GOMPEL, 2006; MARCHETTA; DESCAMPS, 2007; WHO, 2007).

Muitos fatores inerentes à formação profissional, experiência, sobrecarga de trabalho, dificuldade diagnóstica entre outros, são mencionados na literatura como fatores que influenciam negativamente na avaliação citológica. Sugere-se inclusive que as taxas de atipias indeterminadas podem ser reduzidas se os profissionais que coletam as amostras realizarem com qualidade e correta fixação das lâminas, a realização da coloração adequada e controle interno de qualidade laboratorial (SEBASTIÃO *et al.*, 2004).

Quanto mais vezes a mulher é submetida à CO sem que se consiga efetivamente identificar os casos positivos, mais tempo a mulher vai permanecer sem tratamento e submetida a essa exposição e cumulativa no tempo. O risco de essas mulheres desenvolverem câncer aumenta, quando efetivamente essa neoplasia poderia ser prevenida por meio do exame preventivo de Papanicolaou (CASTELLSAGUÉ *et al.*, 2006).

Tabela 8 — Avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca da descrição das estruturas apontadas nas imagens clínicas. Juazeiro do Norte, 2012. N=144.

Estruturas apontadas corretamente	n	%
Canal cervical e junção escamo-colunar	8	5,5
Área reativa ao ácido acético	5	3,5
Área iodo positiva	3	2,1
Área iodo negativa	3	2,1
Muco cervical	2	1,4
Orifícios glandulares	2	1,4
Área de metaplasia	1	0,7
Junção escamo-colunar / ectopia	1	0,7
Área com padrão capilar de mosaico corada realçada pela solução de Schiller	-	-
Epitélio escamoso sem alteração	-	-

Ainda com relação às cinco imagens clínicas foi solicitado que os enfermeiros nomeassem cada uma das 25 estruturas apontadas pelas setas, descrevendo cada uma da mesma forma que faria na folha de encaminhamento para o laboratório ou para o aprofundamento diagnóstico por especialista.

Nessa variável os espaços para respostas deixados em branco significavam que o enfermeiro ou não sabia nomear as estruturas ou não tinha conhecimento suficiente para fazê-lo de forma segura.

As estruturas presentes nas imagens foram agrupadas segundo a similaridade da significância clínica, anatômica e morfológica conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Estruturas clínicas, anatômicas e morfológicas presentes nas imagens.

Estrutura	Número das setas
Orifícios glandulares	1, 4, 19
Epitélio escamoso sem alteração	3,7,18
Área de metaplasia	5
Muco cervical	6
Área com padrão capilar de mosaico corada realçada pela solução de Schiller	8
Canal cervical e junção escamo-colunar	13,16, 24
Junção escamo colunar / ectopia	23
Área iodo positiva	10,14, 20
Área iodo negativa	9,15, 25
Área reativa ao ácido acético	2,11, 12, 17, 21, 22

A estrutura que apresentou maior percentual de acerto (5,5%) entre os enfermeiros foi a identificação do canal cervical e junção escamo-colunar. Em seguida, com 3,5% de acertos está a percepção de que a imagem tratava-se de área reativa ao ácido acético. O reconhecimento de áreas iodo negativas ou iodo positivas foi realizada por somente 2,1% dos entrevistados. As estruturas com imagens de orifícios glandulares, muco cervical foram apontadas por apenas 1,4% dos enfermeiros. Por fim, as estruturas com nenhum percentual de acerto foram as relacionadas à identificação de epitélio escamoso sem alteração e área com padrão capilar de mosaico corado pela solução de Schiller.

A descrição das estruturas encontradas nas imagens clínicas foi, entre todas as variáveis, a que mais nos impressionou pelo baixo percentual de respostas e de respostas incorretas, pois, para além de realizar uma coleta tecnicamente perfeita onde devem estar contidos todos os elementos celulares indispensáveis a concretização da CO as observações referentes aos testes complementares são de fundamental importância para alertar ao citologista sobre a existência de casos previamente suspeitos por apresentarem alterações de ordem morfológica, lesões exuberantes ou subclínicas ou a positividade da IVA e teste de Schiller para lesões que apontem para o CCU ou suas lesões precursoras.

Muitas vezes considerada a tarefa irrelevante ou desnecessária a descrição dos achados clínicos pode ser o fator diferencial na qualidade e precisão da CO. A baixa qualidade e/ou imprecisão nas informações fornecidas pelo coletor da amostra sobre o caso, dentre outros fatores, está frequentemente associada à baixa efetividade da CO (JANICEK; AVERETTE, 2001; HWANG *et al.*, 2003; FRANCO *et al.*, 2008).

Assim, independentemente da adoção de testes cada vez mais sofisticados nos programas de prevenção do câncer do colo uterino fica cada dia mais evidente que o conhecimento de base dos enfermeiros sobre a anatomia e morfologia da genitália feminina é indispensável para que a consulta ginecológica de enfermagem seja um dos mecanismos capazes de influenciar positivamente na redução da morbidade e mortalidade por CCU.

O método de Papanicolaou, apesar das inúmeras limitações já discutidas, ainda tem sido largamente utilizado na prática clínica com a intenção de reduzir a incidência de câncer e mortalidade. Então, para que ele seja eficiente, é necessária uma intensa atividade de controle de qualidade a fim de evitar os inúmeros casos falsos negativos e os falsos-positivos.

Detectar possíveis causas dos falso-negativos, ou seja, um Controle de Qualidade efetivo que avaliará não só a adequabilidade da amostra, como também o trabalho realizado em cada uma das etapas que se seguem e principalmente o profissional a frente do exame. Através de Educação continuada, qualificação do pessoal, exame de proficiência juntamente a um trabalho conjunto entre laboratórios e profissionais com uma definição clara de objetivos deve ser feita a fim de permitir a melhoria de todo o processo técnico, resgatar a qualidade e conseqüentemente a confiabilidade nesse exame tão difundido.

O que importa nessa luta é que a mulher seja atendida com qualidade e possa estar segura que técnica e conhecimento que o enfermeiro dispõe foram usados a seu favor, como um elemento tão ou mais importante que os outros, pois apesar de todos os esforços empreendidos pela ciência o melhor método de rastreamento do câncer de colo uterino, cujo objetivo principal é o rastreamento de lesões invasoras através da detecção e tratamento de lesões pré-neoplásicas, ainda permanece incerto (SOLOMON; DAVEY; KURMAN, 2003; KATZ *et al.*, 2010).

O encaminhamento indevido de mulheres que não necessitam de exames complementares após a consulta de enfermagem em prevenção do CCU, antes de

representar um excesso de zelo, acarreta o desperdício dos meios diagnósticos indispensáveis para mulheres que realmente apresentam lesões suspeitas na cérvix uterina, e sempre acarreta algum descrédito à competência profissional.

A avaliação da reação dos sujeitos da pesquisa contemplou a percepção que esses enfermeiros têm do próprio conhecimento e do interesse em adquirir novas competências, o que é fundamental quando se pretende adotar uma política de capacitação que quebre paradigmas e busque a implantação de novas técnicas e tecnologias.

6 CONCLUSÕES

De acordo com a efetivação desse estudo pode-se concluir que:

Este estudo envolveu uma população homogênea composta por enfermeiros que estavam cursavam uma pós-graduação em Saúde da Família em uma Instituição de Ensino superior na cidade de Juazeiro do Norte- Ceará.

A maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (N=129; 89,6%), com idade entre 26 e 30 anos (N=78; 54,2%), procedente de Juazeiro do Norte (N=76; 52,8%), solteira (N=116; 80,6%), com um ano ou menos (N=48; 33,3%) de atuação profissional, e que exerciam suas atividades no PSF (N=100; 69,4%), sobretudo em Juazeiro do Norte (N=49; 34%).

Quanto à avaliação da motivação/reação dos enfermeiros acerca de treinamento oferecido em CO e IV para a Atenção Básica, verificou-se que entre os 144 participantes da amostra 96,5% (139) acreditavam que ainda existiam muitas informações desconhecidas ou novas sobre propedêutica do CCU; 97,2% (140) reconheciam a necessidade de receberem atualizações. Ressalta-se que 98 participantes (68,1%) afirmaram que a participação em treinamentos não interfere nas demais atividades profissionais. Ainda sobre a participação em treinamentos, 51 enfermeiras (35,4%) afirmaram que era dependente do fornecimento de certificados, além disso, 127 enfermeiros (88,2%) acreditam que resultados importantes na prática profissional são esperados/observados após os treinamentos, de modo que a grande maioria dos enfermeiros (84%) encontrava-se disposto a receber treinamento.

Percebeu-se que a experiência anterior dos enfermeiros na visualização do achado clínico apresentado variou de 14,6% a 48,6%. Acerca da avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros no que diz respeito à CO e IV, na imagem 1, 39,6% dos enfermeiros haviam visto estruturas semelhantes em sua formação ou prática profissional e a soma dos acertos nos testes foi de 68,8%. Quanto à Imagem 2, houve maior percentual de acertos considerados a soma dos dois testes (70,8%) apesar de que somente 14,6% confirmaram contato anterior com caso semelhante. Na imagem 3, embora apenas 17,4% enfermeiros tivesse visto imagem semelhante em sua prática, a maior parte (66,7%) identificou corretamente a positividade de um

dos dois testes. Na imagem 4, quase a metade (48,6%) já visualizou um colo uterino com características semelhantes em sua prática, entretanto, apenas 33,3% identificaram corretamente os achados clínicos presentes no colo uterino e mais de um terço acertou os resultados do IVA e Schiller (37,5% e 38,9% respectivamente). Na Imagem 5, 25,7% dos enfermeiros afirmaram ter visto imagem semelhante em mulheres atendidas na atenção básica, com percentual de acertos elevado (70,1%) na identificação de achados clínicos no colo do útero. Quase a metade (47,9%) acertou os resultados do IVA; 41,7% responderam corretamente sobre a positividade do teste Schiller.

Na avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca do Teste de Schiller, o percentual de acerto maior dos enfermeiros foi de apenas 9,7% no que diz respeito à conservação dessa solução. Enquanto que o mais baixo percentual de acerto (1,4%) esteve relacionado a perguntas sobre a composição da solução de Schiller e suas contraindicações para uso.

No que diz respeito à avaliação de práticas e saberes dos enfermeiros acerca da descrição das estruturas apontadas nas imagens clínicas, a estrutura que apresentou maior percentual de acerto (5,5%) entre os enfermeiros foi a identificação do canal cervical e junção escamo-colunar. Já as estruturas com imagens de orifícios glandulares, mucocervical foram apontadas por apenas 1,4% dos enfermeiros. Por fim, as estruturas com nenhum percentual de acerto foram as relacionadas à identificação de epitélio escamoso sem alteração e área com padrão capilar de mosaico corado pela solução de Schiller.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a linha de base de conhecimentos sobre a morfologia da cérvix uterina e a capacidade de reconhecer as estruturas anormais era insuficiente para a maior parte dos enfermeiros realizar com segurança IV e o teste de Schiller. Diante desse resultado é importante tentar compreender o porquê de, mesmo o percentual de acertos na interpretação do IVA e do teste de Schiller tendo se aproximado de 50%, somente na imagem 5, onde 42,4% dos enfermeiros encaminharia a paciente para aprofundamento diagnóstico pela colposcopia na ausência de um laudo de CO inocente.

No que se refere avaliação da reação ficou evidente a disposição e interesse dos enfermeiros em participarem de formações complementares sobre prevenção do CCU.

Logo, o enfermeiro que assiste a mulher na prevenção do CCU, deve focar ações na utilização de métodos complementares a CO como forma de garantir uma triagem mais fidedigna das mulheres que apresentam lesões precursoras ou o CCU.

Apesar da análise cuidadosa e dos testes estatísticos aplicados aos achados da pesquisa, existem algumas limitações que merecem destaque como a impossibilidade do acompanhamento das enfermeiras para averiguar as atividades desenvolvidas durante a realização da coleta citológica; e a impossibilidade de fazer uma avaliação prática, nas condições existentes no campo de atuação das enfermeiras, em inspeção IVA e Teste de Schiller.

Recomenda-se então, a continuação desta investigação para que se possam criar mecanismos que permitam identificar as limitações que impedem que os exames complementares a CO sejam realizados de forma eficiente e eficaz resultando em um processo de triagem que consiga identificar com segurança e encaminhar para aprofundamento diagnóstico, de forma assertiva, as mulheres com CCU e ou suas lesões precursoras.

REFERÊNCIAS

- ABBAD, G.; PILATI, R.; PANTOJA, M. J. B. Avaliação de treinamento: análise da literatura e agenda de pesquisa. **Rev Administr.**, v.38, n.3, p.205-218, 2003.
- ADAD, S. J.; SOUZA, M. A. H.; ETCHEBEHERE, R. M.; SALDANHA, J. C.; FALCO, V. A. A.; MURTA, E. F. C. Cytohistological correlation of 219 patients submitted to surgical treatment due to diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia. **São Paulo Med J.**, v.117, n.2, p.81-84, 1999.
- ALEIXO NETO, A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. **Rev Saúde Pública**, v.25, n.4, p.326-33, 1991.
- ALVES RRF; TEIXEIRA TS; NETTO JCA. Performance da citologia e colposcopia frente à histopatologia no rastreamento e diagnóstico das lesões precursoras do câncer do colo uterino. **DST J Bras Doenças Sex Transm** 2002; 14:33-8.
- ANTUNES, C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. 37p.
- AULTON, M. **Delineamento de formas farmacêuticas**. 2^{ed}. Porto Alegre: Artmed, 2005. 678p.
- BOMFIM-HYPPOLITO S, FRANCO ES, FRANCO RG, ALBUQUERQUE CM, NUNES GC. Cervicography as an adjunctive test to visual inspection with acetic acid in cervical cancer detection screening. **Int J Gynaecol Obstet** 2006; 92:58-63.
- BOSH, F. X.; SANJOSÉ, S. Human papillomavirus and cervical cancer – burden and assesment of causality. **J Natl Cancer Inst Monogr.**, v.31, n.31, p.3-13. 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos **Formulário Terapêutico Nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRITO, D. M. S.; GALVÃO, M. T. G. Fatores de risco para CCU em mulheres com HIV. **Rev Rene**, v.11, n.1, p.191-9, 2010.
- BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization**. St. Louis: Elsevier Saunders, 2005.

CANADÁ. Public Health Agency of Canada. Nacional Advisory Committee on Immunization (CA). Statement on human papillomavirus vaccine. **Can Commun Dis Rep.**, v.33, n.2, p.1-32, 2007.

CANIDO, R. E.; CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; MARTINS, A. A. Avaliação do programa de prevenção do CCU e de mama no município de Paranapanema, Estado de São Paulo, Brasil. **Mundo Saúde**, v.31, n.3, p.375-383, 2007.

CANTILLON, P.; JONES, R. Does continuing medical education in general practice can make a difference? **Br Med J.**, [Internet] v.318 n.7193, p.1276-1279, 1999. Available from: URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/318/7193/1276>. Access in: 21 abr. 2012.

CASTELLSAGUÉ, X.; DÍAZ, M.; SANJOSÉ, S.; MUÑOZ, N.; HERRERO, R.; FRANCESCHI, S, et al. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. **J Natl Cancer Inst.**, v.5, n.98, p.303-315, 2006.

CASTELLSAGUÉ, X.; MUNOZ, N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis-role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. **J Natl Cancer Inst Monogr.**, v.31, n.31, p.20-28, 2003.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. **Lei complementar nº 78, 26 de junho de 2009**. Diário Oficial do Estado do Ceará [Internet]. 2009. Disponível em: <http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20090703/do20090703p01.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). **Morbidity and mortality weekly report**. [Internet]. v.59, n.10, p.1-36, 2010. Available from: http://www.ups.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/cdcgbsperinatal2010.pdf Access in: 04 abr. 2013.

CONTI, F. S.; BORTOLIN, S.; KÜLKAMP, I. C. Level of behavior and knowledge concerning human papillomavirus among university students of a nursing college. **J Bras Doenças Sex Transm.**, v.18, n.1, p.362-366, 2006.

COSTA, S.; SIDERI, M. K.; SYRJANEN, P.; TERZANO, M.; DENUZZO, P.; DESIMONE, et al. Comned Pap smear, cervicography and HPV DNA testing in the detection of cervical intraepithelial neoplasia and câncer. **Acta Cytol.**, v.44, p.310-318, 2000.

ELUF-NETO, J.; BOOTH, M.; MUÑOZ, N.; BOSH, F. X.; MEIJER, C. J. L. M.; WALBOOMERS, J. M. M. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. **Br J Cancer.**, v.69, n.1, p.114-119, 1994.

FERRIS, D. G.; SCHIFFMAN, M.; LITAKER, M. S. Cervicography for triage of women with mildly abnormal cervical cytology results. **Am J Obstet Gynecol.**, v.185, n.4, p.939-943, 2001.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 4^{ed}. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRANCO, E. S.; FRANCO, R. G. F. M.; HYPÓLITO, S. B.; BEZERRA, S. J. S.; PAGLIUCA, L. M. F. Fotomapeamento genital ampliado: descrição da técnica. **Rev Enferm UERJ.**, v.13, n.3, p. 299-305, 2005.

FRANCO, E. S.; HYPÓLITO, S. B.; FRANCO, R. G. F. M.; ORIÁ, M. O. B.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M. F, et al. Critérios de positividade para cervicografia digital: melhorando a sensibilidade do diagnóstico do câncer cervical. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.11, p.2653-2660, 2008.

FRISCH, L. E.; PARMART, H.; BUCKEY, L. D.; CHALEM, S. A. Improving the sensitivity of cervical cytologic screening: a comparison of duplicate smears and colposcopic examination of patients with cytologic inflammatory epithelial changes. **Acta Cytol.**, v.34, n.2, p.136-139, 1990.

GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SZKLO, M.; DONATO, A.; ZARDO, L. M. G.; LOZANA, J. A, et al. Comparação do desempenho do teste de captura híbrida II para HPV, citologia em meio líquido e citologia convencional na detecção precoce do CCU e de suas lesões precursoras no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Cancerol.**, v.50, n.3, p.225-26, 2004.

GOMES, C. H. R.; SILVA, J. A.; RIBEIRO, J. A.; PENNA, R. M. M. Câncer Cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no norte de Minas Gerais. **Rev Bras Cancerol.**, v.58, n.1, p.41-45, 2012.

GROSS, G. E.; BARRASSO, E. **Infecção por papilomavírus humano**: atlas clínico de HPV. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul Ltda, 1999.

HAUSEN, H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. **Nat Rev Cancer**, v.2, n.5, p.342-350, 2002.

HO, G. Y. F.; BIERMAN, R.; BEARDSLEY, L.; CHANG, C. J.; BURK, R. D. Natural history of cervical papillomavirus infection in young women. **N Engl J Med.**, v.12, n.7, p.423-28, 1998.

HUTCHINSON, L. Evaluating and researching the effectiveness of educational interventions. **Br Med J.**, [Internet] v.18, n.7193, p.1275-9127, 1999. Available from: URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/318/7193/1267>. Access in: 13 abr. 2012.

HWANG, T. S.; JEONG J. K.; PARK M.; HAN H. S.; CHOI, H. K.; PARK T. S. Detection and typing of HPV genotypes in various cervical lesions by HPV oligonucleotide microarray. **Gynecol Oncol.**, v.90, n.1, p.51-56, 2003.

HYPÓLITO, S. B. **O uso do ácido acético no diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino**. 2002. 137 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). Governo do Estado do Ceará, Planejamento e Gestão. **Perfil socioeconômico de Fortaleza**. Fortaleza: IPECE, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Secretaria de Assistência à Saúde. **Viva Mulher - CCU**: informações técnico gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Estimativas 2010**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104p.

JACYNTHO, C.; ALMEIDA FILHO, G.; MALDONADO, P. HPV: **Infecção genital feminina e masculina**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

JANICEK, M. F.; AVERETTE, H. E. Cervical cancer: prevention, diagnosis, and therapeutics. **CA Cancer J Clin.**, v.51, n.2, p.92-114, 2001.

KATZ, L. M. C.; SOUZA, A. S. R.; FITTIPALDI, S. O.; SANTOS, G. M.; AMORIM, M. M. R. Concordância entre citologia, colposcopia e histopatologia cervical. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.32, n.8, p.368-373, 2010.

KIRKPATRICK, D. L. **Techniques for Evaluating Training Programs**. Evaluating training programs. Alexandria (VA): ASTD, 1975.

_____. **Evaluating training programs**: the four levels. San Francisco: Berrett-Koehler, 1998.

KIRKPATRICK, D. L.; KIRKPATRICK J. D. **Como avaliar programas de treinamentos em equipe** – Os quatro níveis. Tradução José Henrique Lamersdorf. Rio de Janeiro: Senac, 2010.

KOSS, L. G.; GOMPEL, C. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. São Paulo: Roca, 2006.

LIBÂNEO, J. C. **A avaliação escolar** – Didática. São Paulo: Cortez, 1994.

LINHARES, L. R. Diagnóstico da infecção cervical pelo HPV-DST. **J Bras Doenças Sex Transm.**, v.6, n.3, p.7-21, 1994.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 10^{ed}. São Paulo: Cortez, 2000.

MACK, M. Points for reading as part of continuing medical education. **Br Med J.**, [Internet] v.320, n.2746, p.1408-1410, 2000. Available from: URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/320/7246/1408/a>. Access in: 13 mar. 2013.

MARCHETTA, J.; DESCAMPS, P. **Colposcopia: técnica, indicações, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2007.

MARIE-FABIENNE, F. Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. 618p.

MARTINEZ, A. M. S.; RIOS, E. V.; ELIZONDO, M. E. G. Calidad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en el estado de Nuevo Leon. **Salud Pública Méx.**, v.39, n.3, p.187-194, 1997.

MOURA, A. D. A.; SILVA, S. M. G.; FARIAS, L. M.; FEITOZA, A. R. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de CO: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev Rene**, v.11, n.1, p.94-104, 2010.

NOVAES, H. M. D.; BRAGA, P. E.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.1023-1035, 2006.

OLIVEIRA, E. H.; SOARES, L. F. Prevalência de vaginites infecciosas através da citologia clínica: um estudo do Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí. **Rev Bras Anal Clin.**, v.39, n.1, p.33-35, 2007.

OLIVEIRA, I. S. B.; PANOBIANCO, M. S.; PIMENTEL, A. V.; NASCIMENTO, L. C.; GOZZO, T. O. Ações das equipes de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. **Ciênc Cuid Saúde.**, v.9, n.2, p.220-227, 2010.

OTTAVIANO, M.; LA TORRE, P. Examination of the Cervix with naked eye using acetic acid test. **Am.J Obstet Gynecol.**, v. 143, n.2, p.139-142, 1982.

PHILIPS, J. J. **Handbook of training evolution and measurement methods**. 3^{ed}. Houston: Gulf Publish, 1997.

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

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAFLE, A. E. Challenges of implementing human papillomavirus (HPV) vaccination policy. **Br Med J.**, v.335, n.7616, p.375-377, 2007.

RIBEIRO, M. G. M.; SANTOS, S. M. R.; TEIXEIRA, M. T. B. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. **Rev Bras Cancerol.**, v.57, n.4, p.483-491, 2011.

ROTELI-MARTINS, C. M.; LONGATTO FILHO, A.; L. S. HAMMES.; S. F. M. DERCHAIN.; NAUD, P.; MATOS, J. C, et al. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.29, n.11, p.580-587, 2007.

RUTZ, W.; VON KNORRING, L.; WALINDER, J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression. **Acta Psychiatr Scand.**, v.85, n.1, p.83-88, 1991.

SCHILLER, J. T.; FRAZER, I. H.; LOWY, D. R. **Human Papillomavirus vaccines.** 5^{ed}. Saunders: Elsevier, 2008.

SCHNEIDER, D. L.; HERRERO, R.; BRATTI, C. GREENBERG, M.; HILDESHEIM, A.; SHERMAN, M. Cervicography screening for cervical cancer among 8460 women in a high-risk population. **Am J Obstet Gynecol.**, v.180, n.2, p.290-298, 1999.

SEBASTIÃO, A. P. M.; NORONHA, L.; SCEFFEL, D. L. H.; GARCIA, M. J.; CARVALHO, N. S.; COLLAÇO, L. M, et al. Estudo das atipias indeterminadas em relação à prevalência e ao percentual de discordância nos casos do Programa de Prevenção do Câncer Uterino do Paraná. **J Bras Patol Med Lab.**, v.40, n.6, p.431-438, 2004.

SELLORS, J. W.; SANKARANARAYANAN, R. **A colposcopia e o tratamento da neoplasia intraepitelial cervical** – manual para principiantes. Washington, D.C.: OPS, 2003.

SILVEIRA, G. P. G. **Ginecologia baseada em evidências.** 2^{ed}. São Paulo (SP): Atheneu, 2008.

SINGER, A.; MONAGHAN, J. M. **Colposcopia: patologia e tratamento do trato genital inferior.** Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2002.

SNIJDERS, P. J. F.; STEENBERGEN, R. D. M.; HEIDEMAN, D. A. M.; MEIJER, C. J. L. M. HPV-mediated cervical carcinogenesis: concept and clinical implications. **J Pathol.**, v.208, n.2, p.152-164, 2006.

SOLOMON, D.; DAVEY, D.; KURMAN, R. ASCUS LSIL Triage Study (ALTS) Group. Results of a randomized trial on the management of cytology interpretations of atypical cells of undetermined significance. **Am J Obstetric Gynecol.**, v.188, n.6, p.1383-1392, 2003.

SOUTO, R.; FALHARI, J. B. P.; CRUZ, A. D. O Papilomavírus Humano: uma fator relacionado com a formação de neoplasias. **Rev Bras Cancerol.**, v.51, n.2, p.155-160, 2005.

STINGHEN, A. E. M.; NASCIMENTO, A. J.; LEONART, M. S. S. Método de Papanicolaou em material cervico-vaginal para a triagem de infecção por *Candida* sp, *Trichomonas vaginalis* e *Chlamydia trachomatis*. **Rev Bras Anal Clin.**, v.36, n.2, p.111-115, 2004.

STOLER M, SCHIFFMAN M. For the ALTS Group. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: realistic estimates from the ASCUS-LSIL triage study. **JAMA** 2001; 285:1500-5.

TAVARES, S. B.; AMARAL, R. G.; MANRIQUE, E. J. C.; SOUSA, N. L. A.; ALBUQUERQUE, Z. B. P.; ZEFERINO, L. C. Controle de qualidade em citopatologia cervical: revisão de literatura. **Rev Bras Cancerol.**, v.53, n.3, p.355-364. 2007.

TYLER, R. W. **Princípios básicos de currículo e ensino**. 3^{ed}. Tradução de Leonel Vallandro. Porto Alegre: Globo, 1976.

WEAVER, B. A. Epidemiology and natural history of genital human papillomavirus infection. **J Am Osteopath Assoc.**, v.106, n.3, S2-S8, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Human Papillomavirus and HPV vaccines**: technical information for policy-makers and health professionals: Department of Immunization, Vaccines and Biologicals. Geneva: WHO, 2007. 36p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

N°. do participante

Nome: _____

		Sim	Não	Nomeie as estruturas apontadas pela seta	Respostas	Acertos
1	Já viu colo com alguma semelhança?			1-	1-	
	Colo do útero sem alterações			2-	2-	
	IVA positivo			3-	3-	
	Schiller positivo			4-	4-	
	Indica colposcopia sem citologia?			5-	5-	
2	Já viu colo com alguma semelhança?			6-	6-	
	Colo do útero sem alterações			7-	7-	
	IVA positivo			8-	8-	
	Schiller positivo			9-	9-	
	Indica colposcopia sem citologia?			10-	10-	
3	Já viu colo com alguma semelhança?			11-	11-	
	Colo do útero sem alterações			12-	12-	
	IVA positivo			13-	13-	
	Schiller positivo			14-	14-	
	Indica colposcopia sem citologia?			15-	15-	
4	Já viu colo com alguma semelhança?			16-	16-	
	Colo do útero sem alterações			17-	17-	
	IVA positivo			18-	18-	
	Schiller positivo			19-	19-	
	Indica colposcopia sem citologia?			20-	20-	
5	Já viu colo com alguma semelhança?			21-	21-	

	Colo do útero sem alterações			22-	22-	
	IVA positivo			23-	23-	
	Schiller positivo			24-	24-	
	Indica colposcopia sem citologia?			25-	25-	
6	Como deve ser conservada a solução de Schiller?					
7	Quanto tempo após início da IVA se faz o Schiller?					
8	Com qual substância se faz o teste de Schiller?					
9	Qual a indicação mais precisa para o teste de Schiller?					
10	Conhece alguma contra indicação para o teste de Schiller?					

Data: / /2012

APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO/REAÇÃONº. do participante

Nome: _____

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade ___ anos

3. Procedência: () Juazeiro do Norte () Barbalha () Crato () Outra

4. Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a)/União Estável

5. Escolaridade: () Superior Incompleto () Graduação () Pós-graduação

6. Local da graduação: () Juazeiro do Norte () Barbalha () Crato () Outra

7. Atuação Profissional: () Sem experiência () Menos de 1 ano () 1-3 anos
() 3-5 anos

8. Atuação: () PSF () Hospital () Clínica Privada () Não está exercendo

9. Município de atuação: () Juazeiro do Norte () Barbalha () Crato () Outra
() Sem vínculo no momento

Data: / /2012

Você gostaria ou sente necessidade de participar de um treinamento/atualização/capacitação em propedêutica do CCU?						
		Como você avalia o que se pede				
	Sobre sua participação em um treinamento/atualização	(1) Discordo completamente	(2) ⇨	(3) ⇨	(4) ⇨	(5) Concordo completamente
1.	Depende do período em que for oferecido.					
2	Tenho interesse se tiver certificado.					
3	Acho que outros colegas precisam mais desse treinamento/atualização do que eu.					
4	Acho que não há nada de novo nessa temática para ser repassado.					
5	Acho que não preciso de treinamento/atualização, pois já detenho conhecimentos suficientes sobre o assunto.					
6	Acho que não preciso de treinamento, já tenho muita prática sobre o assunto.					
7	Treinamento/atualização geralmente são repetitivos e/ou cansativos.					
8	De alguma forma os treinamentos e atualizações atrapalham outras atividades importantes que realizo.					
9	Se possível participaria de treinamento/avaliação sobre esse tema apenas posteriormente, pois não é uma prioridade minha nesse momento.					
10	Nunca observo resultados ou mudanças importantes, e para melhor, após os treinamentos/atualizações que participo.					
Total dos pontos obtidos						

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mônica Oliveira Batista Oriá, enfermeira e professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estarei juntamente com a mestranda em Enfermagem da UFC, Rosana Gomes de Freitas Menezes Franco, desenvolvendo a pesquisa com título “Práticas e saberes dos enfermeiros da atenção básica na citologia oncótica e inspeção visual”, onde buscaremos identificar lacunas no conhecimento dos enfermeiros que possam interferir na execução e interpretação dos testes coadjuvantes a Citologia oncótica e na sensibilidade do rastreio do Câncer do Colo Uterino e suas lesões precursoras. Para tanto, serão mostradas diversas fotografias de colos uterinos (cervicogramas) para que você tente identificar nessas imagens estruturas normais e patológicas habitualmente encontradas durante a coleta da Citologia oncótica. Também será solicitado que você responda um questionário sobre aspectos teóricos e práticos sobre a Coleta da Citologia oncótica e a Inspeção Visual realizadas na prevenção do Câncer do Colo Uterino na atenção básica. Os objetivos específicos dessa pesquisa são: Verificar a habilidade do enfermeiro em identificar e reconhecer achados clínicos, normais e suspeitos, durante a Inspeção Visual com e sem o ácido acético, Correlacionar achados clínicos com a precisão na descrição dos mesmos e verificar a motivação dos enfermeiros para corrigir, através de treinamento e/ou formação complementar, eventuais lacunas no conhecimento indispensável para correta execução e interpretação dos exames coadjuvantes à Citologia oncótica. Avaliação da reação/motivação será realizada através da aplicação de um questionário de apenas dez questões. Esse estudo obedece à determinação da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética em pesquisa que envolve seres humanos e garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações desse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária, e o (a) Sr. (a) poderá deixar a qualquer momento de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com você. Para quaisquer esclarecimentos que você precise, é só entrar em contato com os seguintes telefones:

Pesquisadora Responsável:

Nome: Profª Mônica Oliveira Batista Oriá
Telefone: (85) 3366-8454

Mestranda:

Rosana Gomes de F Menezes Franco
Telefone: (85) 88696163

Consentimento da participação da pessoa como sujeito de pesquisa

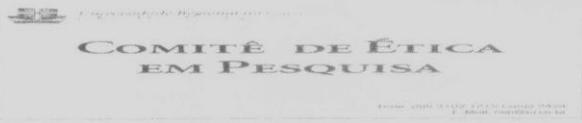
Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e DOU MEU

CONSENTIMENTO.	
Fortaleza, _____ de _____ de 2012.	
<hr/>	
Assinatura da (o) voluntária (o)	Profª Drª Mônica Oliveira Batista Oriá
	Rosana G. F. Menezes Franco

Atenção: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URCA – Rua Coronel Antonio Luiz, 1161- Pimentas – Crato- CE fone: 3102.1212 ramal 2202.

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA**

PARECER: Nº 65/2011
FOLHA DE ROSTO: 425704
CAAE: 0044.0.450.000-11
PESQUISADOR(A): EUGÊNIO SANTANA FRANCO
PROJETO DE PESQUISA: ACEITAÇÃO DA CERVICOGRAFIA COMO MÉTODO
 COMPLEMENTAR A CITOLOGIA DE PAPANICOLAU EM BARBALHA - CEARÁ

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da
 Universidade Regional do Cariri-URCA, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres
 humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de
 outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na
 reunião do dia 02 fevereiro de 2012.

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

Atenciosamente,


Ana Josicleide Maia
 Coordenadora Adjunta do
 CEP / URCA

Rua Cel Antonio Luiz, 1161 – Pimenta Crato – CE
 Telefone: 3102.1212 ramal 2202 E-Mail: cep@urca.br