

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

MARÍA ANGÉLICA ARZUAGA SALAZAR

**CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

MARÍA ANGÉLICA ARZUAGA SALAZAR

**CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza

Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

A797c Arzuaga Salazar, María Angélica
Contribuições da enfermagem para a detecção precoce do
câncer de colo uterino [tese] / María Angélica Arzuaga Salazar
; orientadora, Maria de Lourdes de Souza. - Florianópolis, SC,
2011.

248 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Colo uterino - Câncer - Mortalidade. 3.
Iniquidade na Saúde. 4. Cancer - Prevenção. I. Souza, Maria de
Lourdes de. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

MARÍA ANGÉLICA ARZUAGA SALAZAR

**CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A DETECÇÃO
PRECOCE DO CANCER DE COLO UTERINO**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 09 de fevereiro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

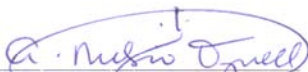


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:



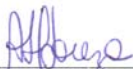
Dra. Maria de Lourdes de Souza
Presidente



Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Membro



Dra. Vera Lúcia Azevedo Lima
Membro



Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Membro



Dra. Maria Bettina Camargo Bub
Membro

SAWABONA é uma forma de cumprimentar usada na África do Sul e quer dizer: “eu te respeito, eu te valorizo e tu és importante para mim”. Como resposta as pessoas dizem: SHIKOBA, “Então eu existo para ti”.

(Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Telecomunicações e Operadoras de Mesas Telefônicas no Estado do ES, 2006)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais (Salomón Alfonso Arzuaga Palmezano e María Nayibe Salazar de Arzuaga):
Pela vida, o amor e o exemplo, por mostrar-me desde minha infância o que é equidade de gênero e que nós, as mulheres, temos a responsabilidade de formar-nos e de contribuir na sociedade.

A meu esposo (Calixto Enriquer Evers Quinto):
Pelo amor e a amizade nesta caminhada que implica crescer juntos e ir em busca de nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Todas as imagens e lembranças que povoam minha história de vida e que me proporcionam sentimentos, experiências, conhecimentos, provêm fundamentalmente de dois países: Colômbia, meu país de origem, e Brasil, país que me acolheu, onde fui recebida por pessoas maravilhosas que contribuíram nos meus estudos doutorais. Neste momento tão especial agradeço:

À Prof^a. Dra. Maria de Lourdes de Souza, minha querida orientadora e amiga, pelas orientações desde minha chegada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pelo exemplo como profissional-líder e mulher, pelo estímulo e desafio constante e que potencializou a minha formação profissional e acadêmica.

Às professoras Dras. Ana Izabel Jatobá de Souza, Maria Bettina Camargo Bub, María Antonieta Rubio Tyrrel e Vera Lúcia de Azevedo Lima, por participarem deste processo e me incentivarem na caminhada acadêmica.

Aos alunos e ex-alunos, por compartilharem o aprendizado e o crescimento pessoal e profissional.

À minha irmã (Carolina) e meus irmãos (Ricardo, José, Fernando e Jorge); a meu cunhado (Amadeo); às minhas cunhadas (Alcyra, Rosa Margarita e Janeth); às minhas sobrinhas (Angélica Paola, Laura Melissa); a meu sobrinho (José María) pelo amor, a unidade e a solidariedade.

Às professoras Dra. Gloria Margarita Alcaraz López e Dra. Martha Lucía Vásquez Truissi, que me estimularam a realizar o doutorado no Brasil.

Ao Prof. Dr. Alberto Oscar Cupani, por receber-me na disciplina de Filosofia da Ciência, pelos momentos de reflexão, os meus profundos agradecimentos.

Ao Prof. Lúcio José Botelho, por sua solidariedade, acolhimento e explicações na área da epidemiologia.

Ao Prof. Dr. José Francisco Fletes, por suas explicações e troca de ideias sobre estatística.

Ao Prof. Dr. Fernando Augusto Cruz, pela ajuda e pelos ensinamentos referentes ao programa Access.

Ao Prof. Dr. Hugo Portela Guarín, pelos momentos de troca familiar com Carolina e Violeta e os seus ensinamentos para utilizar o programa EndNote.

Ao Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima, por mostrar-me a importância da revisão sistemática e as possibilidades como caminho metodológico.

Aos professores e funcionários da *Facultad de Enfermería* da *Universidad de Antioquia*, minha família de coração, pela acolhida, afeto e o apoio para continuar na minha formação.

Às professoras da *Facultad de Enfermería* da *Universidad Popular del César*, pela confiança, estímulo e apoio.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela acolhida, estímulo e as trocas de ideias. Especialmente aos professores Selvino J. Assmann e Maria Bettina Camargo Bub, pelo carinho e dedicação em nossos momentos de estudo de Filosofia e Biopolítica.

À Lia Rosa Leal, pela sua ajuda com a revisão do português dos textos, as aulas de português e os agradáveis momentos compartilhados.

A minhas colegas do *Grupo de Investigación Salud de las Mujeres*, da *Universidad de Antioquia*, a Diva Estela Jaramillo Vélez e Tullia Maria Uribe Vélez pela fundação do grupo, pelo exemplo de liderança e seus valiosos aportes.

Às colegas do grupo de pesquisa Cuidando & Confortando, pelos momentos acadêmicos e de cuidado.

Aos funcionários do *Centro Antioqueño de Prevención del Cáncer Ginecológico* –CAPRECAN, que compartilharam comigo a

missão de prevenir o câncer ginecológico e contribuir com a saúde e qualidade de vida das mulheres e da sociedade.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; agradeço de modo especial ao Jorge Siqueira, Claudia Crespi Garcia, Francini Rensi Schmitz e à Renata Brocker.

Aos colegas doutorandos do convênio DINTER/UFPA/UFSC/CAPES pela amizade, carinho e o compartilhar acadêmico.

Aos funcionários e bibliotecários da rede de Bibliotecas da Universidade Federal de Santa Catarina e da *Universidad de Antioquia*.

Ao bibliotecário Carlos Alberto Leal da Costa, pelas suas contribuições e múltiplos ensinamentos nos aspectos de apresentação de referências e informática e pela sua amizade.

Aos colegas professores e funcionários da *Asociación de Profesores de la Universidad de Antioquia-ASOPRUDEA*, pela convivência e responsabilidade social.

Aos enfermeiros e funcionarias da *Asociación de Enfermeras de Colombia-ANEC- Seccional Antioquia*, pela amizade e trabalho conjunto em busca do fortalecimento sindical.

À profa. Dra. Zayda Sierra, pelo seu estímulo, solidariedade, exemplo de vida acadêmica e compromisso social.

Aos funcionários de *Jerarquia Docente da Universidad de Antioquia*, e a Amparo Villa- secretaria da Facultad de Enfermería, pela sua solidariedade e prontidão para ajudar-me nos múltiplos assuntos administrativos na Universidad, meus anjos da guarda.

Aos enfermeiros com os quais tive o privilégio de compartilhar momentos acadêmicos e de crescimento pessoal: José Blas Martínez, Sandra Villalobos, Rocío Uribe, Raydan Rojas, Ofelia Galeano, Suldaris Navarro, Madeleine Olivella, Rose Mary Guerra, Rosa Idalia Rojas, Luz Estela Berrio, Isabel Escobar, María Isabel Lalinde, Cielo Amparo Noreña, Claudia Cecília Alvarez, Nohelia Serna Tobón, Rosa Amália

Castaño, Claudia Eterovic, María del Pilar Pastor, Edelmy Bedoya, Claudia Ariza Olarte, Olga Osorio Murillo, Ángela María Salazar Maya, Sandra Catalina Ochoa Marín, Gladys Eugenia Canaval, María Clara Quintero, Anabel Magaña Rosas, Sandra Luz Borrado Saucedo, Celina Gutiérrez Piceno, Carmén de la Cuesta Benjumea, María Aurora Rodríguez Borrego, María José Guardado, José Rafael González López, Yolanda Condorimay, María Teresa Cuatmatzi Peña, María Núbia Romero, Yolanda Rodríguez, Haydee Morales, Olga Crespo, Haimee Emerich Lentz, María del Carmen Ahumada Forero, Stella Montoya e Mariela de la Hoz.

Às famílias: Valencia Alvarez, Ruiz Buitrago, Vélez, Diaz Granados e Garizabal, por acolher-me como um de seus membros.

Na hora de citar meus amigos da vida, que me ofereceram estímulo e afeto, corro o risco de não registrar o nome de todos, mas neste momento desejo que se sintam representados por: Isabel Guerra Ustariz, Nora Oñate, Lorena Muñoz, Aminta María Guerra, Liliana Escobar Guerra, Diana Arzuaga, Alba Elena Correa, Alberto Botero, Martha Lucía Palacio, Patricia Lapeira, Luz Doris Valencia, Adriano Martínez, Fernán Mendoza, Isabel Cristina Ruiz Buitrago, Astrid Helena Vallejo Rico, Francia Palacio, Bertha Ligia Diez, María Eugenia Molina, Amalia Aponte, Willian Gómez, Silvia Zuluaga, Esteban Zarate, Elizabeth Lozada, Adalberto Silva, Alex Salazar, Martha Eugenia Lúquez, Angel Vega, María Eugenia Quintero, Juan Ignacio Sarmiento (*in memoriam*), Flor Ángela Tobón, Álvaro Cadavid, Beatriz Giraldo, Ana María Martínez, Ledys Hernández, Liliana Escobar Ciro, Martha Lucía Vargas e Olga Sierra.

À Márcia Fernandes, minha professora de português, que além de compartilhar sua amizade e família, compartilhou seus encantadores amigos e propiciou momentos de crescimento pessoal durante nossa estada no Brasil.

À minha colega de doutorado Gleide Magali Lemos Pinheiro, por compartilhar tantos momentos especiais e ajudar-me no processo de adaptação cultural no Brasil.

Às famílias e amigos que nos acolheram e nos apoiaram constantemente durante nossa estada no Brasil: Família Majjul, Família Ax, Família Souza, Família Prando, Família Azevedo Martel, Família

Barros, Família Bub, Família Becker, Família Diniz, Família Falaschi, Família da Cruz Gutierrez, Juan Esquivel, Ângela Ghiorzi, Rogério Santos, Dulcineia Santos, Fernanda Ax, Jacira Nunes Carvalho, Maria Baggio, Fabiane Sebold, Indianara Melo, Julia Volponi, Juan Otalora, Juliana Adriano, Carolina Portela, Elmer Gamboa, Yader Guerrero, Ana Maria Farias, William Cruz, Ulises Murillo, Elsa Nuñez e Eneida Ferreira Cunha.

A todas as pessoas que me apoiaram, contribuindo direta ou indiretamente para o sucesso desta empreitada e que não foram mencionados, muito obrigada, *muchas gracias*.

ARZUAGA SALAZAR, María Angélica. **Contribuições da Enfermagem para a detecção precoce do câncer de colo uterino.** 2011. 248 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientador: Dra. Maria de Lourdes de Souza

Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Neste estudo analisam-se o câncer de colo uterino como problema social e as contribuições da enfermagem na realização de testes para detectá-lo precocemente. Metodologicamente se fundamenta na epidemiologia descritiva e na revisão sistemática. Os resultados são apresentados na forma de artigos. No primeiro, Câncer de colo do útero: um problema social mundial, é analisado o câncer de colo de útero como problema social. Estudo transversal, com dados populacionais coletados na base de dados Globocan-2008. Foram utilizados dados das Taxas de Incidência e das Taxas de Mortalidade por 100.000 mulheres e percentuais de risco acumulado de incidência e mortalidade antes dos 75 anos pela doença nas regiões desenvolvidas e em desenvolvimento do mundo. Na análise são aplicadas as classificações da Organização das Nações Unidas (ONU) de desenvolvimento dos países ou regiões com base em projeções sociais e demográficas e os níveis de classificação das Taxas de Incidência e de Mortalidade do International Agency for Research on Cancer (IARC). O segundo artigo, Câncer de colo do útero: mortalidade em Santa Catarina – Brasil, 2000 a 2009, foi desenvolvido com base nos dados dos óbitos de mulheres por câncer de colo do útero, inclusive os de porção não especificada, ocorridos em Santa Catarina no período de 2000 a 2009, obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Observou-se que as taxas de mortalidade mais elevadas incidiram em mulheres a partir dos trinta anos e que o câncer de colo uterino ainda não foi controlado. No terceiro artigo, A enfermagem na detecção precoce do câncer de colo uterino: revisão sistemática, são analisadas as contribuições da Enfermagem para a detecção precoce dessa neoplasia. Revisão sistemática com artigos recuperados no ano de 2010 nas bases de dados MEDLINE, Cochrane,

CINHAHL e LILACS. Dos 3091 artigos identificados, após leitura de título e resumo foram pré-selecionados 174, os quais foram lidos integralmente, resultando na seleção de 10 artigos. O pessoal de enfermagem atuou como participante em nove pesquisas e como pesquisador em três pesquisas. A maioria dos artigos foi classificada com o nível de evidência 3B segundo a classificação Oxford; somente um obteve nível 4. Há contribuição de Enfermagem na realização de exames para detecção precoce do câncer de colo uterino, apesar do nível de evidência com que foram classificados os artigos. Conclui-se que o impacto da doença nas mulheres, nas suas famílias e nas sociedades demanda modificações no quadro das iniquidades sociais com adoção de estratégias intersetoriais que também facilitem o acesso aos serviços de saúde. O cuidado de enfermagem é uma estratégia para atender a responsabilidade social com as mulheres, as famílias e as sociedades e contribuir na detecção precoce da doença, favorecendo a qualidade de vida de milhares de mulheres.

Palavras-chave: Câncer de colo do útero. Mortalidade. Enfermagem. Iniquidade na Saúde. Enfermagem Baseada em Evidências. Detecção Precoce de Câncer. Revisão.

ARZUAGA SALAZAR, María Angélica. **Contributions of nursing to the early detection of cervix cancer.** 2011. 248 p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Advisor: Dra. Maria de Lourdes de Souza

Line of Research: Care and Process of Living, Being Healthy, and Getting Sick.

SUMMARY

In this study cervix cancer is analyzed as a social problem and the contribution of nursing in applying screening tests for the early detection of cervical cancer. Methodology is based on descriptive epidemiology and a systematic review. The results were presented like articles. In the first article, Cervical cancer: a social problem, and analyzing cervical cancer as a social problem. Cross sectional Study, with population data collected using the Globocan-2008 databases. Data from incidence and mortality rates per 100.000 women, and accumulated risk rates of cervical cancer incidence and mortality before the age of 75 in developed and developing regions of the world were used. In the analysis, the United Nations Organization classifications of countries or regions development based on social and demographic projections and the levels of classification of the incidence and mortality rates of the International Agency for Research on Cancer (IARC) are applied. The second article, Cervical Cancer: Mortality in Santa Catarina – Brazil, 2000 to 2009, obtained from the Information Mortality System (SIM) of the Ministry of Health and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). It was observed that the Mortality rate was higher in women in their early thirties and in whom the cervical cancer was not yet controlled. In the third article, Contributions of Nursing in the early detection of cervical cancer: systematic review. The contributions of nursing for the early detection of the disease were analyzed. Systematic review with articles recovered in the year of 2010 from MEDLINE, Cochrane, CINAHL and LILACS databases. After reading the titles and abstracts of the articles, from 3091 identified, 174 were pre-selected and read exhaustively resulting in the selection of 10 articles. The nursing staff participated in nine of the researches and in three of them they participated as researchers. Most of the articles had a level of evidence 3B, in the Oxford classification; only one of them had a level 4. There are also nursing contributions in the application of tests for the early detection of cervical cancer despite the

level of evidence in which the articles were classified. It is concluded that the impact of the disease in women, their families and the society demand modifications in the role of social inequities with the adoption of inter-sector strategies that also facilitate the access to health services. Nursing care is a strategy to attend the social responsibility with women, their families and the society and contribute in the early detection of diseases, favoring the quality of life of millions of women.

Keyword: Uterine cervical neoplasms. Mortality. Nursing. Evidence-Based Nursing. Early Detection of Cancer. Review.

ARZUAGA SALAZAR, María Angélica. **Contribuciones de la enfermería para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.** 2011. 248 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientador: Dra. Maria de Lourdes de Souza

Línea de Investigación: El Cuidado y el Proceso de vivir, ser saludable y enfermarse.

RESUMEN

En este estudio se analizan el cáncer de cuello uterino como problema social y las contribuciones de la enfermería en la realización de pruebas para detectarlo precozmente. Metodológicamente se fundamenta en la epidemiología descriptiva y en la revisión sistemática. Los resultados son presentados en la forma de artículos. En el primer, El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial, es analizado el cáncer de cuello de útero como problema social. Estudio transversal, con datos poblacionales recolectados en la base de datos Globocan-2008. Fueron utilizados datos de las Tasas de Incidencia y de las Tasas de Mortalidad por 100.000 mujeres y porcentajes de riesgo acumulado de incidencia y mortalidad antes de los 75 años por cáncer de cuello uterino en las regiones desarrolladas y en desarrollo. En el análisis son aplicadas las clasificaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de desarrollo de los países o regiones con base en proyecciones sociales y demográficas y los niveles de clasificación de las Tasas de Incidencia y de Mortalidad de la International Agency for Research on Cancer (IARC). El segundo artículo, Cáncer de cuello de útero: mortalidad en Santa Catarina – Brasil, 2000 a 2009, fue desarrollado con base en los datos de las muertes de mujeres por cáncer de cuello de útero, inclusive los de porción no específica, ocurridos en Santa Catarina en el período de 2000 a 2009, obtenidos en el Sistema de Información de Mortalidad (SIM) del Ministerio de Salud y del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE). Se observó que las tasas de mortalidad más elevadas incidieron en mujeres a partir de los treinta años y que el cáncer de cuello uterino todavía no fue controlado. En el tercer artículo, Contribuciones de la enfermería en la detección precoz del cáncer de cuello de útero: revisión sistemática, son analizadas las contribuciones de la enfermería para la detección precoz de esa neoplasia. Revisión sistemática con artículos recuperados en el año de 2010 en las bases de datos MEDLINE, Cochrane, CINHAHL y LILACS. De los 3091 artículos identificados,

después de la lectura del título y resumen fueron preseleccionados 174, los cuales fueron leídos integralmente, resultando en la selección de 10 artículos. El personal de enfermería actuó como participante en nueve investigaciones y como investigador en tres investigaciones. El nivel de evidencia 3B, en la clasificación Oxford, ocurrió en la mayoría de los artículos; solamente uno obtuvo nivel 4. Hay contribuciones de enfermería en la realización de exámenes para detección precoz del cáncer de cuello uterino, a pesar del nivel de evidencia en el que fueron clasificados los artículos. Se concluye que el impacto de la enfermedad en las mujeres, en las familias y en las sociedades demanda modificaciones en el cuadro de las inequidades sociales con adopción de estrategias intersectoriales que también faciliten el acceso a los servicios de salud. El cuidado de enfermería es una estrategia para atender la responsabilidad social con las mujeres, las familias y las sociedades y contribuir en la detección precoz de la enfermedad, favoreciendo la calidad de vida de millares de mujeres.

Palabras-clave: Cáncer de cuello uterino. Mortalidad. Enfermería. Enfermería Basada en la Evidencia. Detección Precoz del Cáncer. Revisión.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFCC: Associação Brasileira das Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

ANCR: Associação dos Registros Nórdicos de Câncer

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia

ASCs: Células escamosas atípicas

ASR (W): Age-Standardized Rate (ASR, world standard)

ASR: Age-Standardized Mortality Rate

BIREME: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES: Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCU: Câncer de colo uterino

CDSR: Cochrane Database of Systematic Reviews

CID: Classificação Internacional de Doenças

CIN - Cervical Intraepithelial Neoplasma

CINHALH: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

COCHRANE: The Cochrane Collaboration

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

EBM Enfermagem Baseada em Evidências

GETS: Grupo de avaliação de tecnologias e políticas em saúde

GIN: Guidelines International Network

HPV: Papiloma Vírus Humano

HSIL: High Grade Squamous Intraepithelial Lesion

IACR: Associação Internacional de Registros de Câncer

IARC: International Agency for Research on Cancer

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA: Instituto Nacional de Câncer

IVA: Inspeção Visual Direta com Ácido Acético

IVSL: Inspeção Visual Direta com Solução Iodada de Lugol

LBC: Citologia de base líquida

LBC: Citologia em meio líquido ou citologia de base líquida

LILACS: Base de dados de literatura relativa às ciências da saúde, que vem sendo publicada nos países da América Latina e Caribe

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LSIL: Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion
MBE: Medicina Baseada em Evidências
MEDLINE: base de dados de literatura internacional da área médica e biomédica
MeSH: Medical Subject Headings
NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical
NLM: National Library of Medicine
OMS: Organização Mundial da Saúde
PBE: Prática Baseada em Evidências
PQRT: Programa de Qualidade em Radioterapia
RCBP: Registros de Câncer de Base Populacional
SCAD: Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos
SCI-EXPANDED: Science Citation Index Expanded
SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISBASEPOP: Sistema de Câncer de Base Populacional
SISCOLO: Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero
SUS: Sistema Único de Saúde
UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina
VILI: Inspeção Visual Direta com Lugol Iodado

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sistemas de classificação para citologia de colo uterino. ... 61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - “Oxford Centre for Evidence-Based Medicine” - 2009.....	82
Tabela 2: Determinação do sigilo da alocação. (HIGGINS, 2005).....	90

ARTIGO 1

Tabela 1: Taxas de Incidência e Mortalidade ASR (W) por Regiões. Globocan 2008 ³	118
Tabela 2: Estimativas de Incidência e Mortalidade em número de casos e percentual de risco de morte nas mulheres no contexto mundial, 2008 a 2030. Globocan-2008 ³	120

ARTIGO 2

Tabela 1: Taxas de Mortalidade por neoplasias de colo do útero (por 100.000 mulheres) por grupo etário. Santa Catarina, Brasil. 2000-2009.....	132
Tabela 2: Taxas de mortalidade por neoplasias de colo do útero (por 100.000 mulheres) por macrorregiões do Estado de Santa Catarina, Brasil. 2000-2009.....	133

ARTIGO 3

Tabela 1: Descrição e avaliação de qualidade dos estudos incluídos.	158
--	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Níveis de evidências..... 86

ARTIGO 2

Figura 1: Gráfico de tendência da taxa de mortalidade por neoplasias de colo do útero (por 100.000 mulheres). Santa Catarina, Brasil. 2000 a 2009..... 131

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	23
LISTA DE QUADROS	25
LISTA DE TABELAS.....	27
LISTA DE FIGURAS	29
APRESENTAÇÃO DA TESE.....	33
INTRODUÇÃO	35
2 JUSTIFICATIVA.....	37
3 PERGUNTAS DE PESQUISA, OBJETIVOS E TESE	39
3.1 PERGUNTAS DE PESQUISA	39
3.2 OBJETIVOS	39
3.2.1 Objetivo geral	39
3.2.2 Objetivos específicos	39
3.3 A TESE	39
4 BASES CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS	41
4.1 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO.....	41
4.2 DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ..	47
4.3 TESTES PARA DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER DE COLO UTERINO	52
4.3.1 Teste de papanicolaou convencional.....	53
4.3.2 Citologia de base líquida (LBC).....	55
4.3.3 Provas de ADN de HVP	56
4.3.4 Provas de inspeção visual direta com ácido acético (IVA) ou/e solução iodada de lugol (VILI).....	58
4.4 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO PARA LAUDOS CITOLÓGICOS	59
4.5 A EPIDEMIOLOGIA COMO CIÊNCIA E MÉTODO	61
4.6 A EPIDEMIOLOGIA E AS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS.....	78
NOTES.....	84
4.7 REVISÕES SISTEMÁTICAS	91

5 OPERACIONALIZAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	97
5.1 EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA DO CCU.....	97
5.2 DESENHO DA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	98
5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	108
6 RESULTADOS	111
6.1 ARTIGO I - O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: UM PROBLEMA SOCIAL MUNDIAL.....	111
6.2 ARTIGO II - CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: MORTALIDADE EM SANTA CATARINA – BRASIL, 2000 A 2009	126
6.3 ARTIGO III - A ENFERMAGEM NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO: REVISÃO SISTEMÁTICA ..	141
COMENTÁRIOS GERAIS.....	159
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES	181
ANEXOS.....	193

APRESENTAÇÃO DA TESE

Com a finalidade de facilitar sua leitura e compreensão, a tese foi organizada em sete partes.

PARTE I: INTRODUÇÃO

Nesta são apresentadas as considerações gerais do câncer de colo do útero, a maneira como representa uma problemática de saúde pública no mundo e as possibilidades de detecção precoce.

PARTE II: A JUSTIFICATIVA

Nesta parte é apresentada a necessidade de desenvolver ações de detecção precoce do câncer de colo do útero, para diminuir o número de mulheres acometidas pela doença, e os aspectos que mostram a relevância da pesquisa.

PARTE III: AS PERGUNTAS DE PESQUISA, A TESE E OS OBJETIVOS

Nesta parte apresentam-se as perguntas de pesquisa, a tese, o objetivo geral e os específicos.

PARTE IV: BASES CONTEXTUAIS

Nesta parte são revisadas as referências contextuais do câncer de colo uterino e impacto epidemiológico, a detecção precoce do câncer de colo uterino, a Epidemiologia como ciência e método, a Epidemiologia e as práticas baseadas em evidências, as revisões sistemáticas e as considerações éticas da pesquisa.

PARTE V: OPERACIONALIZAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

Inclui a apresentação do tipo de pesquisa, a abordagem e técnicas eleitas para desenvolver a pesquisa.

PARTE VI: RESULTADOS

Os resultados são apresentados na forma de artigos científicos, segundo a Instrução Normativa nº 1/2008 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Os artigos serão encaminhados para publicação, com o propósito de difundir os resultados nas comunidades científicas e na sociedade em geral. É uma contribuição para a compreensão do CCU como problema

mundial e local e as contribuições da Enfermagem na detecção precoce dessa doença. Os resultados são registrados em três artigos:

- Câncer de Colo do Útero: um problema social mundial;
- Câncer de Colo do Útero: mortalidade em Santa Catarina – Brasil, 2000 a 2009;
- A Enfermagem na detecção precoce do câncer de colo uterino: revisão sistemática

PARTE VII: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas considerações finais são registrados os comentários sobre os conteúdos tratados nos três artigos e sua aplicação para a análise do Câncer de Colo de Útero como problema de saúde pública e as contribuições da Enfermagem para a detecção precoce da doença.

PARTE VIII: REFERÊNCIAS

A PARTE IX: APÊNDICES E ANEXOS

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) constitui um problema social que afeta a saúde individual e coletiva. No contexto mundial, o CCU se constitui em ameaça para a vida das mulheres, que constituem 52% da população mundial (CORTES, 2002). É uma doença que traz repercussões individuais, familiares e sociais, mas existe tecnologia para detectá-la precocemente. Essa doença representa a segunda causa de incidência e morte por câncer em mulheres no mundo, correspondendo a 10% do total de novos casos de câncer (ORBELL *et al.*, 2006). No ano de 2008 o número de casos novos de CCU no mundo foi de 529.409, com taxa de incidência ajustada por idade – Age-Standardized Mortality Rate – (ASR)¹ de 15.2 por cem mil mulheres, sendo estes os dados mais atuais disponíveis (FERLAY *et al.*, 2010). No Brasil se apresenta como a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres, superado apenas pelo câncer de pele e pelo câncer de mama. (BRASIL, 2010c). O CCU pode ser detectado precocemente, quando ainda se apresenta na forma de lesões pré-malignas e mesmo sem a forma de câncer microinvasivo ou invasivo. A detecção precoce faz parte das ações de prevenção secundária da doença, de acordo com os níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark (1976). A detecção precoce do CCU constitui o primeiro passo de uma série de ações que podem ser requeridas posteriormente, como: diagnóstico, tratamento e reabilitação. A participação da equipe de Enfermagem nos processos e nas ações de detecção precoce possibilita que as mulheres descubram lesões pré-malignas ou malignas, acessem o diagnóstico e recebam tratamento oportuno, evitando complicações.

Os programas de detecção precoce e controle do CCU existem desde a década de 1960 e constituem o conjunto de estratégias para tentar erradicar ou diminuir a doença. A Organização Mundial da Saúde tem convocado os países a desenvolver e fortalecer programas de erradicação dessa doença. O pessoal de enfermagem, em conjunto com outros integrantes da equipe de saúde, desenvolve o cuidado às mulheres, em cujos objetivos está a detecção precoce da doença como forma de contribuir com a saúde e a qualidade de vida das mulheres. As

¹ Age-Standardized Mortality Rate (ASR): indicador de incidência e mortalidade que pode ser aplicado para analisar uma doença específica. Esse indicador corrige a influência da idade no câncer. Utilizando ASR é possível comparar diversas populações das quais se conheça o indicador; por exemplo, entre grupos etários ou países.

ações de detecção precoce de CCU são um componente essencial dos programas de detecção precoce e controle do CCU.

Das ações de detecção precoce e controle do CCU depende a vida individual e coletiva das mulheres, da qual, por sua vez, também depende a estabilidade e o desenvolvimento das famílias e da sociedade em geral, considerando a participação das mulheres em todas as esferas da sociedade, seja no contexto familiar, social, econômico, educativo, cultural e laboral e assim por diante.

Na presente pesquisa o interesse é analisar o câncer de colo uterino como problema social e as contribuições da enfermagem na realização de testes para detectá-lo precocemente, com a finalidade de ampliar o corpo de conhecimento sobre as Evidências de Enfermagem e demonstrar as possíveis contribuições para sua detecção precoce. Em consequência, afirmo que o câncer de colo uterino é um problema social e há evidências das contribuições da enfermagem para a detecção precoce da doença. Assim, quando o profissional de Enfermagem, como integrante da equipe de saúde, participa dos processos e ações de detecção precoce do CCU, pode impactar positivamente a vida das mulheres, contribuindo para interromper o processo de formação de câncer.

2 JUSTIFICATIVA

Nesta pesquisa tem-se como objetivo analisar o câncer de colo uterino como problema social e as contribuições da enfermagem na realização de testes para detectá-lo precocemente, com a finalidade de ampliar o corpo de conhecimento sobre as Evidências de Enfermagem.

Como categoria profissional, a Enfermagem permanece em contato com os usuários nos serviços de saúde durante os 365 dias do ano e as 24 horas do dia. A profissão de Enfermagem tem uma responsabilidade social, e nesse caso de detecção precoce do câncer de colo de útero, em estimular as mulheres a cuidar da saúde e ser reconhecidas como protagonistas de sua própria vida, por isso devem conhecer os riscos de CCU e buscar os serviços de saúde para detectá-lo precocemente. Assim, a Enfermagem busca, em conjunto com as mulheres, diminuir danos associados e a morte dessas mulheres pelo CCU.

O CCU afeta mais as mulheres que vivem em países em desenvolvimento ou com menos recursos do que aquelas de países desenvolvidos, que têm conseguido importante redução da mortalidade por essa neoplasia nas últimas décadas, especialmente após a introdução dos programas de rastreamento da doença nas décadas de 1960 e 1970 (PARKIN *et al.*, 2005). Em países com programas bem organizados para detectar e tratar as lesões pré-cancerosas é possível prevenir até 80% do CCU em fase inicial. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2009).

O CCU corresponde a 10% de todos os casos novos de câncer no mundo (ORBELL *et al.*, 2006). É o câncer que melhor reflete as desigualdades entre países pobres e ricos e as diferenças de acesso aos serviços de saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). As taxas de incidência e mortalidade mundial por CCU são respectivamente de 15,2 e 7,8 por cem mil mulheres (FERLAY *et al.*, 2010), podendo-se afirmar que a cada 10 mulheres diagnosticadas cada ano com CCU, cerca de cinco delas morrem nesse período. A diferença nas taxas de incidência entre os países mais desenvolvidos e os menos desenvolvidos é de 9,0 e 17,8 por cem mil mulheres respectivamente. (FERLAY *et al.*, 2010). Já a diferença nas taxas de mortalidade entre países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos é de 3,2 e 9,8 por cem mil mulheres respectivamente. (FERLAY *et al.*, 2010). Os países da América do Sul e América Central encontram-se numa área geográfica com taxas de incidência das mais altas do mundo, assim como países do

Sub-Saara, na África, e do sudeste da Ásia. (FERLAY *et al.*, 2010).

A incidência do CCU evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando o risco rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (BRASIL, 2009b), embora se registrem casos em mulheres no grupo etário de 15 a 19 anos (CURADO *et al.*, 2007). Nessas idades as mulheres se encontram em plena fase produtiva e reprodutiva, o que ocasiona mudanças em todas as esferas de suas vidas; e, no pior dos casos, ocasionando a morte de muitas delas, com repercussões nas suas próprias vidas, nas famílias e nas sociedades, o que contrasta com o potencial de prevenção e cura do CCU quando diagnosticado precocemente. (BRASIL, 2009b).

Considera-se possível prevenir até 50% dos novos casos de câncer (MILLER, 2004), e a OMS reconhece que é necessário melhorar os programas de detecção e tratamento do CCU, sem o que poderão ocorrer aproximadamente 70 mil mortes em mulheres da América Latina e do Caribe por essa causa nas próximas duas décadas. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2009).

A problemática do câncer de colo uterino é um desafio para a sociedade e constitui um indicador da qualidade dos serviços de saúde. No Brasil o INCA estimou a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer (todos os tipos) no ano 2010, afetando mais as mulheres, com 253.030 novos casos. (BRASIL, 2009b).

No Estado de Santa Catarina, com população estimada para o ano de 2009 em 6.118.743 pessoas (IBGE, 2009), foram estimados 610 novos casos de CCU para o ano de 2010, com risco de 19,04 casos a cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2009b). Já para Florianópolis, a capital do Estado, com população estimada de 408.161 habitantes em 2009 (IBGE, 2009), foram estimados 40 casos novos de CCU para 2010, com risco de 17,97 casos a cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2009b).

Tal cenário requer que o sistema de saúde, em particular a Enfermagem, amplie e fortaleça as ações de cuidado com as mulheres, visando, entre outros objetivos, ao cuidado de enfermagem orientado para a detecção precoce do CCU, porque existe tecnologia nos programas, incluindo diversos recursos, como os humanos, dos quais os profissionais de enfermagem são a sua maioria, e podem contribuir para reverter o quadro apresentado.

3 PERGUNTAS DE PESQUISA, OBJETIVOS E TESE

3.1 PERGUNTAS DE PESQUISA

O que caracteriza o CCU como problema social? e quais as contribuições da Enfermagem para a detecção precoce do CCU?

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo geral

Analisar o câncer de colo uterino como problema social e as contribuições da Enfermagem na realização de testes para a detecção precoce do câncer de colo uterino.

3.2.2 Objetivos específicos

- Analisar o CCU como problema social.
- Descrever a mortalidade por CCU, no Estado de Santa Catarina no período compreendido entre 2000 e 2009, para analisar o câncer de colo de útero como problema social.

Apresentar as contribuições da Enfermagem na realização de testes para a detecção precoce do câncer de colo uterino.

3.3 A TESE

O câncer de colo de útero é um problema social e há evidências que a Enfermagem pode contribuir para a sua detecção precoce.

4 BASES CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS

4.1 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

Doença crônica que ocorre a partir de mudanças intraepiteliais, o câncer do colo de útero tem estreita ligação com a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), transmitido principalmente por atividade sexual, com ou sem penetração (MOSCICKI, 2005). Outras formas de transmissão ainda não são suficientemente comprovadas (REINA; MUNOZ; SANCHEZ, 2008). Dos 40 genótipos capazes de infectar a região anogenital, 15 foram qualificados como de alto risco, porque sua presença está associada com risco de câncer cervical (MUÑOZ *et al.*, 2003). Os tipos HPV16 e HPV18 são responsáveis por 70% dos casos de câncer cervical. (REINA; MUNOZ; SANCHEZ, 2008). No desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, o HPV é condição necessária (REINA; MUNOZ; SANCHEZ, 2008); no entanto, por si só, não é causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais é necessária a presença de outros fatores de risco relacionados com a aquisição da infecção HPV, como multiplicidade de parceiros sexuais durante a vida sexualmente ativa (MOSCICKI *et al.*, 2006; MOSCICKI, 2005). Porém, atividade sexual com único parceiro (que tem ou teve várias parceiras sexuais) se associa com infecção por HPV (REINA; MUNOZ; SANCHEZ, 2008), e um novo companheiro sexual aumenta 10 vezes o risco de infecção por HPV (MOSCICKI *et al.*, 2005).

O início precoce de atividade sexual constitui fator de risco para infecção por HPV, pela imaturidade do epitélio do colo de útero e porque a zona escamo-celular encontra-se mais exposta, sendo mais facilmente penetrada pelo vírus. (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2007). Outros fatores de risco para desenvolver CCU são: primeiro parto em idade precoce (antes dos 18 anos); tabagismo (BURCHELL *et al.*, 2006); utilização de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas e coinfeção por agentes infecciosos, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis*. (BRASIL, 2009b).

O tempo de evolução entre a infecção inicial por HPV e o aparecimento do câncer leva, em média, 20 anos. Por essa característica,

a detecção precoce tem sido estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e mortalidade (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2009), já que a doença é curável quando detectada e diagnosticada precocemente, sob forma de lesão pré-maligna, segundo a classificação do Sistema de Bethesda – 2001 (SOLOMON *et al.*, 2002), quando a lesão encontra-se na fase de Lesão Intraepitelial de Baixo Grau – *Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion* – (LSIL), correspondendo a displasia leve ou NIC1 (Neoplasia Intraepitelial Cervical) na classificação histopatológica da OMS (TAVASSOLI, 2003) e de Richart – 1973 (RICHART, 1973) respectivamente para tumores do colo uterino. As lesões mais avançadas se apresentam sob a forma de Lesão Intraepitelial de Alto Grau – *High Grade Squamous Intraepithelial Lesion* – (HSIL), segundo a classificação de Bethesda – 2001, que agrupa os diagnósticos de displasia moderada e severa na classificação da OMS (TAVASSOLI, 2003) ou NIC2 e NIC3 na classificação de Richart – 1973 (RICHART, 1973). As lesões NIC1 são as mais frequentes em infecções clínicas por HPV e podem ser reversíveis espontaneamente em 60% dos casos (WOOD *et al.*, 2006). Apesar disso, os dados coletados em 96 centros oncológicos brasileiros, entre 1995 e 2002, mostraram que 45,5% das pacientes já se encontravam nos estádios III–IV no momento do diagnóstico da neoplasia. (THULER; MENDONCA, 2005).

Existe tecnologia para detectar precocemente o CCU, componente fundamental dos programas de detecção precoce e controle do câncer de colo uterino, incluindo diversos recursos, como humanos e multiprofissionais, dos quais os da Enfermagem fazem parte, além de outros recursos, como tecnologia, infraestrutura e logística. Embora os programas tenham demonstrado eficácia no controle da doença, eles não se desenvolvem satisfatoriamente em todos os países. As maiores taxas de incidência e mortalidade evidenciam as desigualdades sociais existentes entre mulheres que moram em países com mais recursos e aquelas mulheres que moram em países com menos recursos. Inclusive em países industrializados como Canadá e Estados Unidos, algumas mulheres não têm acesso a detecção precoce, diagnóstico e tratamento do CCU, compartilhando com países em desenvolvimento as desigualdades de acesso a serviços de saúde entre mulheres pobres e mulheres com mais recursos econômicos. (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2007; WHO, 2009).

O CCU afeta mais as mulheres que vivem em países em desenvolvimento ou com menos recursos do que aquelas mulheres que residem em países desenvolvidos. (PARKIN *et al.*, 2005). Em países

com programas organizados para detectar e tratar as lesões pré-cancerosas e o CCU em estágio inicial é possível prevenir até 80% desses cânceres. Mas, nos países de baixa renda e com menos recursos, tem sido difícil desenvolver programas eficazes de rastreamento sistemático e acompanhamento das mulheres com resultados anormais nas provas citológicas. Em consequência, as taxas de mortalidade por CCU são muito mais elevadas nos países em desenvolvimento, superiores a 14 por 100.000 mulheres. (WHO, 2009) (FERLAY *et al.*, 2010). Assim, estudos evidenciam redução de taxas de incidência e mortalidade por CCU em países europeus, como Finlândia (ANTTILLA *et al.*, 1999); Bélgica (ARBYN; GEYS, 2002); Islândia (SIGURDSSON; SIGVALDASON 2006); Escócia (SWERDLOW *et al.*, 1998) e Reino Unido (COMBER; GAVIN, 2004). Esses países já apresentam um programa de rastreamento organizado há pelo menos três décadas. (ALVES *et al.*, 2009).

O CCU corresponde a 10% de todos os casos novos de câncer no mundo (ORBELL *et al.*, 2006). A população mundial para meados de 2009 foi estimada em 6.810.000.000 habitantes (POPULATION REFERENCE BUREAU, 2009), dos quais 52% são mulheres (CORTES, 2002). No ano de 2008 o número de casos novos foi de 529.409 com taxa de incidência ajustada por idade – *Age-Standardized Mortality Rate* – (ASR)¹ de 15,2 por cem mil mulheres, sendo estes os dados mais atuais disponíveis (FERLAY *et al.*, 2010). As cifras anteriores podem ajudar-nos a entender melhor a dimensão do problema e o que tais cifras representam: a vida de mulheres em sua fase mais produtiva e reprodutiva, os seus projetos, o presente e o futuro das mulheres que padecem da doença, de suas famílias e da sociedade em geral.

Para obter informações de diversos países e poder compará-las, foi criada a base de dados sobre câncer “GLOBOCAN-2008 *database*”, compilada pelo Grupo de Epidemiologia Descritiva da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), Instituição que faz parte da OMS. Nessa base se encontram dados sistematizados sobre as informações provenientes dos países acerca das estimativas de câncer. (FERLAY *et al.*, 2010).

A diferença nas taxas de incidência entre países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos é de 9,0 e 17,8 por cem mil mulheres respectivamente. (FERLAY *et al.*, 2010). Já a diferença nas taxas de mortalidade entre países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos é de 3,2 e 9,8 por cem mil mulheres respectivamente

(FERLAY *et al.*, 2010), o que significa que em países mais desenvolvidos, aproximadamente de 4 mulheres que morrem por CCU, 10 têm diagnóstico da doença no mesmo período. Essa relação em países menos desenvolvidos é de aproximadamente 6 mortes para cada 10 diagnosticadas com CCU.

Dos 529.828 novos casos no ano 2008, os países menos desenvolvidos respondem por 85,48% (453.321 casos) (FERLAY *et al.*, 2010), e das 275.128 mortes de mulheres por CCU no mesmo ano, 241.969 mortes (87,94%) ocorreram em países menos desenvolvidos (FERLAY *et al.*, 2010).

As taxas de mortalidade por cem mil mulheres nas diferentes regiões por ordem decrescente são as seguintes: África Oriental (25,3); África Ocidental (24,0); Sul de África (22,5); África Central (17,0); Melanésia (16,6); Centro Sul Asiático (14,1); América Central (11,1); América do Sul (10,7); Região do Caribe (9,4); Sudeste Asiático (8,3); Centro e Oriente Europeu (6,3); Polinésia (6,0); Norte de África (4,0); América do Norte (4,0); Oriente Asiático (3,9); Micronésia (3,4); Sudeste Europeu (2,5); Norte Europeu (2,4); Ocidental Asiático (2,1); Europa Ocidental (2,0); Austrália e Nova Zelândia (1,4) (FERLAY *et al.*, 2010).

Entre América do Sul, América Central e México a variação das taxas de incidência e mortalidade é muito grande: existem taxas altas na Jamaica, com incidência de 45,7 por 100.000 mulheres e taxa de mortalidade de 10,1 por 100.000 mulheres, e taxas baixas como as de Porto Rico, com 7,5 por 100.000 mulheres e uma taxa de mortalidade de 2,8 por 100.000 mulheres. Nessa estimativa o Brasil aparece com taxa de incidência de 24,5 por 100.000 mulheres e taxa de mortalidade de 10,9 por 100.000 mulheres (FERLAY *et al.*, 2010).

As taxas mais baixas se encontram no Canadá e nos Estados Unidos, com incidência de 6,6 por 100.000 no Canadá e 5,7 nos Estados Unidos e mortalidade de 1,9 e 1,7 por 100.000 respectivamente (FERLAY *et al.*, 2010).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos (BRASIL, 2009b). A média mundial estimada é de 49% (BRASIL, 2009b), indicando que o CCU continua sendo uma doença que afeta as mulheres tanto em países desenvolvidos quanto em países menos desenvolvidos, mas constituindo maior problema em países menos desenvolvidos.

A problemática da desigualdade social se reflete também no

interior dos países, inclusive entre mulheres que moram em países desenvolvidos, porquanto a saúde das mulheres é afetada por determinantes sociais e econômicos, como acesso a educação, emprego, renda familiar e local de residência. As mulheres brasileiras também convivem com o problema do CCU: estima-se que o número de mulheres com a doença possa aumentar se não se reforçarem as ações de detecção e controle nos programas respectivos. A seguir são analisados aspectos relacionados com a problemática do CCU no Brasil e em Santa Catarina.

Em 1º de julho do ano de 2010 estima-se que a população brasileira estava em cerca de 193.252.604 habitantes, dos quais 50,95% eram mulheres. (IGBE, 2008). Desde os anos de 1960 a taxa de crescimento da população brasileira vem experimentando paulatinos declínios, como resultado do equilíbrio entre os nascimentos e óbitos ocorridos no país, da diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade desde meados da década de 1960, período em que se inicia a introdução e a crescente difusão dos métodos anticonceptivos orais no Brasil. O ritmo de crescimento populacional nas décadas de 1950 e 1960 foi aproximadamente de 3% ao ano e continua diminuindo até alcançar 1,05% em 2008, com previsão de alcançar um “crescimento zero” por volta do ano 2039, apresentando, a partir daí, taxas de crescimento negativo. E poderá alcançar - 0,291%, em 2050 (IGBE, 2008).

A estimativa de vida ao nascer tem aumentado ao longo dos anos, como consequência dos avanços na área dos serviços de saúde e as melhorias nas condições de vida da população. A estimativa para mulheres brasileiras no ano de 2009 foi de 77 anos, com tendência a aumentar progressivamente, até alcançar os 80 anos de vida no ano 2021 e 84,5 anos no ano de 2050 (IGBE, 2008). Para 2008 a estimativa da idade média da população brasileira foi de 27,9 anos; para 2010 está estimada em 28,8 anos. (IGBE, 2008). As razões de sexo vêm diminuindo paulatinamente no Brasil, como consequência da sobremortalidade masculina. No ano de 2000 existiam 97 homens para cada 100 mulheres; em 2008 a razão de sexo na população total no Brasil foi estimada em 96,4, e em 2050 estima-se que a razão de sexo fique em 94% (IGBE, 2008).

O cenário da população brasileira mostra diminuição na taxa de crescimento, com estimativas de crescimento negativo no ano de 2040, acompanhado de um crescimento progressivo da expectativa de vida ao nascer e da razão de sexo, ou seja, maior proporção de mulheres em relação aos homens. A pirâmide populacional vem mostrando mudanças, com predomínio do aumento de faixas etárias superiores, as

de vinte e cinco anos e mais. O contínuo envelhecimento da população aumentará a incidência de doenças crônico-degenerativas, incluído o câncer, afetando significativamente o impacto do câncer no Brasil, problemática comum a outros países do mundo. Esse impacto recairá principalmente sobre os países de médio e baixo desenvolvimento (BRASIL, 2009b).

Embora a população brasileira apresente um crescimento decrescente, o CCU não segue essa tendência. Desde 1997 o CCU tem mostrado taxas de mortalidade ajustada por idade (segundo o Padrão de População Mundial, modificada por Doll; Payne; Waterhouse, (1966) estáveis com discreta tendência de crescimento, oscilando entre máximas de 5,51 por cem mil mulheres no ano 1999 e mínima de 4,71 por cem mil mulheres no ano 2007. Neste último ano os Estados da Federação apresentaram taxas de mortalidade ajustada por idade variando de 12,6 por cem mil mulheres no Amazonas, a mais alta, a 3,20 por cem mil mulheres no Rio Grande do Norte, a mais baixa. (BRASIL, 2010c). Registraram-se taxas de mortalidade menores de 3,9 por cem mil mulheres nos Estados de Rio Grande do Norte, São Paulo e Minas Gerais. Taxas de mortalidade entre 4,0 e 7,9 por cem mil mulheres nos Estados do Acre, Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Pará, Paraná, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina e Sergipe, e taxas de mortalidade entre 8,0 e 14,0 por cem mil mulheres nos Estados de Amazonas, Maranhão, Roraima, Mato Grosso do Sul e Tocantins (Brasil, 2010c). O Estado de Santa Catarina, embora tenha registrado em 2007 uma taxa de mortalidade ajustada por idade de 4,45 por cem mil mulheres, abaixo da média nacional (11,06 por cem mil mulheres), registra um contínuo aumento na taxa mencionada desde 1979, quando há registro de 2,35 por cem mil mulheres (BRASIL, 2010c).

A problemática do câncer de colo uterino é um desafio para a sociedade e constitui um indicador da qualidade dos serviços de saúde. No Brasil o Instituto Nacional de Câncer estimou que para o ano de 2010 ocorressem 489.270 casos novos de câncer (todos os tipos), considerando mais afetadas as mulheres, com 253.030 novos casos. A maior incidência em mulheres, por localização primária, os casos foram estimados por frequência em: pele, mama e colo de útero, este último com estimativas de 18 mil casos novos para o ano de 2010, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2009b). Essas mudanças demográficas e epidemiológicas requerem diferentes organizações e respostas do sistema de saúde.

4.2 DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

A Organização Mundial da Saúde (2007) vem estimulando diferentes países a desenvolverem os programas de detecção e controle do Câncer do Colo Uterino. Durante a 58ª Assembleia Mundial da Saúde em 2005, na Resolução WHA 58.22 seus membros reconheceram a magnitude do problema do CCU. Causa de 11% de todas as mortes por câncer entre as mulheres dos países em desenvolvimento, constitui um dos cânceres com mais possibilidades de detecção precoce e cura. Ao mesmo tempo, os membros da OMS manifestaram que o controle do CCU contribuirá para alcançar objetivos e metas internacionais relacionados com a saúde reprodutiva. A OMS incentiva seus membros a estabelecer prioridades sustentadas na carga nacional de câncer, disponibilizar recursos e capacitar sistemas de saúde para executar programas de prevenção, controle e atenção paliativa do câncer, com participação de organizações governamentais, não governamentais e comunitárias, incluindo representantes dos pacientes e suas famílias. De igual forma instou-os a estabelecer prioridades em pesquisa (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005).

Os programas de detecção e controle do Câncer de Colo Uterino se fundamentam nas ações preventivistas de Leavell e Clark (1976), que incluem três níveis de prevenção conhecidos como prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Essa proposta pressupõe que qualquer doença ou condição mórbida resulta de um processo dinâmico que se baseia no processo natural da doença e na tríade epidemiológica: hospedeiro, agente e meio ambiente, além do conceito de risco e do conceito de história natural da doença. Assim, a eficácia da prevenção se fundamenta na interrupção do processo o mais cedo possível, pressupondo que o processo evolutivo da doença em muitos casos seja susceptível de interrupção, a fim de evitar seu desenvolvimento posterior ou reduzir a velocidade de sua propagação (LEAVELL; CLARK, 1976).

O conceito de risco diz respeito à dimensão de probabilidade e à possibilidade de ocorrência de eventos ou fenômenos ligados à saúde. Desde sua origem, o conceito de risco, desenvolvido por pesquisadores da área de epidemiologia, envolve a ideia de dano. O conceito de risco se relaciona com causalidade e subsidia modelos de prevenção de doenças ou eventos mórbidos, sejam modelos de prevenção individual - assumindo risco como conceito clínico - ou modelos de prevenção populacional (ALMEIDA; COUTINHO, 2009).

A prevenção primária do câncer se funda na ideia de que a promoção da saúde pode reduzir a exposição da população a fatores de risco de câncer, com o objetivo de reduzir a incidência da doença (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2007). No caso de câncer de colo uterino, as ações estão orientadas a prevenir e controlar a infecção por HPV e a evitar o contato com os outros fatores de risco, já descritos anteriormente, o que implica a adoção de comportamentos sexuais seguros, como abstinência sexual, monogamia mútua durante a vida e utilização de camisinha, oferecem só 70% de proteção contra HPV sendo usados em cada relação sexual (WINER *et al.*, 2006; BURCHELL, 2006). Outro método de prevenção primária é a vacinação contra o HPV, indicada para mulheres de 10 a 19 anos. Acerca da vacinação é importante registrar que existem dois tipos de vacinas atualmente no mercado, mas não protegem contra todos os genótipos de HPV. Uma das vacinas protege contra os genótipos HPV 6, 11, 16 e 18, enquanto a outra vacina protege contra os genótipos HPV 16 e 18 (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2007). Ainda não existe certeza do tempo de imunidade conferida pela vacina, e sua proteção é válida só para aquelas mulheres que ainda não estiveram em contato com o genótipo de HPV para os quais a vacina protege (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008; FRAZER, 2008). No Brasil, ambas estão registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e no momento, técnicos do Ministério da Saúde de Brasil discutem sua incorporação ao Programa Nacional de Imunizações, podendo futuramente constituir-se em importante ferramenta no controle do CCU (Instituto Nacional de Câncer, 2008). Mas enquanto a vacinação é esperança para o futuro das mulheres, a detecção precoce é esperança para o presente (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008). Por outro lado, os países enfrentam o desafio de superar os custos econômicos das vacinas para prevenir HPV como ferramenta no controle do CCU (MURILLO, 2008; CORREA, 2008).

A prevenção secundária inclui o conjunto de ações que promovem o diagnóstico precoce da doença e o seu tratamento imediato, aumentando a possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida e a sobrevida e diminuindo a mortalidade por câncer. Assim, quando os profissionais de saúde realizam suas atividades em relação à detecção precoce do câncer, têm como objetivo prevenir o câncer de colo uterino invasor, detectando e tratando mulheres com lesões intraepiteliais de alto grau (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008). As estratégias de detecção precoce do CCU se voltam para mulheres sexualmente ativas e aquelas que alguma vez tiveram atividade sexual, com o objetivo de

verificar se nelas os riscos de desenvolver a doença são maiores. A efetividade da detecção precoce pode ser avaliada pela redução da incidência de câncer de colo uterino e da mortalidade das mulheres (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008). As provas de detecção precoce fazem parte dos programas de detecção e controle do CCU, entre as quais a mais utilizada é a prova PAP, conhecida também como teste de Papanicolaou, Pap, Pap Smear, exame de citologia, citologia cérvico-uterina, citologia cervical, citologia vaginal e preventivo. Técnica de baixo custo, sua finalidade é avaliar as células do colo uterino e detectar modificações celulares mediante análise citológica microscópica das células escamadas do colo uterino.

Até a década de 1990, o teste Papanicolaou convencional era a principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do CCU (BRASIL, 2009b). Na atualidade, novas provas estão sendo utilizadas e testadas, como provas de ADN de HPV, provas de detecção visual a olho nu ou com colposcópico das mudanças do colo uterino após a utilização de ácido acético (IVA) ou solução iodada de Lugol (IVSL), técnicas fotográficas do colo de útero, esta última conhecida como cervicografia digital de colo uterino (FRANCO *et al.*, 2008). Em muitos países, a citologia ou as provas de ADN de HPV, ou ambas, são usadas para a detecção sistemática do CCU e para acompanhamento após o diagnóstico. Nos países de baixa renda e sem boa infraestrutura sanitária, a inspeção visual do colo uterino com ácido acético ou solução iodada de Lugol permite detectar possíveis lesões, tratáveis imediatamente com crioterapia, estratégia conhecida como “ver e tratar” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005; BRASIL, 2009b). Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos com a finalidade de testar a sensibilidade e especificidade das provas disponíveis, como os estudos coordenados pela International Agency for Research on Cancer (IARC) na Índia, no Peru, na África do Sul e na Tailândia (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2007; SANKARANARAYANAN; SOMANATHAN; SANTOS, 2008). Os objetivos estão centrados no desenvolvimento de estratégias e provas custo-efetivas e facilmente acessíveis para mulheres de poucos recursos econômicos (ALLIANCE FOR CERVICAL CANCER PREVENTION, 2007).

A prevenção terciária engloba as atividades para a reabilitação e prevenção das complicações decorrentes da doença. Mas o controle do câncer depende essencialmente de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença (BRASIL, 2007).

A OMS postula que, detectado precocemente, o CCU pode ser controlado, já que as possibilidades de cura dependem do momento em que é diagnosticada e tratada a doença. Estima-se que 95% das mulheres que moram em países em desenvolvimento nunca tenham feito um exame para detecção precoce de CCU (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007). É importante ressaltar que o câncer do colo uterino é um dos tumores malignos que podem ser prevenidos e que, se detectado precocemente, é praticamente 100% curável (BRASIL, 2007), portanto é necessário maximizar a atenção aos programas de detecção e controle do CCU. De igual forma é conhecido que a prevenção do câncer é mais econômica que o tratamento de um câncer invasivo, que requer serviços especializados, exames de alta complexidade e medicamentos e procedimentos de alto custo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005).

Os programas de detecção e controle do CCU no Brasil são respaldados na política nacional de saúde prevista na Constituição Federal de 1988, que fixa os princípios e diretrizes pela atenção de saúde aos brasileiros prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentado em 1990, o SUS tem como princípio fundamental o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrada em uma rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a participação complementar da iniciativa privada. O SUS tem como diretrizes operacionais a descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a participação da comunidade. Por disposição constitucional, as ações do Governo Federal devem desenvolver-se segundo as prioridades estabelecidas nos planos plurianuais (PPA) de quatro anos, aprovados pelo Congresso Nacional, nos quais são definidas as Iniciativas Prioritárias do Governo Federal para o quadriênio, constituindo a saúde das mulheres uma dessas prioridades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Instituído no ano 1997 com a finalidade de rastrear o CCU no âmbito nacional, o Programa Viva Mulher inclui a prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo uterino e de mama. Por meio de ação conjunta do Ministério da Saúde com todos os 26 Estados brasileiros e o Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce em estágios iniciais da doença, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional (INCA, 2007).

Para impedir o avanço do câncer de colo do útero no Brasil, o

Programa “Viva Mulher” (INCA, 2007) desenvolve ações de detecção precoce, dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, que incluem o diagnóstico precoce (através de exame Papanicolaou), exames de confirmação diagnóstica (estudo histopatológico de colo de útero por colposcopia, conhecido também como prova de ouro ou padrão ouro) (FRANCO *et al.*, 2008), e o tratamento específico de cada caso (INCA, 2007). A periodicidade preconizada para a realização do exame de Papanicolaou é, inicialmente, 1 exame por ano. No caso de 2 exames normais seguidos (com intervalo de 1 ano entre eles), o exame deverá ser feito a cada 3 anos. O exame Papanicolaou pode ser realizado em postos ou unidades de saúde, próximos à residência da mulher e que tenham profissionais de saúde treinados para essa finalidade (INCA, 2007). As mulheres submetidas a esses exames devem ter acesso garantido aos demais procedimentos de investigação diagnóstica e de tratamento quando necessário (INCA, 2007).

Além do programa Viva Mulher, o Ministério da Saúde do Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2008) mantém outros programas que contribuem na redução dos casos de câncer no Brasil, cujas ações são desenvolvidas em parceria pelas três instâncias governamentais: federal, estadual e municipal. Estes programas são:

- Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco. Criado em 1999, tem como objetivo conhecer com detalhes o atual quadro do câncer no Brasil e seus fatores de risco.

- Projeto Expande (EXPANDE) - Expansão da Assistência Oncológica no Brasil: é uma estratégia criada pelo INCA do Ministério da Saúde visando à ampliação da assistência oncológica no Brasil pela implantação de serviços que integram os diversos tipos de recursos necessários à atenção oncológica de alta complexidade em hospitais gerais - Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer: visa à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no país.

- Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT). Foi criado no ano de 1999, como projeto piloto por iniciativa conjunta do INCA e da Associação Brasileira das Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFCC). O Ministério da Saúde determina que os profissionais de enfermagem atuem nos diversos níveis de atenção à saúde, hierarquizados segundo seu grau de complexidade (primário, secundário, terciário e quaternário), desenvolvendo ações de coordenação e de execução, que incluem a assistência de Enfermagem e

a Educação Comunitária e Profissional (BRASIL, 2007).

A detecção precoce é definida pelo Ministério da Saúde do Brasil como o procedimento utilizado para descobrir a doença o mais cedo possível, identificando sintomas e/ou sinais clínicos que a pessoa apresente e reconhecendo fatores de risco. Além disso, considera que o profissional de enfermagem conhece os fatores de risco, a epidemiologia do câncer e os sinais e sintomas inerentes às principais causas de câncer e que, em sua atividade assistencial, deve aplicar esse conhecimento para suspeita diagnóstica, orientação e encaminhamento de pacientes aos serviços de saúde. Os programas de detecção e controle do câncer têm entre seus objetivos fazer com que as pessoas informadas procurem uma unidade sanitária para investigação e/ou tratamento, caso haja confirmação diagnóstica (BRASIL, 2007).

No Brasil, o teste Papanicolaou é uma estratégia de rastreamento ou detecção precoce do CCU recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos (BRASIL, 2009b).

Embora o exame de Papanicolaou seja descrito como “exame preventivo” em alguns textos publicados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2002; CORREA; VILLELA, 2008; MULLER *et al.*, 2008), nesta pesquisa se considera que tal exame se constitui numa técnica de detecção (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2007). E, como tal, não evita o contato da mulher com os fatores de risco, mas pode alertar sobre a presença de lesões pré-malignas. Consequentemente, mulheres com lesões pré-malignas devem receber cuidados de enfermagem e tratamento médico o mais rapidamente possível, para diminuir o risco e/ou evitar que tais lesões evoluam até a condição de lesões malignas ou câncer. Nesse sentido, as tecnologias de detecção precoce de câncer de colo uterino são fundamentais para prevenir a evolução de lesões pré-malignas até o estágio de câncer. A seguir são apresentados os testes mais utilizados para a detecção precoce de CCU.

4.3 TESTES PARA DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER DE COLO UTERINO

As provas de detecção precoce e provas diagnósticas são tecnologias utilizadas no desenvolvimento de programas de prevenção e detecção precoce de CCU e na atenção individual das mulheres. A aplicação de atividades de diagnóstico precoce e de tratamento em

grandes grupos populacionais é conhecida como *screening* populacional. A prova de *screening* é utilizada na fase pré-sintomática da doença (SACKETT; RICHARDSON; ROSENBERG, *et al.*, 1997), embora em algumas circunstâncias seja aplicada antes de a doença aparecer, como o caso da detecção precoce de câncer de colo uterino, com a finalidade de localizar lesões celulares precursoras de câncer de colo uterino. Sob essa perspectiva, as provas de detecção precoce de CCU diminuem a incidência de CCU e a mortalidade de mulheres.

4.3.1 Teste de papanicolaou convencional

A técnica para o teste de Papanicolaou foi desenvolvida na década de 1940 pelo médico grego Geórgios Papanicolaou (1883-1962), pioneiro no estudo da citologia e na detecção precoce do CCU. Tal exame foi introduzido na década de 1950 no Brasil, um dos primeiros países no mundo a adotá-lo para a detecção precoce do CCU (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2008).

O teste de Papanicolaou é reconhecido como a principal técnica para detectar precocemente lesões de câncer de colo uterino (TERMINI; SILVA, 2008). A técnica consiste em avaliação morfológica de células de esfregaços colhidas na superfície do colo uterino, especificamente de células da zona de transformação do colo de útero por meio de uma escova (*cytobrush*) do endocervix, e de células do exocervix utilizando uma espátula de madeira ou espátula plástica de Ayre (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007). Até 1988, a Organização Mundial da Saúde propunha para o exame citológico a rotineira coleta de material de fundo de saco e ectocérvice (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988). Em 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde propôs que fosse utilizado o cotonete para colher amostra do canal cervical, associada à amostra da ectocérvice (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1990). Em 1996, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou um projeto-piloto para o controle do CCU, utilizando a técnica de coleta com amostras da ectocérvice com espátula de Ayre e do canal cervical com a escova *cytobrush* colocadas em uma única lâmina, deixando de colher amostras do fundo de saco (BRASIL, 1996). Atualmente a OMS recomenda a coleta de amostras do exocervix e do endocervix utilizando uma espátula e uma escova respectivamente (OMS, 2007). As amostras são colocadas no porta objetos e fixadas em uma solução específica de

álcool isopropílico a 96% ou álcool etílico a 95% para preservar as células (OMS, 2007). O porta objetos é enviado ao laboratório de citologia, onde é realizada a coloração, preferencialmente pela técnica de Papanicolau. A amostra é examinada no microscópio para determinar se as células são normais ou não e classificá-las apropriadamente. A mais recente e mais utilizada atualmente é a denominada classificação de Bethesda. Existem outras classificações anteriores, como a classificação de Papanicolau – 1943 e as classificações histológicas, mais usadas para o diagnóstico, como são a classificação CIN ou de Richart – 1973 (RICHART, 1973), e a classificação descritiva segundo a OMS (TAVASSOLI, 2003). Estas últimas classificações ainda podem ser encontradas em laudos citológicos e pesquisas realizadas anteriormente à publicação da primeira classificação de Bethesda, correspondente à reunião de expertos em 1988 na cidade de Bethesda (Canadá). A segunda classificação de Bethesda é resultado do consenso de expertos realizado na mesma cidade no ano de 2001 (SOLOMON *et al.*, 2002).

A classificação de Bethesda serviu de base para a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, que é a classificação citológica oficial no Brasil, construída a partir de uma discussão entre profissionais de diversas disciplinas e vinculados a várias instituições de saúde, reunião promovida pelo Instituto Nacional do Câncer. Essa nomenclatura brasileira foi oficializada durante o XVII Congresso Brasileiro de Citopatologia no ano de 2002, na cidade de Foz de Iguaçu, Paraná. A terminologia brasileira inclui “atipias celulares de origem indefinida”, destinada a situações nas quais não pode ser definida com clareza a origem da célula atípica (LONGATTO FILHO; SYRJÄENE, 2008; BRASIL, 2006).

A exatidão da prova citológica depende da qualidade dos serviços de saúde, incluídas as técnicas de coleta de amostras e sua fixação, além da qualidade da preparação da interpretação das amostras no laboratório, e também da localização da zona de transformação escamo-celular na mulher. Nas mulheres que se encontram no período de perimenopausa e com diminuição do estrogênio, o colo do útero diminui e a junção escamocolumnar retrocede do exocervix até o interior do conduto cervico-uterino (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007). Em condições ótimas de coleta das amostras, de seu processamento e análise, a citologia convencional detecta até 84 % dos casos de lesões pré-malignas de câncer nas mulheres, e a especificidade da prova pode ser de 90%, embora em piores condições sua sensibilidade se reduza a 38% (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007). Nas

últimas décadas, vários estudos têm apontado índices não ideais de sensibilidade de citologia convencional, com variação entre 50% e 60% (AQUILAR, P. et al, 1996). Existem controvérsias entre autores quanto à utilização de citologia convencional como único teste para a detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo uterino (KOSS, LG, 2006). Além disso, há dúvidas sobre a utilização do teste como a única forma de acompanhamento de mulheres com células escamosas atípicas (ASCs), (TULIO *et al.*, 2007).

A coleta deve resultar num esfregaço satisfatório com número apropriado de células do epitélio escamoso, devidamente preservadas e adequado componente endocervical ou da zona de transformação (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007).

A adequabilidade da amostra vem, ao longo do tempo, suscitando vários questionamentos e modificações, dado o seu caráter de matéria conflitante e de difícil conceituação plenamente aceitável. A disposição em sistema binário (satisfatória x insatisfatória) caracteriza melhor a definição da visão microscópica da coleta. No atual Sistema de Bethesda – 2001 (SOLOMON *et al.*, 2002), a adequabilidade da amostra também está colocada nesses dois parâmetros (BRASIL, 2006). Contudo, nesse sistema, a caracterização da junção escamocolunar faz parte dessa definição, enquanto na Nomenclatura Brasileira de Laudos Cervicais não é assim (BRASIL, 2006). Na Nomenclatura Brasileira se considera como satisfatória a amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de modo a possibilitar uma conclusão diagnóstica, devendo ser informados os tipos de epitélios que estão representados na amostra (BRASIL, 2006). A definição de adequabilidade pela representatividade passa a ser da exclusiva competência do responsável pela paciente, que deverá levar em consideração as condições próprias de cada uma, como idade, estado menstrual, limitações anatômicas e objetivo do exame. Insatisfatória é a amostra cuja leitura esteja prejudicada por razões de natureza técnica e não de amostragem celular (BRASIL, 2006).

4.3.2 Citología de base líquida (LBC)

A citologia de base líquida foi introduzida em meados da década de 1990 e é cada vez mais utilizada, especialmente em países desenvolvidos. Começou a ser utilizada objetivando maximizar a sensibilidade do teste citopatológico convencional e realizar testes

biomoleculares para HPV com a mesma amostra coletada para a análise morfológica (TULIO *et al.*, 2007). Na bibliografia consultada não foram encontradas tecnologias para realizar testes de papiloma humano com amostras coletadas para citologia convencional (KAMEROW, 2010).

Na técnica de realização de citologia de base líquida, em vez de depositar as células do colo uterino sobre o porta-objetos, o dispensador ou elemento utilizado para a coleta coloca as amostras diretamente numa solução conservante – PreservCyt solution (ThinPrep; Cytyc, Boxborough, MA) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007), usada para a realização de citologia de base líquida e testes para papiloma humano (RONCO *et al.*, 2007). As amostras são enviadas ao laboratório, onde são preparadas sobre lâminas de porta-objetos. A CML é de maior custo que a citologia convencional, e o pessoal de laboratório necessita treinamento especial (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007). A citologia de camada fina de base líquida aumenta a quantidade do material celular de boa qualidade para exame citológico satisfatório, reduzindo a quantidade de exsudato inflamatório e sangue, resultando em melhor detecção de lesões de alto grau do que com a citologia convencional (FRANCO *et al.*, 2001). Existem controvérsias acerca da superioridade qualitativa da LBC em relação à citologia convencional; assim, os fundamentos para recomendação de seu uso centram-se na identificação de pobreza na qualidade estatística dos estudos (DAVEY *et al.*, 2006). Embora Ronco e colaboradores (2007) reconheçam que a LBC não tem sensibilidade igual ou superior à citologia convencional para detectar HSIL ou carcinoma invasor, eles demonstram que a LBC é mais sensível para detectar lesões LSIL e significativamente superior para adequabilidade da amostra.

4.3.3 Provas de ADN de HVP

O fato de a neoplasia de colo uterino ser causada por uma infecção persistente provocada por um ou mais tipos oncogênicos de HPV resultou na avaliação do teste como metodologia de rastreamento primário para neoplasia cervical (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008).

Os principais eventos que provocam a transformação do epitélio do colo de útero são desencadeados pela expressão desregulada dos oncogenes virais dos HPVs de alto risco E6 e E7 nas células basais e

parabasais do epitélio infectado (TERMINI; SILVA, 2008; REINA; MUÑOZ; SÁNCHEZ, 2008). Entre os marcadores tumorais utilizados se encontram os seguintes: SCC, CA 125, CEA e Citoqueratinas (TPA, TPS, Cyfra21-1), (TERMINI; SILVA, 2008).

O teste HPV é o mais objetivo e reprodutível dos testes para detectar neoplasia de colo uterino (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÂNCER, 2004). A exatidão do teste foi avaliada em estudos transversais, que mostraram sensibilidade para detectar lesões NIC 1 e NIC 2 entre 61% e 100% e especificidade entre 62% e 96% (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÂNCER, 2004; SANKARANARAYANAN *et al.*, 2005; SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008).

Na maioria dos estudos o teste HPV mostrou maior sensibilidade e menor especificidade para detectar lesões de alto grau do que a citologia cervical convencional (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008). O teste HPV é geralmente 20 a 30 dólares mais caro do que outros testes para detecção precoce de câncer de colo uterino e requer infraestrutura laboratorial mais complexa e pessoal técnico com treinamento especializado, o que limita sua aplicação em países com condições econômicas desfavoráveis (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008)

O teste molecular de captura híbrida II (CH II) para HPV detecta o DNA de 18 tipos virais que mais comumente infectam o trato anogenital, tanto masculino como feminino. Esses 18 tipos virais dividem-se em grupos de baixo risco (A) e alto risco (B). É um teste quantitativo e o único aprovado no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para diagnóstico de HPV. Em comparação com o método da reação em cadeia da polimerase (PCR), a CH II demonstra sensibilidade de 91,7% e especificidade de 95,4% (CASTLE *et al.*, 2002). Como o risco de câncer cervical invasivo na mulher está diretamente relacionado à presença de HPV de alto risco (B), a pesquisa desses tipos virais por meio de métodos moleculares tem sido extremamente útil para acompanhar mulheres com alterações citológicas (DERCHAIN; NICOLAU, 2008).

Em muitos países, a citologia ou as provas de ADN de HPV, ou ambas, são usadas para a detecção sistemática do CCU e para acompanhamento após o diagnóstico (BRASIL, 2009), (DERCHAIN; NICOLAU, 2008). A maioria das infecções por HPV pode ser transitória, e aproximadamente 70% delas desaparecem no período de um ano (HO; BIERMAN; BEARDSLEY, 1998).

No estudo de Túlio e colaboradores (2007) foram comparadas a

sensibilidade e a especificidade do método citológico convencional com as do DNA-Citoliq para diagnóstico de NIC II ou III, sendo os casos confirmados por CH II para DNA/HPV de alto risco, mostrando sensibilidade de 66% na prova DNA-Citoliq e de 42% na Citologia convencional, enquanto a especificidade foi de 71% e 42% respectivamente.

4.3.4 Provas de inspeção visual direta com ácido acético (IVA) ou/e solução iodada de lugol (VILI)

Essas técnicas se fundamentam no fato de a maioria das lesões pré-cancerosas precoces serem visíveis a olho nu, após a aplicação de ácido acético diluído ou solução de iodo de Lugol. A inspeção visual após a aplicação de ácido acético 3-5% (IVA), teste de Schiller, descrito na década de 1930 (SARIAN; SYRJÄNEN, 2008), é conhecido como inspeção visual direta, ou teste de ácido acético, ou ainda cervicoscopia. É o teste de rastreamento visual mais utilizado (SANKARANARAYANAN; WESLAY, 2003). A IVA envolve uma inspeção visual a olho nu da cérvix, utilizando um fecho de luz brilhante ou lâmpada de halogênio, durante 1 ou 2 minutos após a aplicação de ácido acético 3-5% usando uma haste de algodão na extremidade ou um spray. O teste positivo é caracterizado por áreas esbranquiçadas próximas à junção escamocolunar ou ao orifício externo do útero ou em toda a cérvix (SANKARANARAYANAN; WESLAY, 2003).

Nos países de baixa renda e sem boa infraestrutura sanitária, a inspeção visual do colo uterino com ácido acético ou solução iodada de Lugol detecta possíveis lesões, tratáveis imediatamente com crioterapia, estratégia conhecida como “ver e tratar” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005; BRASIL, 2009b).

Teste simples e barato, a IVA pode ser facilmente ensinada e fornece resultados imediatos. Possibilita investigação diagnóstica e tratamento ao mesmo tempo, em visita única, para assegurar elevada adesão ao tratamento em mulheres com diagnóstico positivo sem evidências clínicas de câncer de colo uterino, que satisfaçam o critério para terapia ablativa, podendo ser imediatamente tratadas com crioterapia (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008). Esse autor acrescenta que a IVA é um teste altamente subjetivo, com altas taxas de falso-positivos, e sua acurácia tem sido avaliada em vários estudos

transversais em países em desenvolvimento. As pesquisas sobre testes de detecção precoce e diagnóstico de câncer de colo uterino têm demonstrado que a sensibilidade da IVA para detectar lesões NIC de grau 2 e 3 e câncer de colo invasivo varia de 37% a 95% e a especificidade vai de 49% a 97%. Quando a citologia convencional foi concomitantemente avaliada, a sensibilidade da IVA foi maior ou similar à citologia, mas com menor especificidade. Estudos experimentais mostram que a IVA possui sensibilidade média de 60% e especificidade de 85% para detectar lesões intraepiteliais de alto grau (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008).

A VILI, embora seja semelhante ao IVA, baseia-se na inspeção da cérvix em busca de áreas que não absorvam Lugol iodado. Os estudos desenvolvidos na África e na Índia mostraram indicadores globais de sensibilidade e especificidade de 91,7% e 85,4%. AVILI teve sensibilidade significativamente maior que a IVA para detectar lesões de alto grau, mas a especificidade foi semelhante (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008). Os dados coletados corroboram os achados de Shastri e colaboradores (2005). Pesquisa acerca do desempenho de exames visuais, citologia e teste para HPV em 4.309 mulheres também revelam que a sensibilidade da VILI foi maior que a da IVA (75,4% versus 59,7%), mas a especificidade foi menor (84,3% versus 93,5%).

Além disso, estudos desenvolvidos na Índia, no Peru, na África do Sul e na Tailândia, sob a coordenação de pesquisadores da IARC, continuam testando a sensibilidade e a especificidade das provas disponíveis (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2007; SANKARANARAYANAN; SOMANATHAN; SANTOS, 2008).

4.4 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO PARA LAUDOS CITOLÓGICOS

A classificação dos achados citológicos desenvolveu-se ao longo da história com o objetivo de representar adequadamente as lesões e ser reprodutível e preditivo (SELVAGGI, 1999).

A classificação mais recente e utilizada atualmente é a denominada classificação de Bethesda – 2001 (SOLOMON *et al.*, 2002). Existem outras classificações prévias, como a classificação de Papanicolaou e as classificações histológicas, mais usadas para o diagnóstico, como são a classificação CIN ou de Richart (1973)

(RICHART, 1973) e a classificação descritiva segundo a OMS (TAVASSOLI, 2003). Estas últimas classificações podem ser encontradas ainda em laudos citológicos e pesquisas anteriores à publicação da classificação de Bethesda.

Na classificação de cinco classes de Papanicolaou eram separadas as alterações em malignidades e suspeitas de malignidade; na classe I não havia atipias; a classe II mencionava atipias, mas sem evidências de malignidade; a classe III mostrava atipias suspeitas, mas não conclusivas de malignidade; na classe IV havia suspeitas fortemente sugestivas de malignidade, e a classe V era conclusiva de malignidade (PAPANICOLAOU; TRAUT, 1943; TAVASSOLI, 2003).

A difícil reprodutibilidade dessa classificação fez Reagan e colaboradores (1953) introduzirem uma nova classificação incluindo o termo displasia, que dividia as atipias celulares em displasias leve, moderada e severa e carcinoma escamocelular *in situ* (CIS)². Essa classificação sugeria um *continuum* nas lesões do colo uterino que mais tarde se concretizaria na classificação de Richart – 1973 (RICHART, 1973), que classificou as displasias em neoplasias intraepiteliais de colo uterino (NIC), classificação na qual as lesões intraepiteliais de grau III e o carcinoma *in situ* passam a fazer parte de um conceito denominado NIC 3.

Durante as décadas de 1970 e 1980 os sistemas de classificação mencionados e suas combinações eram utilizados, criando confusões entre os profissionais da saúde. Para corrigir tal situação, o National Cancer Institute financiou uma reunião de expertos em 1988 na cidade de Bethesda (Canadá) (WOODHOUSE, 1999; SELVAGGI, 1999). Os membros do comitê influíram no desenvolvimento de um sistema de terminologia uniforme, reprodutível e que estaria em correlação com a histologia da lesão, facilitando a comunicação entre o laboratório e o clínico. O resultado dessa reunião foi a criação da classificação de Bethesda para a citologia cervicovaginal, (NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989), que introduziu conceitos que avançaram na integração do conhecimento do papel do vírus papiloma humano (HPV) como um agente etiológico no desenvolvimento da neoplasia intraepitelial cervical e o carcinoma cervical. (SELVAGGI, 1999). As lesões foram categorizadas em lesões intraepiteliais (*squamous cells intraepithelial lesions* – SILs) divididas em duas categorias: de baixo grau (*low-grade squamous intraepithelial lesion* - LSIL) que incorporou as lesões denominadas anteriormente como

² Squamous cell carcinoma in situ.

displasia leve ou NIC 1; e as lesões de alto grau (*high-grade squamous intraepithelial lesion* - HSIL), que abarcam a anterior definição de displasias moderadas e severa, ou NIC 1 e NIC 3 e o carcinoma in situ (NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989).

No quadro 1 são apresentadas as diferentes classificações das lesões de colo uterino e suas respectivas equivalências.

Classificação citológica (utilizada para detecção precoce)		Classificação histológica (utilizada para diagnóstico)	
PAPANICOLAOU (1943) (PAPANICOLAOU E TRAUT, 1943)	Sistema Bethesda (SOLOMON <i>et al.</i> , 2002).	WHO (TAVASSOLI, 2003)	CIN (RICHART, 1973)
Classe I	Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade	Normal	Normal
Classe II	Células escamosas atípicas ASC-US Células escamosas atípicas que não exclui Lesão intraepitelial escamosa de alto grau ASC-H	Atipia	Atipia
Classe III	Lesão intraepitelial de baixo grau – LSIL	Displasia leve, colócitos.	Neoplasia Intraepitelial NIC 1. Inclusive Condiloma plano.
Classe III	Lesão intraepitelial de alto grau - HSIL	Displasia moderada Displasia severa	NIC 2 NIC 3
Classe IV	HSIL	Carcinoma in situ	
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Quadro 1: Sistemas de classificação para citologia de colo uterino.

4.5 A EPIDEMIOLOGIA COMO CIÊNCIA E MÉTODO

A palavra epidemiologia deriva de epidemia, que, na tradução literal do grego, significa "sobre a população" (SARTWELL; MAXCY; ROSENAU, 1969, p. 8). Etimologicamente, epidemiologia deriva das

palavras epi = sobre; demo = população; logos = tratado, e significa o estudo que afeta a população (PEREIRA, 1999).

A epidemiologia foi definida como “o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e sua aplicação no controle de problemas de saúde” (LAST, 1998, p. 54).

A epidemiologia tem sido definida como ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores e dados para orientar os recursos da melhor forma possível e identificar os programas de saúde prioritários, proporcionando suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 1999; BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTROM, 2003; HERNÁNDEZ-AVILA; GARRIDO-LATORRE; LÓPEZ-MORENO, 2000).

Primeiramente a epidemiologia foi utilizada no estudo das populações e das doenças infecciosas e carenciais que as afetavam, estendendo-se posteriormente a outros tipos de doenças, como as não infecciosas, as cardiovasculares e os cânceres. Para poder intervir nesse grupo de afecções, houve necessidade de melhor conhecer os agentes etiológicos e os fatores de risco, razão pela qual a organização dos serviços de saúde utiliza a epidemiologia como recurso para estudar populações e seus processos de saúde doença (PEREIRA, 1999).

O objeto da epidemiologia é qualquer dano ou agravo à saúde estudado sempre com abrangência populacional, coletiva. A epidemiologia é considerada como um “ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde”. Em sentido amplo, a epidemiologia é o estudo do comportamento coletivo da saúde e da doença (PEREIRA, 1999, p. 3).

A epidemiologia tem sua origem relacionada com a história da medicina e com a evolução das teorias sobre as causas das doenças. O conhecimento do passado é essencial para entender o desenvolvimento da epidemiologia e sua situação atual, por isto serão destacados a seguir alguns acontecimentos influentes na história da epidemiologia (LAST, 1998).

Na Grécia Antiga, os gregos cultuavam Asclépios (Esculápio) como o deus da Medicina. Vários templos foram construídos em seu louvor. Em 420 a.C. foi edificado o mais importante deles, em Epidauro,

local onde Hipócrates (460-377 a.C.) atuou como sacerdote e desenvolveu seus estudos. Asclépios tinha duas filhas: Panaceia e Higeia, que representam o paradoxo entre a medicina individual e a medicina coletiva, predominante no pensamento ocidental até os dias atuais (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009).

Panaceia representava a medicina curativa, prática terapêutica baseada em intervenções sobre indivíduos doentes, utilizando manobras físicas, encantamentos, preces e medicamentos. Higeia representava a saúde como resultante da harmonia dos homens e dos ambientes. Era adorada por pessoas que buscavam promover a saúde mediante ações preventivas, mantenedoras do equilíbrio entre os elementos fundamentais: terra, fogo, ar e água (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009).

Na história há a pressuposição de que a Epidemiologia tenha nascido com Hipócrates, ao observar que fatores ambientais podem influenciar a ocorrência das doenças (ALMEIDA, 1999). Hipócrates estabeleceu-se na Ilha de Cós, onde iniciou sua escola, ensinando e praticando a tradição de Higeia. Após sua morte, em 377 a.C., seus discípulos restabeleceram o individualismo para garantir a hegemonia de sua prática sobre as inúmeras seitas que na Antiguidade prometiam a saúde para os homens (CLAVREUL, 1983).

Existem registros de censos realizados naquele tempo: contagem de habitantes já ocorria entre os judeus (livro Números, da Bíblia), os babilônios e os egípcios, e séculos depois, no Império Romano (LAURENTI *et al.*, 2005). De igual forma Galeno exerceu a medicina em Roma, tornando-se médico particular do imperador romano Marco Aurélio, que ordenou o registro compulsório de nascimentos e óbitos. A era romana deixa como legado para a epidemiologia a prática de censos periódicos (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009).

Tais censos eram seletivos e parciais, só cobrindo alguns grupos populacionais; o interesse era quantificá-los para fins militares, cobrança de impostos ou divisão de terras (LAURENTI *et al.*, 2005).

Baseados nos princípios de Hipócrates, os médicos árabes adotaram o registro de informações demográficas e sanitárias para fins de vigilância epidemiológica, consideradas práticas precursoras da saúde pública (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009).

Almeida (1999) indica que a formação histórica da Epidemiologia fundamenta-se em três eixos: um saber clínico naturalizado, racionalista e moderno; uma base metodológica, a Estatística; e um substrato político ideológico, a Medicina Social, como se descreve a seguir.

O primeiro eixo, o saber clínico naturalizado, fundamenta-se nos

inícios da prática médica e da formação dos médicos, iniciando-se com forte tendência ao estudo clínico dos enfermos nos próprios domicílios (FOUCAULT, 2006a).

Antes do século XVIII o hospital era uma instituição de assistência, de separação e exclusão dos pobres. Os pobres doentes eram vistos como portadores de doenças e de possível contágio considerados perigosos para a sociedade, particularmente os ricos. Além disso, o pobre devia ser assistido material e espiritualmente e precisava receber os últimos cuidados e sacramentos. O hospital era sinônimo de lugar para morrer e para conseguir a salvação eterna, do doente e de quem cuidava dos pobres. O hospital passou de lugar para morrer e asilo ou acolhimento de pobres, mendigos e viajantes, sob a guarda de ordens religiosas, a lugar para a cura de doentes, a cargo dos médicos que participaram das revoluções burguesas (FOUCAULT, 2006b).

A primeira organização hospitalar surge com os hospitais marítimos e militares que tinham por finalidade o controle dos traficantes, da economia e das doenças epidêmicas. A quarentena surgiu para impedir a desordem econômica e médica e a manutenção da sobrevivência dos soldados, pois sua formação era onerosa ao Estado, devendo-se adotar tecnologias políticas e disciplina, para que não morressem nem fugissem (FOUCAULT, 2006b).

A clínica moderna tem em Thomas Sydenham (1624-1689) um dos precursores da epidemiologia com a sua teoria da constituição epidêmica, além de haver elaborado o conceito de “história natural das enfermidades” [aspas no original] retomado em meados do século XX pela doutrina preventivista (ALMEIDA, 1999. p. 2).

Outras contribuições importantes que possibilitaram maior conhecimento das doenças, sua transmissão e prevenção, prevenção e controle das epidemias e o surgimento dos hospitais como um lugar para curar, são: em 1798, Jenner descobriu a vacina contra a varíola; em 1843, Holmes demonstrou que a febre puerperal podia ser transmitida com frequência de doente para doente, por médicos e enfermeiras; Semmelweis, em 1861, conclui que a infecção puerperal estava associada a não lavagem das mãos pelos médicos e seus estudantes; após as necrópsias e pela observação direta desse fato e da frequência da infecção puerperal, demonstrou o valor de algumas medidas preventivas simples, como lavagem de mãos, que já era realizada pelas parteiras; em 1847, Panum determinou as características epidemiológicas do sarampo; em 1854, Snow, considerado o pai da epidemiologia e responsável por desvendar os mecanismos de transmissão hídrica e o agente microbiano da cólera, provou que essa doença era transmitida pela água e pelo

contato pessoal. A demonstração da existência do vibrião colérico só se verificaria 27 anos mais tarde; em 1847, Budd defendeu igualmente o caráter contagioso da tuberculose, 15 anos antes de ser identificado seu agente etiológico. Estas são algumas das muitas contribuições importantes da época, todos achados em observações de campo (SARTWELL; MAXCY; ROSENAU, 1969).

O segundo eixo da constituição histórica da epidemiologia segundo Almeida (1999) é a estatística. A quantificação das enfermidades representou um elemento metodológico distintivo da nova ciência, servindo como garantia de sua neutralidade. Paralelamente ao surgimento do modo de produção capitalista, no âmbito político pós-renascentista aparece o Estado Moderno, especificando os conceitos de governo, nação e povo. Surge a ideia de que a riqueza principal de uma nação é seu povo. Naquele momento de transição, o poder político era o poder do exército e tornou necessário contar o povo e o exército, ou seja, a força de que dispunha para defendê-lo (ALMEIDA, 1999).

O termo Estatística significou, originalmente, a medida do Estado. O vocábulo foi criado por Hermann Conring (1606-1681), médico e cientista político alemão, especialmente para referir-se ao conjunto dos atributos de uma nação (ALMEIDA, 1999).

Em 1839, William Farr (1807-1883) criou o registro anual de mortalidade e morbidade para a Inglaterra e o País de Gales, marcando a institucionalização dos sistemas de informação em saúde (LAST, 1998).

Florence Nightingale (1820-1910), considerada fundadora da enfermagem moderna, agindo como enfermeira na Guerra da Crimeia, reconheceu que a saúde, embora seja resultado do cuidado do corpo, é também resultado do cuidado do *habitat* social. Preconizou cuidados com a alimentação, ruídos, iluminação, limpeza de habitações e higiene pessoal, aos quais a enfermeira deveria estar atenta. Realizou a quantificação dos soldados, diferenciação das doenças e os problemas que eles tinham, modificando a assistência a partir das estatísticas realizadas. Participou na criação de leis relacionadas com a saúde dos pobres. (NIGHTINGALE, 1989). Nightingale implementou os estudos da mortalidade pós-cirúrgica nos hospitais militares na Guerra da Crimeia e, em decorrência das medidas por ela definidas, em relação ao risco de infecções em soldados feridos na guerra, reduziu a mortalidade hospitalar de 42% para 2% entre 1854 e 1855 (DONAHUE, 1985). Os achados, a sistematização dos dados e a organização dos cuidados para atender os problemas quantificados se constituem num marco da epidemiologia aplicada na enfermagem, que Florence Nightingale deixou como legado de seu trabalho.

O terceiro eixo proposto por Almeida (1999), a medicina social, é apresentado por Foucault (2006b) em três etapas, como se detalha a seguir.

1 - A Medicina de Estado, que surgiu inicialmente na Alemanha. Mas, para compreendê-la, é necessário voltar ao mercantilismo (séculos XVI – XVII), quando todos os países europeus estavam preocupados com a atividade produtora da população. Nesse período, países como França, Inglaterra e Áustria começaram a realizar estatísticas de nascimento e mortalidade, com a preocupação de aumentar a população.

No entanto, apenas a Alemanha inicia práticas médicas para melhorar o nível de saúde da população: estatística, formação profissional padronizada/normalizada e organização administrativa.

A ciência do Estado envolve os recursos naturais de uma sociedade, o estado da população e o funcionamento do aparelho político, tornando-se, na época, uma balança de forças sempre desequilibradas e mutantes. Os pseudoestados justapostos alemães se obrigam a medir, comparar, imitar uns aos outros e tentam mudar as relações de força.

Enquanto os grandes Estados como França e Inglaterra podiam funcionar a um nível relativamente inconsciente, dotando-se de grandes aparelhos como o exército ou a polícia, na Alemanha a pequena dimensão dos Estados tornou necessária e possível essa consciência discursiva do funcionamento estatal da sociedade (FOUCAULT, 2006b, p. 81).

2 - A Medicina Urbana, representada pelo exemplo da França (século XVIII), está vinculada à urbanização e à unificação do poder urbano único e regulamentado, medidas que surgem por necessidades econômicas e políticas.

Até o século XVII, na Europa o grande perigo social vinha do campo, as reviravoltas eram camponesas. No final do século XVIII, ao contrário, acalmam-se as revoltas camponesas, enquanto as revoltas urbanas tornam-se cada vez mais frequentes, daí a necessidade de um poder político capaz de tranquilizar a população urbana temerosa de que a vida na cidade causasse doenças, especialmente infecções.

Em Paris, tentando reduzir as doenças, os cemitérios são levados para a periferia das cidades e surgem os túmulos individualizados: os cadáveres não são mais amontoados, medida que objetiva boa circulação

da água e do ar para diminuir o número de doenças e mortes. Existe aí a preocupação com a qualidade da água, isto é, livrá-la de contaminação para evitar as doenças epidêmicas.

Desde a Idade Média, existia em todos os países da Europa um regulamento de urgência que devia ser aplicado quando a peste ou uma doença epidêmica violenta aparecesse em uma cidade. Esse plano incluía:

Todas as pessoas deviam permanecer em casa para serem localizadas em um só lugar.

A cidade devia ser dividida em bairros que ficavam sob responsabilidade de uma autoridade.

Os vigias de ruas deviam fazer todos os dias um relatório de todo o observado; eram quantificadas as pessoas, para precisar o número de doentes e sadios e todas as casas eram desinfetadas com ajuda de perfumes queimados.

O outro mecanismo de purificação do espaço urbano nos séculos XVII e XVIII era a expulsão das pessoas com lepra e com doenças mentais. Com seus métodos de vigilância, hospitalização e toda sua evolução, a medicina urbana é um aperfeiçoamento do esquema político-médico da quarentena, realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII: analisa os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que possa provocar doenças, essencialmente os cemitérios.

A medicina urbana é uma medicina orientada mais para as coisas: ar, água, decomposições, fermentos, uma medicina das condições de vida e do meio de existência [...] a medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo. [A medicina urbana] foi importante para a constituição da medicina científica (FOUCAULT, 2006b, p. 81).

3 - A Medicina da força de trabalho, dos pobres e trabalhadores, foi o último alvo: primeiro o Estado e depois a cidade, da medicina social, porque até então, os pobres eram vistos socialmente apenas como servis, fazendo parte da instrumentalização da vida urbana, mas não representavam perigo. No nível em que eram colocados, como servis, eram úteis.

Foi no segundo terço do século XIX que a pobreza passa a ser vista como perigo, por uma razão política, especificamente porque na França e na Inglaterra a população pobre tornou-se força política capaz

de se rebelar e participar de revoltas.

No século XIX, o estabelecimento do sistema postal e de carregadores dispensou do trabalho pessoas pobres, gerando revoltas populares.

A cólera de 1932, que começou em Paris, propagou-se por toda a Europa, gerando na população proletária medos políticos e sanitários. A partir dessa época se decidiu dividir a cidade em espaços para pobres e espaços para ricos.

Com a Lei dos Pobres (Inglaterra), a medicina auxilia os pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, assegurando a proteção das classes ricas.

Em 1870, John Simon completou a legislação médica da “Lei dos Pobres” instituindo o controle médico da população (sistema *health service, helth officers*): vacinação obrigatória, registro das epidemias e localização de lugares insalubres.

Como a Lei dos Pobres tinha por objetivo controlar as classes mais pobres para proteger os ricos, enfrentou resistência popular. Apesar disso, a fórmula inglesa teve futuro diferente da medicina urbana e, sobretudo da medicina de Estado, pois uniu a assistência médica ao pobre, ao controle de saúde da força de trabalho e a inquéritos gerais da saúde pública.

Na Inglaterra, com o advento da revolução industrial, o desgaste da classe trabalhadora fez surgir uma medicina da força de trabalho, parcialmente sustentada pelo Estado em áreas urbanas, para dar conta da grande deterioração das condições de vida e de saúde desta classe (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009, p. 5).

Com a formação de um proletariado urbano, abriu-se um processo de luta política sob a forma de diferentes concepções de socialismo utópico. Uma dessas concepções interpreta a política como medicina da sociedade, dando início a um movimento pela politização da saúde, iniciado na França por volta de 1830. Em 1838, Guérin cunhou o termo “Medicina Social” [aspas no original], que tem servido para designar modos de abordar coletivamente a questão da saúde. Em meados do século XIX, o médico sanitário Rudolf Virchow (1821-1902), após constatar que um processo epidêmico de tifo era determinado por questões de cunho social e político, liderou o movimento médico-social na Alemanha. Na Inglaterra, por outro lado,

alguns sanitaristas britânicos buscavam pela via legislativa incorporar suas preocupações sociais aos conhecimentos científicos. (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009, p. 5).

Em 1850, membros da Royal Medical Society organizaram na Inglaterra a London Epidemiological Society. Dentre os membros dessa sociedade científica, merecem destaque Florence Nightingale e John Snow, por suas contribuições ao conhecimento da epidemiologia (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009).

As décadas seguintes caracterizaram-se por grande avanço da fisiologia, da patologia e da bacteriologia, devido principalmente aos trabalhos de Claude Bernard, Rudolf Virchow, Louis Pasteur e Robert Koch. As doenças infecto-contagiosas eram de maior prevalência nessa época, e a descoberta dos microorganismos fortaleceu a medicina clínica. O interesse pelas novas descobertas dispensou o avanço do conhecimento sobre as questões-chave de ordem social e política da saúde (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009).

Dessa forma, a abordagem curativa individual suplantou mais uma vez o enfoque coletivo no enfrentamento das questões da saúde e de seus determinantes. Assim, o avanço do conhecimento epidemiológico voltava-se para os processos de transmissão ou controle de epidemias (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009, p.6).

Em 1910, Abraham Flexner (1866-1959) apresenta o relatório de Educação Médica nos Estados Unidos e no Canadá, que preconizava um enfoque reducionista para o ensino médico, valorizando o individualismo no campo da saúde, com ênfase no conhecimento proveniente da pesquisa básica, realizada principalmente com as doenças infecciosas e reforçando a separação entre o individual e o coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, traduzindo-se como o dual entre o biológico e o social na saúde (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009; ALMEIDA, 1999).

A década seguinte à crise econômica de 1929 resulta em impacto sobre a medicina científica, pelo avanço da tecnologia e a tendência à especialização da prática médica, elevando os custos e elitizando a assistência à saúde num momento de grande demanda por seus serviços (DONNANGELO, 1979).

Nesse contexto, resgatou-se o caráter social das doenças através do recurso da Epidemiologia, que já não continha a politização da medicina social.

Dessa forma, a Epidemiologia assumiu cada vez mais o positivismo das ciências naturais, através do modelo da Biologia, pois se a Fisiopatologia se ocupa dos processos patológicos do organismo, a Epidemiologia foi chamada a abordar tais processos na sociedade. Ainda assim, a disciplina se definia e ainda hoje se define essencialmente pelo seu caráter social, ou seja, não existe Epidemiologia que não seja social (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009, p. 6).

Assim sendo, os epidemiologistas estudam as populações e seus agravos, resgatando o caráter social do processo saúde-doença e da Epidemiologia. Sustentando-se a epidemiologia no positivismo e nas ciências sociais, enquanto a aritmética e a estatística eram utilizadas para quantificar a população e os doentes e sustentar as probabilidades de repetição dos agravos, as teorias das ciências sociais tentavam fornecer explicações para as quais as primeiras não tinham resposta (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009).

Em consequência, a Epidemiologia foi designada como a ciência que realiza estudos de população e seus agravos, pois privilegia o conceito do coletivo e de sociedade, como algo mais do que um mero conjunto de indivíduos, ampliando seu objeto de conhecimento para além das epidemias e das enfermidades transmissíveis. Surge um impasse conceitual e metodológico com o modelo experimental proposto por Abraham Flexner. E a saída para tal impasse foi produzida com a estatística, que “reapresentava a velha novidade da teoria das probabilidades, possibilitando, assim, formalizar o conceito de risco como objeto privilegiado da Epidemiologia” (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009, p. 6).

Em 1936, o britânico John Ryle (1889-1950) propõe sistematizar o paradigma da História Natural das Doenças, fundamental para o nascimento da medicina preventiva (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009).

Nas décadas de 1930 e 1940, os Estados Unidos, em vez de promover uma reforma no setor de saúde, a exemplo do que ocorreu na maioria dos países da Europa, realizam uma mudança no ensino médico, incorporando alguns aspectos de prevenção nos conteúdos da formação de profissionais de saúde: criam departamentos de medicina preventiva em substituição às cátedras de higiene, capazes de ministrar os conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, que eram até então atribuição das escolas de saúde pública

(LEAVELL; CLARK, 1978). Nessa proposta, o conceito de prevenção é ampliado, incluindo a noção de prevenção primária, secundária e terciária (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009). Alguns autores afirmam que os conceitos preventivistas ficaram apenas no campo da retórica, indicando uma limitada pretensão transformadora desse movimento (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009; AROUCA, 2003)

Na década de 1950 ocorreu o desenvolvimento e aperfeiçoamento de novos desenhos de investigação epidemiológica, destacando-se os desenhos longitudinais de coorte; e no plano teórico, novos modelos explicativos foram propostos para fazer frente à teoria monocausal das enfermidades, fazendo emergir uma forte tendência ecológica na Epidemiologia (ALMEIDA; MEDRONHO, 2009). Surgem avanços na epidemiologia: regras básicas na análise de indicadores, como incidência e prevalência, a delimitação do conceito de risco, desenvolvimento do conceito de risco relativo e a introdução de técnicas de regressão logística na análise epidemiológica (ALMEIDA, 1999).

Na década de 60 a investigação epidemiológica passa por várias transformações com a utilização da computação eletrônica, passando a priorizar a quantificação de dados, ampliação, construção e transferência de bases de dados, criação de técnicas analíticas e análises multivariadas (ALMEIDA, 1999).

Nas décadas 70 e 80 a epidemiologia caracteriza-se pelo desenvolvimento de softwares específicos para análise epidemiológica, com aprofundamento das bases matemáticas e questionamentos sobre o objeto de estudo da epidemiologia e seus fundamentos epistemológicos. Consolida-se a proposta de uma “Epidemiologia clínica” [aspas no original] como uso prático da metodologia epidemiológica fora dos contextos coletivos, conformando a denominada “medicina baseada em evidências” [aspas no original] (ALMEIDA, 1999, p. 11). Finalmente na década de 80 emergem, na América Latina e na Europa, abordagens críticas da epidemiologia, como reação à tendência de “biologização” [aspas no original] da saúde pública, reafirmando a historicidade dos processos saúde e doença e sua relação com determinantes sociais, políticos e econômicos (ALMEIDA, 1999, p. 11).

A partir da década de 90, epidemiologistas exploram novas tendências, como aplicação da epidemiologia molecular, etnoepidemiologia, farmacoepidemiologia, epidemiologia genética e epidemiologia de serviços de saúde, continuando o interesse pelo estudo da epistemologia da epidemiologia (ALMEIDA, 1999).

Convém destacar que a epidemiologia surgiu inicialmente com o interesse pela contagem da população, primeiramente com fins bélicos e

demográficos, e posteriormente a contagem dos agravos que afetavam a população, utilizando-se da matemática e posteriormente da estatística. Os epidemiologistas procuram a solução para problemas sociais e coletivos, especialmente aqueles relacionados ao controle de epidemias e endemias, favorecido pelo desenvolvimento da microbiologia e da clínica, o qual gera bases para o que posteriormente seria denominado processo saúde-doença e para conhecer a evolução das doenças, desde o período pré-patogênico até o período patogênico. Em 1910, em conjunto com a apresentação do informe de Abraham Flexner, é reforçada a tendência individualista nos sistemas de saúde e na formação dos recursos humanos em saúde nas áreas tecnológicas e diagnósticas, introduzindo-se o modelo preventivista, o qual estabelece os níveis de prevenção da doença (ALMEIDA, 1999).

Os epidemiologistas buscam na epidemiologia respostas para os problemas sociais, reconhecendo que o processo saúde-doença não se restringe ao indivíduo, pois se relaciona com fatores sociais, econômicos, políticos, ambientais e culturais, entre outros. São esses alguns dos compromissos que desencadeiam diálogos com diferentes ciências e disciplinas, ao mesmo tempo em que estudam os fundamentos epistemológicos da epidemiologia.

A epidemiologia descritiva estuda o aparecimento das doenças e de outras características relacionadas com a saúde das populações. São desenvolvidas observações de caráter geral a respeito das relações da doença com características básicas, como idade, sexo e outros. Mas a epidemiologia descritiva envolve principalmente pessoa, lugar e tempo (LAST, 1998).

O estudo epidemiológico descritivo centra-se na caracterização do fenômeno estudado, em geral para elaborar diagnósticos de saúde em populações e fundamentar programas e políticas de saúde (GÓMEZ ARIAS, 2002). Os estudos descritivos realizam-se por observação e não têm alcance para constatar uma situação dada. Respondendo perguntas como: o quê? quando? onde? quem?, tais estudos não estabelecem hipóteses sobre relações causais, buscam apenas constatar os fatos (CARVAJAL; CRUZ; VÁSQUEZ, 1993).

Os desenhos descritivos tentam responder perguntas sobre as três variáveis de maior interesse na epidemiologia (GÓMEZ ARIAS, 2002):

- Pessoa: como se comporta o problema na população segundo idade, sexo e outras variáveis de interesse? Quantas pessoas estão afetadas?

- Tempo: como se comporta o problema no tempo? Qual é a sua tendência?

- Lugar: como se comporta o problema no espaço? Como se localiza geograficamente?

Quando o pesquisador não controla as variáveis, o estudo é de caráter observacional: observa o fenômeno nas suas condições habituais, sem afetar seu comportamento, ou seja, não manipula variável alguma do fenômeno, como ocorre nos estudos epidemiológicos de intervenção. A descrição do fenômeno pode ser quantitativa e estatística, dependendo das características do fenômeno em estudo, mas uma boa descrição demanda sempre um componente qualitativo (GÓMEZ ARIAS, 2002) (HERNÁNDEZ-AVILA; GARRIDO-LATORRE; LÓPEZ-MORENO, 2000).

A quantificação de variáveis populacionais é uma etapa imprescindível e importante que, utilizando uma metodologia específica, busca descrever a situação específica de doenças ou agravos à saúde que afetam determinada comunidade, os grupos mais suscetíveis, as faixas etárias mais atingidas, os riscos mais relevantes e os mecanismos de controle para cada caso (ROUQUAYROL; KERR-PONTES, 1999).

Lidar com variáveis populacionais implica trabalhar com dados já disponíveis ou secundários sobre eventos diversos que ocorrem numa população, ou mesmo o levantamento de variáveis populacionais ou ainda levantar dados primários (ROUQUAYROL; KERR-PONTES, 1999).

De acordo com sua abrangência e com o comportamento que caracteriza o fenômeno estudado durante o tempo, as pesquisas epidemiológicas descritivas ou analíticas podem ser: estudos retrospectivos; transversais; e prospectivos. Os estudos descritivos retrospectivos se desenvolvem com dados existentes no momento de formular a pesquisa, para descrever o fenômeno olhando para trás, definindo o tempo no qual o fenômeno será estudado; em outras palavras, permite descrever o comportamento do fenômeno num período de tempo estabelecido (GÓMEZ ARIAS, 2002).

As etapas propostas para desenvolver estudos epidemiológicos descritivos são apresentadas a seguir (CARVAJAL; CRUZ; VÁSQUEZ, 1993):

1. Identificar a população a estudar. Uma população pode ser definida como um conjunto de pessoas situado em dada localização geográfica, como os moradores de uma cidade, mas pode ser definido de acordo com outras características, como um grupo de trabalhadores de área específica, pessoas que padecem de certa doença, ou ainda que são beneficiários dos serviços de assistência em saúde.

2. Definir a doença ou características da população a estudar.

Neste caso são explicitados os componentes clínicos e epidemiológicos que subsidiam a análise do estudo, ou seja, o quadro clínico da doença, seu diagnóstico, tratamentos ou modos de intervenção, além dos caracteres ou atributos da população, como sexo, idade e outras características.

3. Selecionar as fontes de dados e as técnicas de medida. Serão considerados os contextos de obtenção dos dados e se serão coletados diretamente com a população utilizando questionários, entrevistas e outros recursos. Os dados são considerados provenientes de fonte primária quando forem obtidos diretamente em sua fonte produtora e coletados diretamente pelo pesquisador. Portanto, o pesquisador pode obter dados de fontes primárias ou secundárias. As fontes secundárias são aquelas nas quais o pesquisador não coleta diretamente os dados da população, porque já foram coletados e registrados por outro pesquisador ou instituição, como documentos oficiais de uma instituição.

4. Calcular indicadores epidemiológicos (taxas e razões). Os dados coletados, em fontes primárias ou secundárias, servem de base para o cálculo de indicadores que expressam o fenômeno ou evento tomando por base a população e não um caso isoladamente. Portanto, os indicadores servem para demonstrar a magnitude do fenômeno/evento (doença) no contexto da população, expressam o risco, enquanto probabilidade de morbimortalidade da população.

5. Comparar com as características e indicadores da doença já conhecidos. A comparação é realizada em relação ao conjunto das características populacionais e, também, se a ocorrência em análise resulta em acréscimo ao conhecido quadro clínico e epidemiológico da doença tomada para análise.

6. Certificar-se de que o estudo não se tenha desviado de seus objetivos e tenha alcançado corretamente a população objeto. Esta etapa constitui a avaliação do processo de pesquisa e as contribuições que foram apresentadas segundo o plano definido.

O CCU constitui um problema de saúde pública que afeta a saúde individual e coletiva das mulheres no contexto mundial e brasileiro. É uma doença com ameaça mais grave para a vida dessas mulheres. Uma abordagem de estudo é fornecida pela epidemiologia, pois como disciplina científica se interessa por estudar os fenômenos sociais e instrumentalizar conceitos para analisá-los, como o conceito de tríade epidemiológica, que inclui a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade (GONÇALVES, 2006).

A magnitude do CCU refere-se à abrangência, ao alcance e à

população de mulheres atingidas pela doença e se expressa utilizando indicadores epidemiológicos, como as taxas de prevalência e de incidência (GONÇALVES, 2006).

Por transcendência entende-se o custo pessoal e social que a doença provoca na vida das pacientes, os agravos às famílias e o impacto que provoca nas sociedades (GONÇALVES, 2006). O CCU interfere nas condições de saúde e na qualidade de vida das mulheres, na sexualidade, nas relações sociais, econômicas e culturais (ALIANZA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO, 2004).

E finalmente o terceiro componente da tríade epidemiológica corresponde à vulnerabilidade, que é quanto o CCU pode ser controlado com investimentos e conhecimentos específicos, isto é, como controlá-lo com medidas apropriadas (GONÇALVES, 2006).

Para descrever e analisar a problemática do câncer de colo uterino os autores se valem de indicadores da epidemiologia, principalmente os seguintes: Taxa Bruta de Incidência, Taxa Específica de Incidência, Taxa Bruta de Mortalidade; Taxa Específica de Mortalidade.

A mortalidade é a medida mais utilizada para estudos geográficos. A taxa de mortalidade reflete o risco de morte em determinado período numa população específica (BRASIL, 2010?). As estatísticas de mortalidade são indispensáveis, principalmente considerando-se que esses dados tendem a ter cobertura universal, quando existe um registro satisfatório (ROUQUAYROL; KERR-PONTES, 1999).

No Brasil as informações sobre os óbitos por câncer contemplam sexo, faixa etária, regiões, unidade da federação (local de residência), municípios das capitais e causa de morte (neoplasia maligna segundo Classificação Internacional de Doenças – CID) (BRASIL, 2010?).

A fonte das informações de óbitos por câncer é o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, criado em 1975. As informações contidas nas declarações de óbito são codificadas, tabuladas e divulgadas em anuários estatísticos do Ministério da Saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, então CID-9. Em 1996, passou-se a utilizar a tradução da CID-10 em língua portuguesa para classificar os dados sobre mortalidade. Para poder comparar as informações apresentadas, são utilizados critérios de conversão preconizados internacionalmente. (BRASIL, 2010?).

O Departamento de Informática do SUS – DATASUS é órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde encarregado de manter e desenvolver o sistema de informações em saúde do Sistema Único de

Saúde de Brasil, proporcionando informação a todos os gestores do sistema e à comunidade em geral, partindo do pressuposto de que a informação é fundamental para democratizar a saúde e aprimorar sua gestão. (BRASIL, 2010?).

Existe o Sistema de Câncer de Base Populacional (SISBASEPOP), administrado pela Vigilância Sanitária do Instituto Nacional de Câncer, o qual recebe as informações oriundas dos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP, que são centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise das informações sobre incidência de câncer. No Brasil, existem atualmente 30 RCBP implantados, dos quais 20 armazenam informações consolidadas, isto é, pelo menos um ano de informações sobre casos definitivos [incidência] (BRASIL, 2010?).

Os RCBP coletam as informações sobre a incidência de câncer em fontes notificadoras, consideradas aqui as unidades de saúde onde se faça diagnóstico, tratamento ou acompanhamento dos pacientes com câncer, bem como o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Programa Viva Mulher, SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero), Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia – APAC e Autorização de Internação Hospitalar – AIH (BRASIL, 2010?).

Além de fornecer informação para a gestão do SUS, os Registros de Câncer de Base Populacional proporcionam informação à base mundial de informação sobre câncer, denominada CANCERmondial, dirigida pela Seção de Informação sobre Câncer da IARC (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER). A CANCERmondial fornece informação dos dados de incidência por câncer no mundo e inclui informação das seguintes bases de dados: da Organização Mundial da Saúde; (GLOBOCAN 2008), que tem estimativas mais recentes da incidência de câncer, mortalidade e prevalência, por sexo e tipo de câncer; NORDCAN, da Associação dos Registros Nórdicos de Câncer (ANCR - The Association of the Nordic Cancer Registries). As Instituições que administram essas bases de dados por sua vez compõem a Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR - The International Association of Cancer Registries), fundada em 1966 (THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF CANCER REGISTRIES). As bases de dados atualmente utilizam a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão – CID-10, que para o caso do Câncer de Colo Uterino equivale ao código C53. Excepcionalmente alguns registros populacionais têm dados para anos específicos com

classificações anteriores ao CID-10 ou com a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, 3ª edição – CID-O3 (BRASIL, 2010?).

Vários são os indicadores epidemiológicos adotados para a análise de uma doença e seu impacto na população. Neste estudo será adotada a taxa específica de mortalidade por câncer de colo uterino ajustada por idade e as prevalências em porcentagens dos resultados de exames para detecção precoce de câncer de colo uterino incluídos na revisão sistemática. Mas o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2010?). adota também a Taxa Bruta de Mortalidade, a razão entre exames citopatológicos em mulheres entre 25 e 59 anos, número de exames citopatológicos do câncer de colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos em determinado local e ano, e percentual de acompanhamento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero (NIC II e NIC III).

A taxa ajustada por idade serve para interpretar o dado corrigindo a relação do tipo de câncer de acordo com a idade, já que a incidência dos tipos de câncer muda conforme a idade, possibilitando comparar diferentes taxas, como por exemplo, taxas específicas por grupos etários, estados, países etc. O Departamento de Informática do SUS – DATASUS disponibiliza dados on-line que o usuário pode acessar para conhecer as taxas do Brasil, regiões, estados e cidades considerando os dados de população segundo o Padrão Mundial modificada por (DOLL; PAYNE; WATERHOUSE, 1966), e também o padrão brasileiro, utilizando os dados do Censo Demográfico de 2000 – IBGE (BRASIL, 2010c).

Na Base GLOBOCAN-2008, essa taxa é definida como ASR(W) Age-Standardized Rate (ASR, world standard), aplicada para taxas de mortalidade e de incidência e é calculada para os grupos etários de 0-14, 15-44, 45-54, 55- 64 e 65 e mais anos. As estimativas da população foram tomadas das projeções demográficas das Nações Unidas (revisão 2008) (FERLAY *et al.*, 2010).

Para cumprir o objetivo geral desta pesquisa, que é analisar o câncer de colo uterino como problema social e as contribuições da enfermagem na realização de testes para a detecção precoce do câncer de colo uterino, a pesquisadora fundamenta metodologicamente a pesquisa na epidemiologia descritiva e no método de revisão sistemática sem meta-análise.

4.6 A EPIDEMIOLOGIA E AS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Considerando a finalidade da epidemiologia, que é descrever os fatores relacionados com os eventos de saúde e doença em populações humanas, os epidemiologistas têm contribuído com a caracterização de ditos fenômenos visando alcançar a melhoria das condições de vida da população. O principal objetivo da epidemiologia é desenvolver conhecimentos que possam ser aplicados no estudo dos determinantes sociais e no controle e erradicação de doenças que afetam as populações e reduzir a vulnerabilidade (HERNANDEZ-AVILA; GARRIDO-LATORRE; LOPEZ-MORENO-2000)

Durante anos, a atenção à saúde foi baseada principalmente na experiência profissional, na opinião de especialistas com descrição de sua casuística ou nas teorias fisiopatológicas, e esses procedimentos valorizavam a perspectiva do profissional (BORK; MINATEL, 2005; FLETCHER; FLETCHER, 2006). Mas, cabe ressaltar que a perspectiva de um profissional nem sempre era a melhor decisão no tocante à atenção à saúde para a população, podendo ainda ser contrária à perspectiva de outro profissional, além do risco de não representar a realidade da população.

O avanço das ciências e o acúmulo de conhecimentos resultaram na produção de incertezas, geraram controvérsias e novas hipóteses. A introdução e o desenvolvimento das tecnologias de informação constituem valioso suporte para produzir conhecimento, porque são recursos para aumentar a produção, consulta e difusão do conhecimento. Por isso mesmo as ciências encontram-se em processo contínuo de evolução, e a verdade científica é sempre transitória. O conhecimento não é perene, mas transitório: novas pesquisas surgem e os conhecimentos precisam ser reorganizados.

A epidemiologia enquanto método também resulta na demonstração de probabilidades de ocorrência de determinado fenômeno. A aplicação desse método serve de base para o surgimento da Prática Baseada em Evidências, com o objetivo de identificar e organizar as informações mais relevantes, para fundamentar as condutas em saúde com melhor resposta ao paciente, mais seguras e com custo adequado às circunstâncias (BORK; MINATEL, 2005).

A Prática Baseada em Evidências tem sido adotada por profissionais da área da saúde e não se restringe exclusivamente à demonstração e aplicação de evidências como fator único no

atendimento das pessoas, mas tem se constituído em suporte para a prática clínica em que sejam levadas em conta as características individuais de cada pessoa (DRUMMOND, 2004).

A Prática Baseada em Evidências também é conhecida como Medicina Baseada em Evidências e Atenção Sanitária Baseada em Evidências, termos utilizados atualmente com significados muito próximos. A Enfermagem Baseada em Evidências (EBM) deriva desses conceitos e observa suas características no que concerne à assistência e contribuições da enfermagem (LIMA, 2009).

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) se fundamenta na tríade epidemiologia clínica, bioestatística e informática médica (DRUMMOND, 2004). Consiste na utilização consciente, explícita e responsável da melhor evidência clínica disponível para tomar decisões na intervenção em pessoas de modo individualizado (SACKETT; RICHARDSON; ROSENBERG, *et al.*, 1997). A MBE tem sido definida como o processo sistemático de identificação, avaliação e utilização dos melhores achados de pesquisa disponíveis, em que os profissionais integram as evidências disponíveis e as competências clínicas, como base para a tomada de decisões clínicas nas pessoas cuidadas (DRUMMOND, 2004). Este autor define evidência, sob a perspectiva da MBE, como um critério de maior certeza de determinados achados e opiniões, sustentados em informações e dados analisados segundo padrões previamente estabelecidos. A MBE é um processo sequencial constituído por quatro etapas sucessivas, a saber: formulação de uma pergunta de pesquisa ou de um problema clínico; busca das evidências na literatura correspondente; avaliação crítica das evidências, em relação a sua validade e utilidade em função da pergunta de pesquisa previamente definida; e implementação, na prática clínica, das evidências encontradas. Entre os requisitos fundamentais têm sido definidos os seguintes: 1) precisão na formulação das questões; acesso às fontes bibliográficas; 3) viabilidade de utilização das evidências externas, seja num caso clínico concreto ou com fins de utilização em pesquisas ou eventos científicos (DRUMMOND, 2004).

A origem da MBE está associada à teoria “*médicine d’observation*”, proposta na França em 1830 por Pierre Charles Alexandre Louis, segundo a qual os médicos não deveriam basear suas apreciações e sua prática exclusivamente na experiência pessoal, devendo considerar as revelações experimentais que efetivamente tivessem mostrado efeitos em termos quantificáveis (MARQUES, 2003).

Em 1972, o Epidemiologista Archibald Cochrane, preocupado

com o investimento na assistência sanitária no Reino Unido, publicou em 1972 um material sobre a efetividade e a eficiência na aplicação de recursos no sistema de saúde livre e gratuito para a população, considerando que os recursos eram limitados, e seu uso indiscriminado poderia levar à quebra do sistema de saúde. Nesse documento ele preconizava a utilização de ensaios clínicos aleatórios como suporte para a tomada de decisões clínicas fundamentando a Prática Baseada em Evidências (PBE), (THE COCHRANE COLLABORATION, 2010). Suas ideias e metodologias foram continuadas pelas comunidades científicas e em 1992 foi fundada a *Cochrane Colaboration*, uma rede internacional que disponibiliza informações científicas no campo da saúde (THE COCHRANE COLLABORATION, 2010).

No início dos anos de 1980, pesquisadores canadenses desenvolveram uma nova concepção de medicina, propondo que a prática médica fosse orientada por evidências oriundas de experimentos científicos bem conduzidos, denominada medicina baseada em evidências (MBE) (SACKETT; RICHARDSON; ROSENBERG, *et al.*, 1997). Tal concepção foi considerada por alguns defensores dessa prática como uma mudança paradigmática na área médica, e hoje conta com grande número de adeptos no mundo todo. Segundo Kuhn (2006), todo período de revolução científica é caracterizado por mudanças de paradigmas e estes deverão atender as mais diversas interrogações e considerações como significativas ou legítimas. Epistemologicamente paradigma é um termo que designa as realizações científicas que geram modelos, por períodos mais ou menos longos e de modo mais ou menos explícito orientam o desenvolvimento posterior de pesquisas exclusivamente na busca de soluções para os problemas identificados (KUHN, 2006). Contrariando o postulado da MBE como paradigma, há questionamentos como os de Sayd e Moreira (2000) que a MBE não pode ser considerada um novo paradigma, já que se trata de adaptação à prática clínica de um modelo cognitivo e não rompe os modelos lógicos racionais de produção do conhecimento científico. Para Castiel e Póvoa (2002) os autores que trabalham com a MBE tentam ratificar a racionalidade médica ocidental com sofisticação e refinamento de objetos e técnicas segundo os cânones científicos. Os pesquisadores e usuários da MBE reconhecem que a tomada de decisões na prática clínica resulta de três fatores: as evidências identificadas nos dados clínicos dos pacientes e nas pesquisas; o paciente, considerando os seus aspectos intrínsecos, como os valores pessoais, experiências prévias, educação e crenças; e as restrições resultantes de políticas, leis e padrões da comunidade, tempo e reembolso (ATALLAH, 1997).

A MBE representa uma proposta de trabalho de um grupo de Estudos da Universidade de McMaster, Canadá, na década de 1980, com o intuito de motivar adequada análise das publicações científicas (SACKETT; RICHARDSON; ROSENBERG, *et al.*, 1997). Esse grupo publicou vários textos descrevendo como analisar adequadamente os textos científicos com a finalidade precípua de dar crédito às informações contidas nas publicações e se elas representavam ou não contribuições para o avanço da ciência e da própria atenção à saúde.

A partir dessa iniciativa, diversos trabalhos foram publicados e seus autores contribuem para demonstrar um quadro classificatório sobre os achados, sistematizando os níveis de evidência, ou seja, o valor da contribuição que se confere ao texto. Dentre as publicações, destacam-se contribuições do Canadá, Reino Unido, Estados Unidos e outros (HUNINK, 2004; ROSEMBER; DONALD, 1995; OXMAN AD, SACKETT DL; GUYATT, 1993; DAVIDOFF; HAYNES; SACKETT *et al.*, 1995).

A metodologia da MBE propõe critérios de classificação para as pesquisas científicas, de acordo com as evidências que os pesquisadores encontram nos estudos, sendo classificadas em gradações. Os critérios de classificação apresentam variações segundo diferentes autores e conforme sua classificação no enfoque clínico ou de organização das principais questões de saúde. Soares (2005) faz a classificação de acordo com a orientação das perguntas, considerando: 1) etiologia, 2) diagnóstico, 3) terapêutica, 4) prevenção, 5) prognóstico e 6) custo-benefício. O enfoque de pesquisa determina o desenho mais apropriado, não existe consenso entre os pesquisadores e considera que para perguntas sobre intervenções terapêuticas ou de prevenção, o melhor desenho de pesquisa são os Ensaio Clínicos Randomizados (ECR); para avaliar testes diagnósticos são os estudos de acurácia, geralmente com delineamento transversal; para perguntas sobre fatores de risco, etiológicos ou de prognóstico, são os estudos observacionais de caso-controle e coorte. Rosserber e Donald (1995), pesquisadores da Universidade de Oxford, Reino Unido, admitem 5 enfoques de pesquisa: 1) tratamento, prevenção-etiológica, dano; 2) prognóstico; 3) diagnóstico; 4) diagnóstico diferencial-prevalência de sintomas; 5) análise de decisão e econômica. Independente da classificação adotada, o pesquisador deve identificar e classificar a qualidade da informação e seu nível de evidência. Na presente revisão sistemática foi adotado o modelo da Universidade de Oxford – 2009 (PHILLIPS *et al.*, 2009), no qual o grau de recomendação varia de acordo com o enfoque adotado na pesquisa, como se apresenta a seguir.

Tabela 1: Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - “Oxford Centre for Evidence-Based Medicine” - 2009.

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs	SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR" validated in different populations	SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR" with 1b studies from different clinical centres	SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies	SR (with homogeneity*) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval";)	Individual inception cohort study with > 80% follow-up; CDR" validated in a single population	Validating** cohort study with good" " " reference standards; or CDR" tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up****	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none§	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts" " "	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses " " " "
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies	SR (with homogeneity*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity*) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity*) of 2b and better studies	SR (with homogeneity*) of Level >2 economic studies
2b	Individual cohort study	Retrospective cohort study	Exploratory** cohort study	Retrospective cohort	Analysis based on

	(including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)	or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR" or validated on split-sample§§§ only	with good" " " reference standards; CDR" after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases	study, or poor follow-up	clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies	"Outcomes" Research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies		SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study, or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations.
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies§§)	Case-series (and poor quality prognostic cohort studies***)	Case-control study, poor or non-independent reference standard	Case-series or superseded reference standards	Analysis with no sensitivity analysis
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or	Expert opinion without explicit critical appraisal, or	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology,	Expert opinion without explicit critical appraisal, or	Expert opinion without explicit critical appraisal, or

	based on physiology, bench research or "first principles"	based on physiology, bench research or "first principles"	bench research or "first principles"	based on physiology, bench research or "first principles"	based on economic theory or "first principles"
--	---	---	--------------------------------------	---	--

NOTES

Users can add a minus-sign "-" to denote the level of that fails to provide a conclusive answer because:

- EITHER a single result with a wide Confidence Interval
- OR a Systematic Review with troublesome heterogeneity.

Such evidence is inconclusive, and therefore can only generate Grade D recommendations.

*	By homogeneity we mean a systematic review that is free of worrisome variations (heterogeneity) in the directions and degrees of results between individual studies. Not all systematic reviews with statistically significant heterogeneity need be worrisome, and not all worrisome heterogeneity need be statistically significant. As noted above, studies displaying worrisome heterogeneity should be tagged with a "-" at the end of their designated level.
"	Clinical Decision Rule. (These are algorithms or scoring systems that lead to a prognostic estimation or a diagnostic category.)
" _i	See note above for advice on how to understand, rate and use trials or other studies with wide confidence intervals.
§	Met when all patients died before the Rx became available, but some now survive on it; or when some patients died before the Rx became available, but none now die on it.
§§	By poor quality cohort study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both exposed and non-exposed individuals and/or failed to identify or appropriately control known confounders and/or failed to carry out a sufficiently long and complete follow-up of patients. By poor quality case-control study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both cases and controls and/or failed to identify or appropriately control known confounders.
§§§	Split-sample validation is achieved by collecting all the information in a single tranche, then artificially dividing this into "derivation" and "validation" samples.
" "	An "Absolute SpPin" is a diagnostic finding whose Specificity is so high that a Positive result rules-in the diagnosis. An "Absolute SnNout" is a diagnostic finding whose Sensitivity is so high that a Negative result rules-out the diagnosis.
" _i " _i	Good, better, bad and worse refer to the comparisons between treatments in terms of their clinical risks and benefits.

" " "	Good reference standards are independent of the test, and applied blindly or objectively to applied to all patients. Poor reference standards are haphazardly applied, but still independent of the test. Use of a non-independent reference standard (where the 'test' is included in the 'reference', or where the 'testing' affects the 'reference') implies a level 4 study.
" " " "	Better-value treatments are clearly as good but cheaper, or better at the same or reduced cost. Worse-value treatments are as good and more expensive, or worse and the equally or more expensive.
**	Validating studies test the quality of a specific diagnostic test, based on prior evidence. An exploratory study collects information and trawls the data (e.g. using a regression analysis) to find which factors are 'significant'.
***	By poor quality prognostic cohort study we mean one in which sampling was biased in favour of patients who already had the target outcome, or the measurement of outcomes was accomplished in <80% of study patients, or outcomes were determined in an unblinded, non-objective way, or there was no correction for confounding factors.
****	Good follow-up in a differential diagnosis study is >80%, with adequate time for alternative diagnoses to emerge (for example 1-6 months acute, 1 - 5 years chronic)

Grades of Recommendation

A	consistent level 1 studies
B	consistent level 2 or 3 studies or extrapolations from level 1 studies
C	level 4 studies or extrapolations from level 2 or 3 studies
D	level 5 evidence or troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level

"Extrapolations" are where data is used in a situation that has potentially clinically important differences than the original study situation.

Fonte: PHILLIPS *et al.*, 2009

Na classificação da Oxford – 2009 (PHILLIPS *et al.*, 2009) os trabalhos seguem uma ordem decrescente de importância, ou seja, um trabalho que se encontra no nível de evidência 1 terá maior valor científico do que um que se encontra no nível 5. Ao selecionar informação deve ser considerado o nível de evidência em que ela se encontra.

Os diferentes tipos de pesquisa são representados na pirâmide da evidência, na qual a ordem de relevância dos desenhos de pesquisa em relação à MBE é ascendente. Estudos com melhor nível de evidência são aqueles com maior validade e confiabilidade (SOARES, 2005); ressalta-se que enquanto a quantidade de literatura disponível é descendente, o nível de relevância é ascendente. O ideal é a associação de nível de

evidência ao grau de recomendação para determinada intervenção ou procedimento (SOARES, 2005).

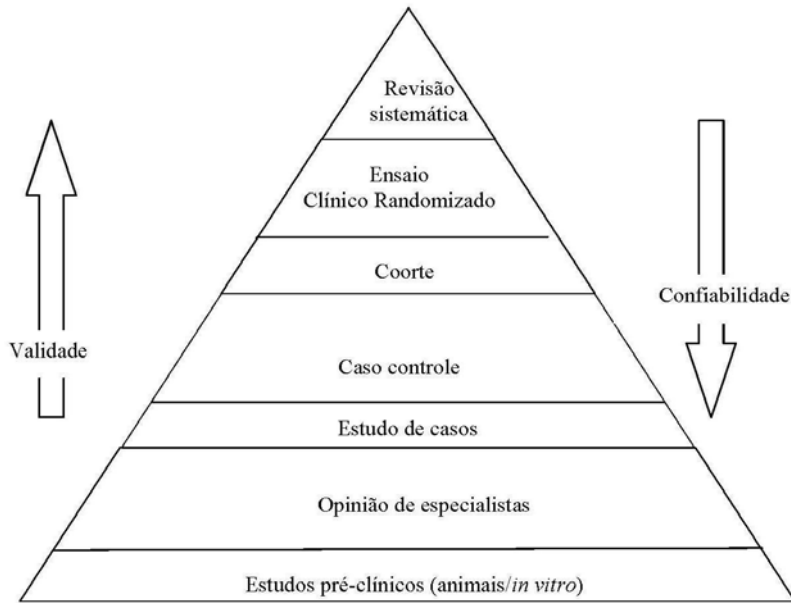


Figura 1: Níveis de evidências.

Fonte: GARCIA, Bernardo S. O. Prática de enfermagem baseada em evidências. In: BORK, Anna Margherita Toldi; MINATEL, Vanda de Fátima. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 3-13.

A classificação das evidências é condicionada pelo tipo de delineamento dos estudos dos quais provêm, a intensidade dos efeitos observados e a possibilidade de ocorrência de erros aleatórios (GREENHALGH, 1997). O grau de recomendação é hierarquizado e deriva dos desfechos clínicos encontrados nos estudos e norteariam as condutas a serem orientadas pelo profissional da saúde, de acordo com as evidências disponíveis (SOARES, 2005).

Existem diversas classificações para os diferentes tipos de estudos. As principais fontes os classificam, segundo a atuação do pesquisador, em observacionais e de intervenção ou experimentais; segundo o alcance do estudo são divididos em descritivos e analíticos; e

finalmente, segundo a relação com o tempo no qual é desenvolvido o estudo, em transversais, perspectivos e retrospectivos. A seguir são apresentadas as principais características dos estudos segundo (FLETCHER; FLETCHER; 2006; SILVA, 2004).

Os estudos observacionais descritivos referem prevalências ou descrevem uma situação anormal. No campo experimental os pesquisadores buscam gerar hipóteses. Entre esse tipo de estudos se incluem os transversais ou de prevalência e os relatos de casos.

Estudos de prevalência ou transversais são estudos de observação nos quais pessoas de uma população são examinadas para verificar a magnitude e a distribuição de uma doença, de outros danos à saúde e de fatores de risco na população, mas não identifica associações entre danos à saúde e os fatores de risco de interesse. A seleção dos participantes é realizada sem considerar a exposição a fatores de risco ou evento de estudo, uma vez que tanto a exposição como a doença são determinadas simultaneamente, em geral impedindo de reconhecer a relação temporal de uma possível associação entre fatores de risco e dano. São realizadas num período único, breve e bem delimitado. Os transversais são fundamentais para estudar testes diagnósticos e suas propriedades (sensibilidade, especificidade ou razão de verossimilhança) são obtidas utilizando esse tipo de desenho.

Os relatos de casos consistem em descrição de tratamento de um paciente, ou de um grupo de pacientes, apresentam eventos clínicos raros ou menos conhecidos, e a partir deles os pesquisadores buscam gerar hipóteses. Como dificilmente os estudos de casos e de séries de casos apresentam grupo controle para comparar resultados, eles não têm validade estatística, devendo ser complementados com outros estudos.

Os estudos observacionais analíticos são aqueles nos quais o pesquisador não controla o objeto de estudo (exposição e alocação dos indivíduos). Geralmente são estudos de exposição a fatores de risco. Entre os observacionais analíticos temos os de coorte prospectiva, de resultados (*outcomes research*), de coorte histórica (retrospectiva) e de caso controle.

Estudos de coorte prospectiva. O termo coorte é utilizado para descrever um grupo de pessoas que têm algo em comum quando são reunidas e observadas por um período de tempo, para ver o que lhes acontece. Para fornecer informações sólidas sobre o risco da doença, as observações devem satisfazer critérios: os indivíduos não podem ter a doença em questão no momento em que são convocados; os indivíduos devem ser observados durante um período significativo na história natural da doença em questão, e é necessário tempo suficiente para que

o risco seja expresso; os membros da coorte precisam ser observados durante todo o tempo do acompanhamento, pois algumas pessoas podem abandonar o estudo, afetando o seu desfecho. Nesse tipo de estudo um grupo de pessoas é reunido sem que nenhuma delas tenha sofrido o desfecho de interesse, mas podendo vir a sofrê-lo. Uma das principais dificuldades no processo de desenvolvimento dos estudos de coorte está relacionada com a duração da pesquisa, podendo ocorrer mudanças com os pacientes nesse período, como novo tratamento e morte, por exemplo.

Os estudos de coorte retrospectiva ou estudo de coorte histórica têm o mesmo delineamento do estudo prospectivo, mas nesse tipo de estudo a coorte é constituída por registros do passado e são acompanhados até o presente. Esse tipo de estudo é bastante útil quando o período de latência da doença é muito longo. É mais rápido e barato que o estudo prospectivo, porém sujeito a viés, porquanto depende de registros históricos disponíveis e adequados.

Os estudos de caso controle são destinados a explorar hipótese de associação entre fatores de risco e danos à saúde. Caracteriza-se pela comparação de dois grupos selecionados com base na presença ou ausência de doença, para avaliar a frequência relativa de exposição ao risco de interesse nos dois grupos. São selecionados os casos das pessoas com dano à saúde, e como controles os sujeitos sem o dano. Interessa conhecer a proporção de sujeitos expostos aos fatores de risco nos dois grupos. É retrospectivo, já que a seleção dos participantes é feita quando a doença já está presente. A validade desse tipo de estudo depende do cuidado com que os casos e os controles são selecionados, de como a exposição é medida e como as variáveis externas são controladas.

A abordagem populacional ou **estudos de base populacional** são aqueles nos quais os casos e os controles são eleitos de maneira probabilística de uma população definida.

Os estudos de resultados (*outcomes research*) avaliam a efetividade dos tratamentos. Os pesquisadores analisam resultados de intervenções terapêuticas, e o que os diferencia dos ensaios clínicos é que as intervenções terapêuticas não são realizadas pelos próprios pesquisadores, e os dados geralmente são coletados de prontuários e/ou banco de dados. Geralmente avaliam morbidade, mortalidade, qualidade de vida, sobrevida das pessoas à doença, efeitos adversos e estado funcional.

Os estudos experimentais analíticos são aqueles nos quais a intervenção está sob controle do pesquisador e a participação dos sujeitos no estudo é determinada pela seleção aleatória. Os estudos

experimentais são utilizados para avaliar intervenções terapêuticas e profiláticas. É considerado padrão ouro dos delineamentos. Seus resultados estão menos sujeitos aos vieses e fatores de confusão devido à seleção aleatória dos participantes. Nesse tipo de estudo se incluem os ensaios clínicos, estudo de tipo tudo ou nada e *cross-over*.

Nos **ensaios clínicos** os pesquisadores realizam uma intervenção; com permissão dos pacientes; e observam a ocorrência do desfecho. Os pesquisadores comparam o efeito e o valor de uma intervenção com controles, em seres humanos. Os ensaios clínicos podem ser classificados em randomizados, não randomizados, controlados e não controlados. Os ensaios clínicos exigem que sejam respeitados critérios rigorosos de inclusão e exclusão. Esses critérios são planejados para aumentar a homogeneidade da amostra e inclusão dos sujeitos no estudo, para fortalecer a validade interna e facilitar a distinção entre os efeitos do tratamento e os resultados por viés ou acaso.

Nos **ensaios clínicos randomizados**, o tratamento, procedimento ou intervenção é alocada aleatoriamente entre os sujeitos de uma população, conformando um grupo experimental e um grupo controle. Esses estudos são padrão de excelência para os estudos científicos sobre o efeito do tratamento. Os pacientes no grupo controle podem receber um placebo, outro tipo de intervenção, ou tratamento ou intervenção convencional. Pode existir mais de um grupo controle. O curso da doença é registrado em todos os grupos, e as diferenças no desfecho são atribuíveis à intervenção. A validade dos ensaios clínicos depende da semelhança entre os pacientes tratados e o controle com exceção do que está sendo testado, ou seja, tratamento ou intervenção.

Os **ensaios clínicos não randomizados** são aqueles nos quais os pacientes não são alocados aleatoriamente nos grupos experimental e de controle. Segundo Last (1989), o termo “randomização” representa a distribuição aleatória, porque o termo “aleatório” é utilizado como sinônimo de randomizado e faz referência ao que é regido pela casualidade, que não é determinístico e definido completamente por outros fatores, como seria, por exemplo, o desejo do pesquisador. O método de geração de sequência aleatória é apropriado quando cada participante do estudo tem a mesma oportunidade ou chance de receber cada intervenção e o investigador não tem como estimar a alocação a cada intervenção. A seguir é apresentada uma tabela que inclui as categorias para determinar o sigilo da alocação (HIGGINS, 2005):

Tabela 2: Determinação do sigilo da alocação. (HIGGINS, 2005)

Categoria	Geração do sigilo da alocação
A	Significa que o processo de alocação foi adequadamente relatado (aleatorização centralizada num escritório central ou farmácia); administração sequencial de pacotes pré-codificados ou numerados aos pacientes selecionados para o estudo; sistema computadorizado on-line; dados gerados por um programa de computador com a distribuição codificada; envelopes seriados opacos e numerados; outras maneiras que pareçam oferecer uma alocação adequada, combinadas com o fato de que a pessoa que fez a alocação não esteja envolvida na sua utilização.
B	Significa que o processo de alocação não é descrito, mas é mencionado no texto de que o estudo é aleatório (lista ou tabelas utilizadas; envelopes, mas não qualificando o seu tipo; uma alocação aparentemente adequada, mas sem outras informações no estudo).
C	Significa que o processo de alocação foi inadequadamente relatado (alternância; números de prontuários; datas de nascimento; dias da semana; qualquer processo de alocação que seja totalmente transparente da alocação propriamente dita).
D	Significa que o estudo não é aleatório.

Os **ensaios clínicos controlados** são aqueles nos quais existe a presença de um grupo de pacientes que serve como base para comparar a avaliação dos efeitos da intervenção ou tratamento ministrado/a aos pacientes do grupo experimental.

Em relação à alocação dos indivíduos nos grupos, os ensaios clínicos podem ser:

Cegos: o conceito de cegamento se fundamenta na consideração de que os participantes podem modificar o seu comportamento ou sua maneira de relatar os desfechos de modo sistemático se eles estiverem cientes do tratamento que estão recebendo. Uma forma de minimizar esse efeito é o cegamento, o qual consiste em evitar que as pessoas saibam em qual grupo de tratamento foram incluídos, evitando assim que esse conhecimento modifique seu comportamento em relação à pesquisa e prejudique a validade interna do estudo. Outros termos utilizados são mascaramento e ocultamento, mas o termo cegamento é o mais utilizado. Considera-se que um estudo é cego quando os pacientes não sabem se recebem a intervenção ou placebo. Caso seja só o paciente que o desconhece é definido como unicego; se o paciente e o pesquisador o desconhecem, é denominado duplocego; e se ambos e também o analista dos dados o desconhecem, é definido como triplocego.

Um estudo duplocego é considerado apropriado se foi realizado

de maneira que nem o pesquisador, nem os participantes tiveram como identificar o tipo de intervenção utilizado, ou em ausência da condição anterior, os controles ativos, idênticos ou simulados, foram registrados.

Abertos: quando não existe cegamento, nem para pacientes, nem para pesquisadores ou analistas.

Os estudos de **tipo Tudo ou Nada ou Antes e Depois** são ensaios clínicos não controlados que descrevem o desenvolvimento da doença em um único grupo de pacientes antes e depois de uma intervenção. Nesse caso, qualquer melhora observada após o tratamento é considerada resultado do tratamento. Esses estudos se tornam menos confiáveis nos casos em que o curso clínico da doença é muito variável.

Os estudos *cross-over* são aqueles em que o paciente recebe a intervenção experimental e, após um período estabelecido (*wash out*), muda de grupo e recebe a intervenção controle. A ordem para administrar a intervenção pode ser pré-estabelecida ou randomizada. Não existe grupo de pacientes para controle externo.

4.7 REVISÕES SISTEMÁTICAS

A revisão sistemática é um tipo de estudo para apresentar e analisar um conjunto de estudos primários que contenham uma declaração explícita de objetivos, materiais e métodos, o qual reúne, de maneira organizada, resultados de pesquisas clínicas e auxiliam na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão (GREENHALGH, 1997) (Laboratório de Ensino a Distância - LED-DIS - UNIFESP). Quando realizam as revisões sistemáticas, os pesquisadores coletam evidências empíricas que atendem critérios de elegibilidade pré-estabelecidos para responder a uma pergunta de pesquisa específica. Os pesquisadores utilizam métodos explícitos, sistemáticos, selecionados com a intenção de minimizar o viés, ou seja, a interferência humana frente aos seus desejos, obtendo resultados mais confiáveis, dos quais as conclusões podem constituir-se em fundamentos para as decisões em saúde (OXMAN; GUYATT, 1993).

O pesquisador que realizar uma revisão sistemática deve definir uma pergunta, claramente formulada, para responder a uma inquietação clínica ou hipótese sobre uma intervenção clínica (DARLENSKI *et al.*, 2010). O desenvolvimento da revisão sistemática requer o uso de métodos explicitamente definidos para identificar, selecionar e avaliar

criticamente resultados de pesquisas que foram publicados (HIGGINS; GREEN, 2009). O pesquisador, dependendo da complexidade do estudo com o qual se comprometer, decidirá se aplica ou não uma meta-análise, pois esta inclui a utilização de testes estatísticos para analisar e sumarizar os resultados dos estudos incluídos (GLASS, 1976).

As características das revisões sistemáticas são: (HIGGINS; GREEN, 2009)

- objetivos e critérios de elegibilidade claros e previamente determinados;
- metodologia explícita e reprodutível;
- pesquisa sistemática para identificar todos os estudos que contemplam os critérios de elegibilidade;
- avaliação da validade dos achados dos estudos incluídos, como, por exemplo, pela avaliação de viés; e
- apresentação sistemática, e síntese, das características e achados dos estudos incluídos.

Pesquisadores têm definido como aspectos-chave para determinar os critérios de seleção dos estudos da revisão sistemática considerar os seguintes componentes: participantes, intervenções, desfechos clínicos de interesse ou variáveis estudadas e o tipo de estudo em questão (COOPER, 1984; RICHARDSON, 1995). Esses aspectos são fundamentais para a elaboração da pergunta de pesquisa e na seleção dos estudos a considerar. A precisão da descrição de cada um desses itens pode variar de acordo com os objetivos e a questão para revisão. Dentre os quatro critérios fundamentais mencionados, o tipo de estudo é o mais rígido de todos e aquele que influenciará a inclusão ou exclusão dos estudos na revisão sistemática (Laboratório de Ensino a Distância – LED-DIS – UNIFESP).

As vantagens das revisões sistemáticas são: (CHALMERS; ALTMAN, 1995)

- os métodos explícitos limitam a tendência na identificação e rejeição de estudos pelos pesquisadores;
- as conclusões são mais confiáveis e exatas devido aos métodos usados;
- grandes quantidades de informação podem ser assimiladas rapidamente por abastecedores de assistência médica, investigadores e políticos;
- reduzir a demora entre descoberta de investigações e realização de estratégias diagnósticas e terapêuticas eficazes;
- os resultados de estudos diferentes podem ser formalmente comparados, generalizando conclusões e consequências de resultados

(resultado de ausência de heterogeneidade); e

- as razões da heterogeneidade (inconsistência em resultados de estudos) podem ser identificadas e novas hipóteses podem ser geradas em subgrupos particulares.

Nas revisões sistemáticas os “sujeitos” da pesquisa (unidade de análise) são os estudos primários selecionados de modo sistemático e pré-definido. Os estudos primários podem ser ensaios clínicos aleatórios, estudos de acurácia, estudos de coorte ou qualquer outro tipo de estudo. A escolha do tipo de estudo depende da pergunta que foi definida pelo pesquisador e representa o seu compromisso em respondê-la. Tradicionalmente, a revisão sistemática é um estudo retrospectivo, mas podem existir revisões sistemáticas prospectivas (HIGGINS; GREEN, 2009).

Os editores do Handbook para revisões sistemáticas da colaboração Cochrane, versão 5.0.2, apresentam sete passos para desenvolver as revisões sistemáticas (HIGGINS; GREEN, 2009), como se descreve a seguir.

1º passo – Formulação da pergunta.

As perguntas podem ser amplas ou mais definidas, devendo considerar os participantes, tipos de intervenções, as comparações e os resultados. A sigla PICO; **P**articipantes, **I**ntervenções, **C**omparações e **R**esultados (*outcome*) serve como recurso de memorização. Esses componentes, conjuntamente com a definição dos tipos de estudos e outras especificações estabelecidas pelo pesquisador formam parte dos critérios de elegibilidade ou de inclusão para a revisão sistemática (O’CONNOR; GREEN; HIGGINS, 2009).

2º passo – Localização e seleção dos estudos. Não existe uma única fonte de busca de estudos. Entre as bases de dados encontram-se LILACS, COCHRANE, CINHALH, MEDLINE. Essa fase inclui a verificação dos estudos relevantes, a solicitação de estudos aos autores e a busca manual em revistas e anais de congressos. Para cada fonte de dados deve ser detalhado o método e a estratégia de busca utilizada. Nessa fase serão considerados os critérios de inclusão definidos para a revisão sistemática.

3º passo – Avaliação crítica dos estudos, quando são determinados os critérios de validade dos estudos selecionados e avaliada a probabilidade de suas conclusões terem vieses. Essa avaliação determina quais estudos válidos serão utilizados na revisão. Deverão ser indicados os motivos de exclusão dos estudos.

4º passo – Coleta de dados. As variáveis estudadas devem ser observadas nos estudos e resumidas, considerando as características do

método e dos participantes e os desfechos clínicos, o que permitirá determinar possibilidades de comparação ou não dos estudos selecionados. Poderá ser necessário entrar em contato com autores para solicitar-lhes informações mais detalhadas de estudos específicos.

5º passo – Análise e apresentação dos dados: Nessa fase os estudos são agrupados fundamentando-se nas suas semelhanças para construir a metassíntese e meta-análise, se for o caso. Cada um desses agrupamentos deverá ser pré-estabelecido no projeto, assim como a sua forma de apresentação numérica e gráfica, facilitando a interpretação do leitor.

6º passo – Interpretação dos dados. Nesta fase é determinada a força da evidência encontrada, a aplicabilidade dos resultados, informações sobre custos e a prática corrente que sejam relevantes, além de determinar claramente os limites entre benefícios e riscos.

7º passo – Melhora e atualização da revisão. A revisão sistemática poderá ser atualizada, incorporando posteriores estudos, relacionados com seu objeto de estudo; uma vez publicada, a revisão sistemática será objeto de críticas e sugestões que devem ser incorporadas em edições seguintes.

Os sete passos serviram para definir e descrever o processo para a presente revisão sistemática, com a finalidade de tornar específica a descrição de cada momento, associando informações obtidas na literatura, na qual são descritos como momentos da revisão sistemática para a descrição e serão acrescentados os aspetos que não foram considerados na explicação dos passos propostos por Higgins e Green (2009). Os aspectos já explicados serão registrados como já descritos.

1º momento – Formulação da pergunta. Já descrito.

2º momento – Consulta de revisões sistemáticas em bancos de dados de revisões sistemáticas e ensaios clínicos registrados. A finalidade deste passo é verificar se a revisão sistemática já foi feita ou se existem revisões sistemáticas similares, a fim de definir a necessidade de desenvolver ou atualizar a revisão sistemática.

3º momento – definição de critérios de inclusão, critérios de exclusão e aspectos logísticos da revisão sistemática. Os critérios de inclusão constituem as características dos estudos que devem ser consideradas para inclusão dos estudos, enquanto os critérios de exclusão consideram aqueles aspectos que não são de interesse para o pesquisador e que constituem características dos estudos que não constituem objeto da revisão. Os critérios de inclusão e exclusão são norteados pela pergunta de pesquisa e pelos objetivos traçados pelo pesquisador para a revisão sistemática. A finalidade da consideração de

critérios de inclusão e exclusão é direcionar a busca para os estudos relevantes para a revisão sistemática conforme a pergunta e objetivos propostos pelo pesquisador. Nesse momento os pesquisadores deverão ler e assinar a declaração de interesse a fim de deixar claros os possíveis conflitos de interesse (Apêndice A).

4º momento – definição das bases de dados a consultar, dos métodos para a identificação, da infraestrutura para acesso a evidências, dos métodos de sistematização e avaliação dos estudos e o desenho das estratégias de busca específicas para cada base de dados e registro da declaração de interesse pela pesquisadora.

Essa fase inclui a identificação das bases de dados a serem pesquisadas e o desenho das estratégias de busca específica para cada base de dados. Define métodos para localizar informação.

Para o desenho da estratégia de busca na revisão sistemática o pesquisador localiza os descritores indexados controlados, os quais são vocábulos ou termos padronizados nas bases de dados eletrônicas, tais como MeSH (*Medical Subject Headings*)³, da *U.S. National Library of Medicine* (NLM), localizada via PubMed e descritores, e o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)⁴, indexada na BIREME.

A combinação dos descritores eleitos para a revisão sistemática é feita utilizando os conectores *booleanos OR, AND e NOT*, palavras da língua inglesa que o pesquisador utiliza para incluir ou excluir termos usados na estratégia de busca e assim orientar sua busca de acordo com os objetivos propostos para a revisão sistemática. Ao utilizar o operador *AND* os pesquisadores realizam intersecção entre palavras ou termos; com o operador *OR* realizam soma de palavras ou termos; e finalmente o operador *NOT* é usado para excluir palavras ou termos.

5º momento – Localização e seleção dos artigos: Esse momento foi especificado em cinco etapas, as quais são descritas a seguir.

Etapas 1: pré-seleção dos artigos por estratégia de localização primária. Nessa etapa são identificados os estudos e lidos os títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão e seguindo os métodos, assim como as estratégias de busca em cada base de dado. Essa etapa resultará em um número de artigos, que serão definidos como “estudos pré-selecionados”. Os dados referentes à presença de critérios de inclusão e exclusão durante esta etapa serão preenchidos para os critérios pré-selecionados no formulário para avaliação dos critérios de inclusão e exclusão (Apêndice B) e inseridos em um banco de dados

³ Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>>

⁴ Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>

construído com suporte do programa Access 2007 (ACCESS, 2007).

Etapa 2: análise e registro dos dados dos estudos pré-seleccionados. Nessa etapa é lido o artigo na íntegra, analisados e registrados dados referentes à avaliação da qualidade metodológica dos estudos, utilizando os instrumentos adotados pelo pesquisador para tal fim.

Etapa 3: pré-seleção de artigos por estratégias secundárias, ou seja, por referências cruzadas e artigos relacionados. Nessa etapa são identificados artigos a partir daqueles seleccionados na etapa 2, utilizando as estratégias secundárias de localização de artigos e considerando os critérios de inclusão e exclusão e seguindo os passos já descritos na etapa 1.

A consulta de artigos relacionados é uma estratégia que consiste em identificar artigos similares ao artigo que o pesquisador lê na interface da base de dados. Entre as bases de dados que disponibilizam esse recurso se encontram MEDLINE, via PubMed; CINHALL e LILACS. A consulta de referências cruzadas consiste na leitura das referências ou bibliografia publicada nos artigos definidos pelo pesquisador para identificar e localizar artigos de interesse para a revisão sistemática. Na presente pesquisa, essa estratégia foi utilizada aplicando a identificação de artigos relacionados e referências cruzadas entre os artigos pré-seleccionados na leitura dos artigos identificados com estratégia de busca nas bases de dados incluídas.

Etapa 4: análise e registro dos dados dos estudos pré-seleccionados utilizando as estratégias secundárias, seguindo o mesmo procedimento explicado na etapa No. 2.

6º momento – Análise e interpretação dos dados. Já descrita.

7º momento – Elaboração do relatório final. Redação final do informe, neste caso a própria tese com o artigo, culminando com o encaminhamento para sua publicação.

5 OPERACIONALIZAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

Para analisar o câncer de colo uterino como problema social e as contribuições da enfermagem na realização de testes para sua detecção precoce a pesquisadora fundamenta metodologicamente a pesquisa na epidemiologia descritiva e na revisão sistemática sem meta-análise. O estudo tem a finalidade de contribuir para ampliar o corpo de conhecimento da enfermagem e demonstrar suas contribuições na realização de testes para a detecção precoce do câncer de colo uterino.

5.1 EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA DO CCU

A epidemiologia descritiva neste estudo foi utilizada como suporte para alcançar o objetivo de descrever o câncer de colo de útero como problema social e apresentar a mortalidade por CCU no Estado de Santa Catarina desde o ano 2000 até o ano 2009. Foi realizada uma análise retrospectiva, considerando as etapas descritivas para estudos epidemiológicos (CARVAJAL; CRUZ; VÁSQUEZ, 1993).

Considerando os critérios iniciais propostos por Carvajal, Cruz e Vásquez, (1993) para desenvolver os estudos epidemiológicos descritivos, para a presente pesquisa se definem as seguintes etapas:

1. Identificação da população a estudar. Mulheres residentes no Estado de Santa Catarina e suas 9 regiões de saúde.

2. Definição da doença ou características da população a estudar. Câncer de colo uterino.

3. Definição das variáveis consideradas no estudo, assim como as escalas de medição e standardização.

Foram analisadas as tendências de mortalidade por câncer de colo uterino de maneira geral e por regiões nos anos 2000 a 2009 obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade e no banco de dados da Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina. Os grupos etários utilizados foram: 0 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais.

4. Seleção das fontes de informação e das técnicas de medida. Nesta pesquisa foi utilizada a Taxa de Mortalidade por 100.000 mulheres segundo o padrão mundial modificada por Doll, Payne e Waterhouse, (1966).

Os dados foram sistematizados utilizando as taxas de

mortalidade, cujo coeficiente mostra a tendência da mortalidade por CCU no Estado de Santa Catarina em cada uma das nove regiões de saúde.

5. Cálculo de indicadores epidemiológicos: foram calculadas as taxas de mortalidade. Os indicadores são apresentados em tabelas e gráficos de linha, utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007. (EXCEL, 2007) Já para a elaboração dos textos e fichas bibliográficas e redação do informe final é utilizado o programa para processar textos Microsoft Office Word 2007 (WORD, 2007).

6. Comparação com as características e indicadores da doença já conhecidos. Nessa etapa foram utilizadas as bases de dados do DATASUS, OMS e GLOBOCAN-2008 para demonstrar a tendência da problemática do câncer de colo uterino das mulheres do Estado de Santa Catarina em relação ao cenário brasileiro e mundial.

7. Certeza de que o estudo não se terá desviado de seus objetivos e terá alcançado corretamente a população objeto. Nessa fase foi verificada a informação coletada.

5.2 DESENHO DA REVISÃO SISTEMÁTICA

1º momento – Formulação da pergunta.

A partir do contexto do diagnóstico/desfechos e da questão norteadora “Quais as contribuições da enfermagem para a detecção precoce do câncer de colo uterino?” e com o objetivo de demonstrar as evidências sobre contribuições da enfermagem na realização de testes para a detecção precoce de câncer de colo uterino, foi desenvolvida uma revisão sistemática de literatura sem recorte temporal, de todos os artigos derivados de estudos que analisassem a utilização de intervenções de enfermagem de caráter clínico, relacionadas com a detecção precoce de câncer de colo uterino e que incluíssem resultados em termos percentuais dos resultados dos testes segundo as classificações de neoplasia intraepitelial cervical – CIN ou de Richart (1973), da WHO – 2003 (TAVASSOLI, 2003) e Bethesda – 2001 (SOLOMON *et al.*, 2002), assim como as prevalências de positividade para Vírus de Papiloma Humano.

2º momento – Consulta de revisões sistemáticas em bancos de dados de revisões sistemáticas e ensaios clínicos registrados.

As fontes definidas para consulta foram as seguintes:

- Rede Internacional de Guias (*Guidelines International Network – G-I-N*)⁵ – associação internacional de organismos e indivíduos que trabalham no desenvolvimento, disseminação e avaliação e utilização de guias de práticas clínicas baseadas em evidências. Os links registrados correspondem a agências governamentais e não governamentais que desenvolvem guias de prática clínica e recursos baseados em evidências.

- Bancos de dados de revisões sistemáticas da Cochrane (*Cochrane Database of Systematic Reviews-CDSR*)⁶, no grupo Cochrane Gynaecological Cancer Group.

- Bases de dados de ensaios clínicos registrados (*ClinicalTrials.gov*)⁷, mantidas pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos com auxílio da iniciativa privada.

3º momento – Definição de critérios de inclusão, critérios de exclusão e aspectos logísticos da revisão sistemática.

Nesse momento foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos artigos na revisão sistemática, assim como aspectos logísticos para desenvolvê-la, como se descreve a seguir.

Tipo de artigos incluídos

Foi definida a inclusão de artigos de estudos transversais, estudos de base populacional e estudos de caso controle. Para estes últimos foram considerados somente os resultados das prevalências correspondentes aos controles. Os artigos incluídos referem-se aos resultados de pesquisas concluídas.

As contribuições foram consideradas em percentuais dos resultados das provas para detecção precoce de câncer de colo uterino – normal ou anormal – segundo as classificações citológicas e histopatológica para câncer de colo uterino, utilizando as classificações citológicas de Papanicolaou-1943 (Papanicolaou e Traut, 1943) e Bethesda-2001 (SOLOMON *et al.*, 2002) e as classificações histológicas de neoplasia intraepitelial cervical – CIN ou de Richart-1973 (RICHART, 1973) e da WHO-2003 (TAVASSOLI, 2003). Igualmente foram consideradas as percentagens de positividade de infecção por HPV, especificando ou não o tipo de HPV (alto, médio ou baixo risco), no que se refere ao contexto clínico ou cuidado individual.

Estudos desenvolvidos por pelo menos um pesquisador com

⁵ Disponível em: <<http://www.g-i-n.net/about-g-i-n>>

⁶ Disponível em: <<http://www2.cochrane.org/reviews/>>

⁷ Disponível em: <<http://www.clinicaltrials.gov/>>

graduação ou pós-graduação em enfermagem e/ou com participação da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem egressos de instituição formadora de recursos humanos em saúde e agentes ou voluntários de saúde) que foram mencionados na apresentação dos autores, no título, no resumo ou ainda incluída a palavra enfermagem no DeCS via BIREME e no MeSH via PubMed.

Tipo de participantes

Os participantes definidos foram mulheres que receberam a ação ou intervenção visando à detecção precoce do câncer de colo uterino.

Tipos de intervenções de detecção precoce de câncer de colo uterino

Intervenções de enfermagem de caráter clínico, consideradas aquelas atividades ofertadas às pessoas de maneira individual orientadas para a detecção precoce de câncer de colo uterino. Foram incluídos estudos que considerassem a coleta de secreções para exames de detecção precoce de câncer de colo uterino, utilizando um ou mais dos métodos descritos a seguir.

1) Citologia de células de colo uterino

1.1. Citologia convencional

1.2. Citologia em meio líquido ou citologia de base líquida (LBC).

2) Métodos de inspeção ocular do colo uterino.

2.1. Inspeção Visual Direta com Ácido Acético (IVA).

2.2. Inspeção Visual Direta com Lugol Iodado (VILI).

3) Testes de HPV.

As provas de detecção precoce podiam ser acompanhadas ou não de questionários para identificar fatores de risco associados a CCU e/ou outro tipo de exame para identificar doenças de transmissão sexual, sempre e quando “detectar a prevalência de lesões de colo uterino e/ou HPV” fosse o objetivo principal da pesquisa. Na sequência apresentamos os resultados encontrados e cumparam-se os demais critérios determinados para a presente revisão sistemática.

Com base nas intervenções anteriores foram definidos os desfechos ou resultados nos estudos consultados.

Desfecho ou resultado

Na presente revisão sistemática foram considerados os estudos que incluíssem os seguintes resultados: Frequência de lesões pré-

malignas e câncer cervical nas mulheres participantes dos estudos. Para isto foram definidos como indicadores as proporções de resultados dos testes, utilizando a descrição de resultados de citologia convencional normal ou anormal ou alguma das seguintes classificações: classificação citológica de Papanicolaou-1943 (PAPANICOLAOU; TRAUT, 1943), classificação de Bethesda-2001 (SOLOMON *et al.*, 2002) e as classificações histológicas de neoplasia intraepitelial cervical-CIN ou de Richart-1973 (RICHART, 1973) e da WHO (TAVASSOLI, 2003). Finalmente, para os estudos que detectaram HPV foi considerada a frequência de infecção por HPV, seja de baixo, médio ou alto risco, e a especificação do tipo de vírus infectante.

Executado por

Equipe de enfermagem: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem e os agentes de saúde (ou outras denominações, dependendo do país).

Crítérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os artigos que não preenchessem os critérios de inclusão e artigos de reflexão, capítulos de livros diferentes de resultados de pesquisas, guias práticos, resenhas, estudos de casos, estudos ecológicos, estudos quase-experimentais, estudos de coorte, artigos correspondentes a pesquisas não concluídas ou protocolos, artigos fundamentados em opinião de experto, revisões sem metodologia clara ou de possível replicação; estudos em populações não humanas; mulheres em estado crítico de saúde; mulheres com diagnóstico prévio de câncer de colo uterino ou lesão intraepitelial cervical de alto grau - HSIL (neoplasia intraepitelial cervical grau 2/3 – NIC 2/3, carcinoma *in situ*) ou carcinoma invasor; mulheres que no momento do estudo se encontrassem em acompanhamento por diagnóstico de CCU, mulheres hysterectomizadas, mulheres em tratamento de crioterapia, radioterapia e quimioterapia para CCU ou qualquer outro tipo de câncer; e mulheres em regime de internação hospitalar ou domiciliar.

Igualmente foram excluídos artigos que incluíssem nos estudos coleta de amostras para estudo anatomopatológico por biópsia como método de detecção precoce. Essa prova consiste na remoção e avaliação patológica de amostras em forma de pequenos fragmentos de tecido do corpo vivo. (DeCS). É conhecida como prova ouro para o diagnóstico histológico de lesões pré-malignas ou malignas de colo uterino. A razão da exclusão se fundamenta em que esse tipo de prova é do domínio da medicina e não da enfermagem, ainda que muitas vezes

dele participem profissionais de enfermagem por delegação, dependendo do grau de desenvolvimento do país.

Esta revisão não teve interesse em analisar sensibilidade e especificidade das provas de detecção precoce do CCU, tema que é objeto de outras revisões sistemáticas já desenvolvidas e especificadas quando se tratou de bases contextuais no presente texto.

Nesse momento a pesquisadora declara por escrito que não há conflito de interesses para cumprir as considerações éticas da pesquisa descritas no item 5.3 do presente texto.

4º momento – Definir as bases de dados a consultar, os métodos para a identificação, a infraestrutura para acesso a evidências, os métodos de sistematização e avaliação dos estudos e o desenho das estratégias de busca específicas para cada base de dados.

1) As bases de dados definidas para a presente revisão sistemática foram:

MEDLINE – base de dados de literatura internacional da área médica e biomédica produzida pela NLM (National Library of Medicine, USA) e que contém referências bibliográficas e resumos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém referências de artigos publicados desde 1966 até o momento, cobrindo as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins (BIREME, 2010). A MEDLINE pode ser acessada gratuitamente pela interface de PubMed⁸ ou da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na presente revisão sistemática foi utilizada a interface de PubMed, porque seus conteúdos são mais atualizados do que na interface da BVS. Na interface de PubMed o pesquisador pode localizar artigos relacionados, guardar estratégias de buscas, criar alertas que são pesquisas subsequentes da estratégia e assim o sistema encaminha outros artigos indexados em datas subsequentes que atendam os critérios de busca da estratégia elaborada. De igual forma a interface de PubMed disponibiliza o recurso de transferência de informação para programas de gerenciamento de referências bibliográficas.

LILACS – base de dados de literatura relativa às ciências da saúde que vem sendo publicada nos países da América Latina e Caribe desde 1982. É um produto cooperativo da Rede da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A LILACS atinge registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos de ciências da saúde, dos quais aproximadamente 800 são atualmente indexados. Pode ser acessada para

⁸ Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>

pesquisa bibliográfica no Portal Global de BVS⁹; os registros são também indexados no Google. Quando se relaciona com a interface da base de dados de SCIELO para disponibilizar o texto completo, essa base de dados permite ao pesquisador transferir dados utilizando programas de gerenciamento de informação.

A Biblioteca Cochrane consiste numa base de dados atualizada sobre medicina baseada em evidências, incluindo a Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas, preparada pelos pesquisadores dos Grupos da Colaboração Cochrane.¹⁰ O acesso à Biblioteca Cochrane está disponível na interface da Colaboração Cochrane, e para os países da América Latina e do Caribe está disponível na BVS¹¹, na qual são disponibilizados resumos, e de algumas referências, o texto completo.

A base de dados CINHALL (*Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*)¹² é uma base de dados de literatura em enfermagem e ciências da saúde, disponível na interface do grupo EBSCOhost®. Alguns textos são disponibilizados em resumo e texto completo, outros somente em resumo. As bases de dados providenciadas pela interface de EBSCOhost® possibilitam ao pesquisador guardar estratégias de busca por até 24 horas e criar alertas.

Para esta revisão sistemática foram incluídos os artigos provenientes de estudos que contemplassem os componentes P: população; I: intervenção e O: *outcome* (desfecho). Foi suprimido o componente C: comparação, porque o interesse da revisão sistemática não incluía a comparação das intervenções (SANTOS *et al.*, 2007). Os aspectos considerados em cada um dos componentes foram descritos anteriormente nos critérios de inclusão da revisão sistemática.

Foi definida a elaboração das estratégias de busca com base nos descritores localizados no MeSH e no DeCS.

2) Definição da infraestrutura para acesso a evidências e registro da declaração de interesse pela pesquisadora.

Foi estabelecida a utilização da infraestrutura da Biblioteca Central e do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina e de equipamentos (hardware e software); acesso a bases de dados pelo portal de periódicos resultante do convênio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

⁹ Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>

¹⁰ Disponível em: <<http://www.cochrane.org>>

¹¹ Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org>>

¹² Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/search?vid=2&hid=119&sid=6be40552-c3b1-4acd-a998-0815e2ca359e%40sessionmgr112>>

(CAPES) com a Universidade Federal de Santa Catarina; computador com programas básicos (processador de texto, programa Access 2007, planilhas Excel e programa de gerenciamento de referências bibliográficas EndNote®).

O acesso às bases de dados eletrônicas foi definido por meio da senha da pesquisadora ao portal da CAPES obtido com o número de matrícula no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, acessado remotamente por identificação do Endereço IP de provedor da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os serviços da Biblioteca Central da UFSC incluem os serviços comutados para aquisição de material bibliográfico por meio do SCAD (Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos). Tal serviço fornece documentos especializados na área de ciências da saúde com cobertura na América Latina e no Caribe para fins acadêmicos e de pesquisa. O serviço é coordenado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) com cooperação das bibliotecas integrantes da rede de Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

3) Consulta aos registros de Artigos Relacionados (*related articles*)

As interfaces de PubMed, LILACS e CINHALL disponibilizam um recurso que por meio de um link o pesquisador pode localizar os artigos relacionados com o artigo objeto de leitura.

Nessa fase é realizado o registro da declaração de interesse pela pesquisadora, devidamente assinada.

4) Consulta de referências cruzadas (*cross reference*)

Foi definido que a partir das publicações selecionadas por localização primária nas bases de dados seriam identificadas referências utilizando as estratégias de artigos relacionados (*related articles*) e referências cruzadas (*cross reference*) de interesse e posteriormente acessadas pelas bases de dados eletrônicas ou listadas de periódicos do portal CAPES ou da Universidad de Antioquia. Pela utilização das estratégias de artigos relacionados (*related articles*) e referências cruzadas (*cross reference*) o pesquisador localiza artigos que possam estar relacionados com o objetivo da revisão sistemática a fim de avaliar sua inclusão no processo de pesquisa.

5) Contato com autores, instituições e editores.

Foi estabelecida a utilização de comunicação por e-mail com os autores dos artigos ou editores das revistas, com várias finalidades: a

primeira era obter dados, em caso de desconhecimento ou dúvida, para verificar se o artigo cumpria ou não os critérios de inclusão e exclusão para a presente revisão sistemática. A segunda finalidade era obter o artigo na íntegra caso cumprisse critérios mínimos de inclusão e não estivesse na íntegra na base de dados de indexação, na interface da CAPES via Universidade Federal de Santa Catarina, ou no serviço de acesso a bases de dados via on-line da biblioteca da Universidad de Antioquia, sistema acessado com nome de usuário e senha da autora da pesquisa, professora da mesma universidade. E a terceira finalidade, quando pré-selecionado o artigo, era procurar dados do artigo para seu registro e análise na revisão sistemática. Foi estipulado o tempo de uma semana calendário para aguardar as respostas dos autores. Passado esse tempo e se ainda não se dispusesse dos dados completos, o artigo era excluído da revisão sistemática. Foi estabelecida comunicação via correio eletrônico com três autores, dos quais apenas um respondeu.

5º momento – Localização e seleção dos artigos

As bases de dados constituem um depósito e index dos artigos publicados, mas algumas delas possuem a ferramenta para a exportação de informação do artigo para programas de gerenciamento de referências, inclusive dos resumos, quando disponível essa possibilidade na base de dados. Com esse propósito, na presente revisão sistemática foi utilizado o programa EndNote (ENDNOTE, 2008).

Da base de dados da Biblioteca COCRHANE o pesquisador não pôde exportar referências para programa de gerenciamento de referências EndNote.

Nas bases de dados de MEDLINE via PubMed, quando disponibilizado o artigo na íntegra, o pesquisador pôde exportar a referência para o programa EndNote.

Na base de dados LILACS é possível exportar a referência quando o artigo é fornecido utilizando a interface da base de dados de SCIELO e não diretamente da LILACS.

Esse momento, por sua vez, está configurado por subprocessos, que são definidos para diferenciá-los didaticamente como etapas, descritas a seguir.

Etapa 1: Pré-seleção dos artigos por estratégia de localização primária

Uma vez localizadas as referências com a estratégia de busca estabelecida em cada base de dados foram lidos os títulos e resumos, foram registrados os dados de identificação do artigo e verificados os

componentes PICO; para a presente revisão sistemática foram adotados População, Intervenção e Resultados (Apêndice C). Os dados são sistematizados num banco de dados elaborado com esse propósito no programa Access 2007.

Etapa 2: Análise e registro dos dados dos estudos pré-selecionados

Nessa etapa foram localizados os textos completos correspondentes aos artigos pré-selecionados que cumprem os critérios PICO de inclusão e exclusão definidos. Nesse momento foram selecionados os artigos a serem incluídos na revisão sistemática e registrados os dados no formulário de identificação dos estudos e verificação de critérios de inclusão e exclusão. Igualmente é avaliada a qualidade dos artigos utilizando os instrumentos de escala de Jadad-1996 (JADAD *et al.*, 1996) (Anexo A), os critérios para determinar o sigilo da alocação do guia de revisores da *Cochrane* (HIGGINS, 2005) (Anexo B) e a declaração STROBE (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*) (PHILLIPS *et al.*, 2009) (Anexo C).

Etapa 3: Pré-seleção de artigos por estratégias secundárias.

Nessa etapa foram identificados artigos entre os selecionados por localização primária nas bases de dados com as estratégias de busca elaborada com base nos descritores e considerando os critérios de inclusão e exclusão, seguindo os passos já descritos.

Etapa 4: Análise e registro dos dados dos estudos pré-selecionados utilizando as estratégias secundárias, seguindo o mesmo procedimento explicado na etapa N^o. 2, para o qual foi definida a sistematização dos dados num banco de dados construído com suporte do programa Access 2007 (ACCESS, 2007).

5^o momento – Análise e interpretação dos dados

Inclui a avaliação da qualidade dos artigos para a qual a pesquisadora definiu usar a “Declaração STROBE” (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*) (von Elm *et al.*, 2008), (Anexo C), instrumento de avaliação para estudos epidemiológicos. O objetivo proposto pelos profissionais com o desenho da Declaração foi fortalecer e consolidar a comunicação de estudos epidemiológicos. Uma nova reunião do grupo foi realizada na Universidade de Bristol no ano de 2004, quando foi revisado o instrumento STROBE para avaliar publicações de estudos

epidemiológicos longitudinais ou de controle, estudos de casos e controle e estudos transversais ou de prevalência. O instrumento compõe-se de 22 critérios relacionados com as diferentes partes de um artigo, dos quais 18 itens são comuns aos três desenhos de estudo já mencionados e quatro itens são específicos para cada tipo de estudo (VANDENBROUCKE, et al, 2009). Sua utilização na presente revisão sistemática teve o intuito de identificar a pertinência dos artigos para elaborar um painel em que as informações pudessem ser facilmente identificadas e captadas.

De igual forma foi planejada a utilização da escala de Jadad-1996 (JADAD *et al.*, 1996), (Anexo A), constituída por três tópicos relacionados com a redução de vieses e centrados na validade interna: condição; randomização; cegamento; e perdas e exclusões. A pontuação total dessa escala varia de 0 a 5 pontos, sendo considerado de boa qualidade um estudo com pontuação igual ou superior a 3 pontos, e de qualidade pobre quando a pontuação total é de dois pontos ou menos.

Critérios de pontuação

O estudo recebe qualificação de 1 ponto para cada uma das condições atendidas (randomizado, cegado, perdas ou exclusões) e 0 (zero) para as condições não atendidas.

O estudo recebe 1 ponto adicional se o método para gerar a sequência de randomização foi descrito apropriadamente e ou se na condição de cegamento o método duplo-cego foi apropriado.

O estudo perde 1 ponto se na condição de randomização, o método para gerar a sequência de randomização descrito foi impróprio e ou se na condição de cegamento, o estudo foi descrito como duplo-cego, mas o método de cegamento foi impróprio.

A avaliação com a escala Jadad-1996 (JADAD, 1996) é realizada considerando as definições de apropriado ou impróprio. Impróprio para as condições de randomização e cegamento “duplo-cego” registradas no item 4.6 do presente texto. A condição de atenção de perdas e exclusões no estudo faz referência às explicações que os autores do estudo fazem em relação àqueles participantes que não completaram o período de observação ou não foram incluídos na análise. O número e as razões para as perdas ou exclusões precisam ser descritas. A inexistência de perdas no estudo deve ser informada. Se os pesquisadores não apresentarem informação sobre perdas esse item na escala de Jadad-1996 não será pontuado.

O sigilo de alocação foi definido usando os critérios para determinar o sigilo da alocação descritos na seção seis do guia de

revisores da *Cochrane* (HIGGINS, 2005) (descrito no item 4.5 do presente texto) (Anexo B), os quais propõem quatro categorias: A, B, C e D, sendo a Categoria A correspondente ao processo de alocação adequadamente relatado (adequado); Categoria B significa que o processo de alocação não é descrito, mas é mencionado no texto que o estudo é aleatório; Categoria C significa que o processo de alocação foi inadequadamente relatado (inadequado) e Categoria D significa que o estudo não é aleatório.

Com base nas avaliações anteriores os estudos são classificados e agrupados segundo os Níveis de Evidência Científica da Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (PHILLIPS *et al.*, 2009), pois é uma classificação suportada por evidências científicas e pelas comunidades acadêmicas. (Anexo D). Não foi definida a avaliação do grau de recomendação para os estudos incluídos na revisão sistemática.

5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Esta pesquisa adota o pressuposto de que é ético pesquisar (SÁNCHEZ *et al.*, 2008), porque pode contribuir para o bem-estar social e humano, fornecendo conhecimentos para o desenvolvimento da disciplina da Enfermagem, podendo ainda subsidiar o acervo acadêmico e as práticas de outras disciplinas na área da saúde e das ciências humanas e sociais. Os resultados das pesquisas podem ainda contribuir para a tomada de decisões de gestores visando a diminuir o impacto do câncer de colo de útero nas mulheres e os problemas sociais decorrentes.

As considerações éticas da pesquisa iniciam-se na sua etapa preparatória, definida como fase reflexiva, na qual o pesquisador define o problema de pesquisa, seus objetivos e a relevância social, além de consultar as normas respectivas. (SÁNCHEZ *et al.*, 2008). Neste estudo a pesquisadora se orienta pelos princípios éticos de autonomia, respeito, beneficência e não maleficência (SÁNCHEZ *et al.*, 2008), preservando o respeito pela pessoa e pela dignidade humana. Neste caso, por se tratar de revisão sistemática, considera-se o respeito às mulheres participantes das pesquisas primárias e seus autores.

Os autores que desenvolvem revisões sistemáticas proporcionam informações que são fundamentais para a tomada de decisões em saúde, seja por gestores, funcionários e/ou usuários dos serviços (WOOLF *et al.*, 1999). Por isso mesmo, os procedimentos devem ser descritos em

detalhes para orientar a análise de qualquer pesquisador interessado no tema, de modo que o estudo possa ser repetido se desejar fazê-lo, com o mesmo tema ou com outro. Um grupo de avaliação de tecnologias e políticas em saúde (GETS) da Universidade Nacional de Colômbia desenvolveu um manual para elaborar e adaptar guias de prática clínica baseada em evidências. Como parte desse trabalho, foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados MEDLINE, Cochrane e LILACS e em páginas web de agências que desenvolvem guias de evidências, com o objetivo de identificar e avaliar as metodologias para obter uma declaração de conflito de interesse e qual a melhor maneira de lidar com conflito durante o desenvolvimento de guias de prática clínica fundamentados em evidências (PARDO, 2009). As pesquisas revelaram que todas as agências utilizam formatos estruturados que devem diligenciar os membros que participam no desenvolvimento das guias e que existe consenso sobre os itens avaliados nos formatos. A pesquisa encontrou somente três agências (NICE, OMS e *American Society of Clinical Oncology*) com políticas explícitas para administrar o conflito de interesse quando e se ele for detectado (PARDO, 2009).

O conflito de interesse surge quando uma pessoa ou organização considera possibilidades nas quais coexistam interesses comuns e se apresente uma dualidade de compromisso (DETSKY, 2006). O conflito fica mais claro quando é selecionada a opção que dá benefícios pessoais ou institucionais em vez da opção mais adequada com os princípios éticos e de interesse geral. As pessoas incluem tanto os membros do comitê assessor como das pessoas ou grupos que desenvolvem os guias de evidências ou revisões sistemáticas.

Os interesses pessoais incluem qualquer tipo de pagamento direto regular ou ocasional a um membro por empresas de indústria de saúde, como: 1) consultas, direção ou de assessoria; 2) trabalho remunerado; 3) possuir investimentos, cotações; 4) aceitar benefícios como presentes ou propinas, serviços, utilizar instalações ou material procedente de qualquer indústria. Exclui contratos com fundos de previdência e outro tipo de contratos nos quais o pesquisador não tem influência na gestão financeira (DETSKY, 2006; LAUPACIS, 2006).

O interesse não pessoal contempla pagamento que beneficie departamento ou organização para a qual a pessoa trabalha, mas ela não o recebe pessoalmente, como: estágios proporcionados pela indústria de saúde; financiamento: qualquer pagamento ou outra ajuda que não trazem benefícios materiais pessoais ao pesquisador ou assessor, mas poderia beneficiar a sua posição ou área de trabalho (DETSKY, 2006; LAUPACIS, 2006).

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados em três artigos científicos: Câncer de Colo do Útero: um problema social; Câncer de Colo do Útero: mortalidade em Santa Catarina – Brasil, 2000 a 2009; e a Enfermagem na detecção precoce do câncer de colo uterino: revisão sistemática.

6.1 ARTIGO I – O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: UM PROBLEMA SOCIAL MUNDIAL.

Artigo a ser submetido à **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, apresentado conforme Instrução aos Autores (Anexo G).

O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: UM PROBLEMA SOCIAL MUNDIAL

EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO: UN PROBLEMA SOCIAL MUNDIAL

CERVICAL CANCER: A GLOBAL SOCIAL PROBLEM

Maria Angélica Arzuaga-Salazar¹³

Maria de Lourdes de Souza¹⁴

Vera Lucia de Azevedo Lima¹⁵

RESUMO

Objetivo. Analisar o câncer de colo de útero como problema social. **Metodologia.** Estudo transversal com dados populacionais, fundamentado na epidemiologia descritiva. Os dados foram coletados na base de dados Globocan-2008. Na análise são aplicadas a classificação de desenvolvimento dos países, da Organização das Nações Unidas, e os níveis de incidência e mortalidade por câncer do colo uterino, da *International Agency for Research on Cancer*. **Resultados.** Para o ano de 2008 foi estimada a ocorrência de 529.828 casos novos e 275.128 mortes no mundo dos quais 85% e 88% respectivamente nos países em desenvolvimento, nos quais a taxa de incidência por CCU é de 17,8 por 100.000 mulheres, a taxa de mortalidade é de 9,8 por 100.000 mulheres e o risco de uma mulher ser acometida por essa neoplasia antes dos 75 anos é de 1,87%, e o de morrer é de 1,10%. Nos países desenvolvidos, a taxa de incidência por CCU é de 9,0 por 100.000 mulheres, a taxa de mortalidade é de 3,2 por 100.000 mulheres e o risco de uma mulher ser acometida por essa neoplasia antes dos 75 anos é de 0,85%, e o de

¹³ Enfermeira. Aluna do Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina PEN/UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando do PEN/UFSC. Bolsista do Programa Estudante-Convênio de Pós-Graduação – CAPES - Brasil. Docente da *Facultad de Enfermería da Universidad de Antioquia*, Colômbia. E-mail: marzuaga@tone.udea.edu.co.

¹⁴ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública – FSP-USP, Docente do PEN/UFSC, Coordenadora Geral da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), Santa Catarina, Brasil, Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando do PEN/UFSC. E-mail lourdesr@repensul.ufsc.br

¹⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem-UFSC, Docente da Faculdade de Enfermagem e do PPGENF/UFPA. Integrante do grupo de pesquisa EPOTENA/FAENF/ICS/UFPA. E-mail veraluci@ufpa.br

morrer é de 0,33%. **Conclusões.** O CCU é um problema social mundial, que afecta as mulheres em países em desenvolvimento tanto quanto dos países desenvolvidos. As projeções da doença no período 2010 a 2030 revelam tendência de aumento de casos novos, sendo maior o risco de adoecer por CCU m mulheres de países em desenvolvimento.

Palavras-Clave: Câncer de colo do útero; incidência; mortalidade; desigualdades em saúde.

RESUMEN

Objetivo. Analizar el cáncer de cuello de útero como problema social. **Metodología.** Estudio transversal con datos poblacionales, fundamentado en la epidemiología descriptiva. Los datos fueron recolectados en la base de datos Globocan-2008. En el análisis es aplicada la clasificación de desarrollo de los países, de la Organización de las Naciones Unidas, y los niveles de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, de la Agencia *Internacional para la Inversión en Cáncer*. **Resultados.** Para el año 2008 fue estimada la ocurrencia de 529.828 casos nuevos y 275.128 muertes en el mundo, de los quais 85% y 88% respectivamente ocurrieron en países en desarrollo, en estos países la tasa de incidencia por CCU fue de 17,8 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad fue de 9,8 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 años es de 1,87% y el de morir es de 1,10%. En los países desarrollados, la tasa de incidencia por CCU es de 9,0 por 100.000 mulheres, la tasa de mortalidad es de 3,2 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 anos es de 0,85%, y el de morir es de 0,33%. **Conclusiones.** El CCU es un problema social mundial, que afecta a las mujeres de los países en desarrollo como de los países desarrollados. Las proyecciones de la enfermedad en el período 2010 a 2030 revelan tendencia en el aumento de casos nuevos, siendo mayor el riesgo de enfermar por CCU en mulheres de países em desarrollo.

Palabras Clave: Câncer de cuello uterino; incidencia; mortalidad; desigualdades en la salud.

ABSTRACT

Objective. To analyze cervical cancer as a social problem. **Methodology.** Cross sectional study with population data, based in descriptive epidemiology. Data were collected using the Globocan 2008 database. The United Nations classification of countries based on their

level of development, the mortality rates due to cervical cancer from the *International agency for research on cancer* were applied to the analysis. **Results.** In 2008 the cervical cancer incidence was calculated in 529.828 new cases and 275.128 deaths in the World, from which 85% and 88% were from developed and developing countries respectively. In the developing countries the incidence rate of CUC was 17,8% per 100.000 women, the mortality rate was 9,8% per 100.000 women, the risk for a women of being affected by the neoplasia before the age of 75 years old is 1,87% and the risk of dying is 1,10%. In developed countries the incidence rate of CUC was 9,0 per 100.000 women, the mortality rate was 3,2% per 100.000 women and the risk for a women of being affected by the neoplasia before the age of 75 years old is 0,85% and the risk of dying is 0,33%. **Conclusion.** CUC is a social problem Worldwide; it affects women from developing countries as well as women from developed countries. Disease projections for the period between 2010 and 2030 reveal a tendency of increasing the number of new cases, being the highest risk of falling ill with CUC for women from developing countries.

Keywords: Uterine cervical neoplasms; incidence; mortality; health inequalities.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Colo do Útero (CCU) constitui um problema social porque afeta a saúde individual e coletiva no contexto mundial. É o segundo câncer mais comum entre mulheres e corresponde a 10% do total de novos casos de câncer¹. Essa neoplasia reflete as desigualdades entre países pobres e ricos e as diferenças de acesso aos serviços de saúde². No contexto mundial, as taxas de incidência e mortalidade por CCU são respectivamente de 15,2 e 7,8 por 100.000 mulheres³.

As estatísticas publicadas sobre CCU mostram a doença com maior proporção em mulheres oriundas de grupos populacionais pobres e com escolaridade mínima, residentes em países em desenvolvimento²⁻³. Tais aspectos são fatores de risco para essa neoplasia, bem como o início da vida sexual e o primeiro parto antes dos 18 anos⁴. Além disso, são também fatores de risco: a utilização de contraceptivos orais, a multiparidade, a baixa ingestão de vitaminas e as coinfeções por agentes infecciosos, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia Trachomatis*⁵. A infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) é considerada como desencadeadora ou causa primária na gênese do CCU, mas não determina, por si só, o aparecimento da doença⁵⁻⁶.

O CCU interfere nas condições de saúde e na qualidade de vida das mulheres, porquanto as afeta em sua totalidade, incluindo sexualidade, trabalho e produção econômica e cultural, comprometendo inclusive as relações familiares e sociais².

A maneira como o CCU afeta as mulheres pode ser observada nas diferenças das taxas de incidência, prevalência e mortalidade, bem como nas oportunidades de tratamento e sobrevivência para as mulheres com esse diagnóstico nas diferentes regiões. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que é necessário melhorar os programas de detecção e tratamento do CCU, sem os quais poderão ocorrer, nas próximas duas décadas, 2.072.136 mortes por essa causa, sendo cerca de 80% delas em regiões em desenvolvimento³, das quais aproximadamente 70 mil mortes na América Latina e nas Ilhas do Caribe². Considerando esse contexto, desenvolveu-se um estudo com o objetivo de analisar o câncer de colo de útero como problema social.

O CCU pode ser controlado se detectado precocemente, porque as possibilidades de cura são diretamente proporcionais à precocidade do diagnóstico e o início do tratamento. Ou seja, quanto mais precoce o diagnóstico, maior a chance de cura. Estima-se que cerca de 90% das mulheres que moram em países em desenvolvimento nunca tenham feito um exame visando à detecção precoce de CCU⁷.

O método epidemiológico instrumentaliza a maioria dos estudos sobre o CCU, bem como a sua análise com o conceito de tríade epidemiológica, que inclui a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade⁸.

A magnitude do CCU refere-se à abrangência, ao alcance e à população de mulheres atingidas pela doença e é avaliada com as taxas de prevalência e de incidência⁸.

A transcendência é entendida como o custo pessoal e social que a doença impõe às pessoas, os agravos às famílias e o impacto que provoca nas sociedades⁸.

O terceiro componente da tríade epidemiológica é a vulnerabilidade e representa a possibilidade de se controlar o CCU com investimentos e conhecimentos específicos, isto é, com medidas apropriadas⁸.

O impacto do CCU na população feminina é avaliado por meio dos indicadores específicos, principalmente a taxa de incidência, de prevalência e de mortalidade específica por idade, além de outras variáveis sociais e demográficas definidas para a análise.

A taxa de incidência reflete o risco de adoecer em determinado período numa população específica, enquanto a taxa de mortalidade

reflete o risco de morte em determinado período numa população específica (BRASIL, 2010?).

Os programas de detecção e controle do CCU são fundamentados na epidemiologia e nas ações de prevenção propostas⁹, que inclui três níveis: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. A prevenção primária do câncer se baseia na pressuposição de que a promoção da saúde pode reduzir a exposição da população a fatores de risco de câncer, com o objetivo de reduzir a incidência da doença¹⁰. A prevenção secundária inclui um conjunto de ações que promovem o diagnóstico precoce da doença e o seu tratamento imediato, aumentando a possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida e a sobrevivência e diminuindo a mortalidade por câncer. E a prevenção terciária engloba as atividades para a reabilitação e prevenção das complicações decorrentes da doença. Mas o controle do câncer depende essencialmente de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença¹¹.

Por meio dos representantes dos países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem estimulado o desenvolvimento de programas para detecção e controle do CCU. Durante a 58ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2005, na Resolução WHA58.22, seus membros reconheceram que o CCU é um problema de saúde pública, apesar de ser um dos cânceres com mais possibilidades de detecção precoce e cura. Além disso, manifestaram que o controle do CCU contribuirá para alcançar objetivos e metas internacionais relacionados com a saúde reprodutiva. A OMS incentiva também ações prioritárias para reduzir o número de casos de câncer em cada país, como: a disponibilidade de recursos e a capacidade dos sistemas de saúde para executar programas de prevenção, controle e atenção paliativa às pessoas com câncer, com participação de organizações governamentais, não governamentais e comunitárias, incluindo representantes dos pacientes e suas famílias. Recomenda ainda que o CCU seja um dos temas prioritários de pesquisa e que os países membros assegurem sua realização¹².

METODOLOGIA

Estudo transversal, com dados populacionais coletados na base de dados Globocan-2008³, fundamentado na epidemiologia descritiva. Os dados referem-se ao câncer de colo uterino como causa básica segundo a classificação da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

(CID 10). Os dados são apresentados em Taxa de Incidência ASR (W)¹⁶, em Taxa de Mortalidade ASR (W) por 100.000 mulheres e em porcentagens de risco acumulado de incidência e mortalidade antes dos 75 anos por CCU. Na análise são aplicadas as classificações da Organização das Nações Unidas (ONU) de desenvolvimento dos países ou regiões com base em projeções sociais e demográficas e os níveis de classificação das Taxas de Incidência e de Mortalidade do *International Agency for Research on Cancer* (IARC)^{3,13}.

RESULTADOS

Para o ano de 2008 foi estimada a ocorrência de 529.828 casos novos e 275.128 mortes no mundo dos quais 85% e 88% respectivamente nos países em desenvolvimento³, nos quais a taxa de incidência por CCU é de 17,8 por 100.000 mulheres e a taxa de mortalidade é de 9,8 por 100.000 mulheres. O risco de uma mulher ser acometida por essa neoplasia antes dos 75 anos é de 1,87%, e o de morrer é de 1,10%. Nas regiões em desenvolvimento o CCU representa 13% de todos os casos novos de câncer de causa ginecológica, aproximadamente 17,54% de todos os casos novos de câncer em mulheres e em torno de 11,4% de mortes de mulheres associadas ao câncer¹⁷.

Nos países desenvolvidos, a taxa de incidência por CCU é de 9,0 por 100.000 mulheres e a taxa de mortalidade é de 3,2 por 100.000 mulheres. O risco de uma mulher ser acometida por essa neoplasia antes dos 75 anos é de 0,85%, e o de morrer é de 0,33%. Nas regiões desenvolvidas o CCU representa aproximadamente 2,22% de todos os casos novos em mulheres e em torno de 2,7% de mortes de mulheres associadas ao câncer.

Na Tabela 1 podem ser observadas as regiões com taxas de incidência por 100.000 mulheres. As mais elevadas são: a da África Oriental, com 34,5; a do Oeste da África, com 33,7; e da África SubSahariana, com 31,7. Nessas, os países com as mais elevadas taxas foram Guiné, com 56,3; Zâmbia, com 52,8 e Comores, com 51,7.

Também podem ser observadas no Quadro 1 regiões com as taxas

¹⁶ Age-Standardized Mortality Rate (ASR): indicador de incidência e mortalidade que pode ser aplicado para analisar uma doença específica. Esse indicador corrige a influência da idade sobre o câncer. Utilizando ASR é possível comparar diversas populações das quais se conheça o indicador, como entre grupos etários ou países. ASR (W) é o indicador com correções segundo a população mundial.

¹⁷ Na Globocan-2008, a categoria “todos os tipos de câncer” não inclui o câncer de pele não-melanoma³.

de incidência mais baixas: a do Oeste Europeu, com 6,9; Norte da África, com 6,6; América do Norte, com 5,7; Austrália e Nova Zelândia, com 5,0; e Oeste Asiático, com 4,5. Nessas, os países com taxas inferiores a 7,0 são: Estados Unidos (5,7), Suíça (4,0), Arábia Saudita (2,1), Síria (2,0), Egito (1,6), e Palestina e Gaza (0,4). Esses dados são detalhados na Tabela 1, que mostra as taxas de incidência e mortalidade por regiões e países, com seus valores máximos e mínimos.

Tabela 1: Taxas de Incidência e Mortalidade ASR (W) por Regiões. Globocan 2008³.

Variáveis	Taxa de Incidência ASR (W)	Taxa de Mortalidade ASR (W)
≥29.8	África Oriental (34,5): Zâmbia (52,8), Djibouti (12,7). Oeste da África (33,7): Guiné (56,3), Níger (15,6). África Subsaariana (31,7).	África Oriental (25,3): Comores (39,1), Reunião (França) (6,3). África Subsaariana (22,5).
20.3 a 29.7	Sudeste da África (26,8): Suazilândia (50,0), Namíbia (15,8). América Latina e Caribe (23,5). África Central (23,0): Angola (30,0), República da África Central (19,4). Centro Sul Asiático (24,6): Nepal (32,4), República Islâmica do Iran (2,2). América do Sul (24,1): Bolívia (36,4), Chile (14,4). Melanésia (23,7): Fiji (31,4), Nova Caledônia (16,7). América Central (22,2): Nicarágua (39,9), Costa Rica (17,5). Ilhas do Caribe (20,8): Jamaica (45,7), Porto Rico (7,5).	Oeste da África (24,0): Guiné (41,7), Nigéria (12,0).
12.9 a 20.2	Sudeste Asiático (15,8): Camboja (27,4), Singapura (6,8). Centro Oriente Europeu (14,5): Romênia (23,9), Polónia (12,3). Micronésia e Polinésia (13,4).	África Central (17,0): Angola (21,9), República da África Central (14,1). Melanésia (16,6): Fiji (17,9), Nova Caledônia (7,7). Sudeste da África (14,8): Suazilândia (31,4), Namíbia (8,9). Centro Sul Asiático (14,1): Bangladesh (17,9), República Islâmica do Iran (1,1).
12.8 – 7	Oriente Asiático (9,6): Mongólia (28,4), República Democrática da Coreia (6,6). União Europeia (EU-27) (9,0): Norte Europeu (8,3): Finlândia (3,7), Lituânia (21,0).	América Central (11,1): Nicarágua (20,6), Costa Rica (6,7). América Latina e Caribe (10,8).

	Sudeste Europeu (8,0): Macedônia (22,0) Grécia (3,8). Oceania (8,0).	América do Sul (10,8): Guiana (20,5), Chile (6,6). Ilhas do Caribe (9,4): Jamaica (20,2), Porto Rico (2,8). Sudeste Asiático (8,3): Cambodja (16,2), Singapura (3,5).
< 7.0	Norte da África (6,6): Oeste Sahariano (28,4), Egito (1,6). Oeste Europeu (6,9): Bélgica (9,4), Suíça (4,0). América do Norte (5,7): Estados Unidos (5,7), Canadá (6,6). Austrália e Nova Zelândia (5,0): Nova Zelândia (5,5), Austrália (4,9). Oeste Asiático (4,5): Armênia (17,3), Palestina e Gaza (0,4).	Centro Oriente Europeu (6,3): România (11,8), República Checa (4,2). Micronésia e Polinésia (4,9). Norte da África (4,0): Oeste Sahariano (19,8), Egito (1,0). Oriente Asiático (3,9): Mongólia (10,3), Japão (2,6). União Europeia (3,0). Norte Europeu (2,4): Finlândia (0,9), Letônia (7,2). Sudeste Europeu (2,5): Macedônia (9,9), Grécia e Itália (1,5). Oeste Asiático (2,1): Armênia (8,7), Katar (0,3), Palestina e Gaza (0,3). Oeste Europeu (2,0): Bélgica (2,7), Suíça (0,9). Oceania (3,6). Austrália e Nova Zelândia (1,4): Nova Zelândia (1,6), Austrália (1,4).

As regiões com taxas de mortalidade por 100.000 mulheres mais elevadas são as da África Oriental (25,3), do Oeste da África e África Subsaariana (22,5). Nestas, os países com as mais elevadas taxas são Comores (39,1) e Guiné (41,7).

As taxas de mortalidade mais baixas foram encontradas nas regiões da Europa Central (6,3), Micronésia e Polinésia (4,9), Norte da África (4,0), Oriente Asiático (3,9), União Europeia (3,0), Norte Europeu (2,4), Sudeste Europeu (2,5), Oeste Asiático (2,1), Oeste Europeu (2,0), Oceania (3,6) e Austrália e Nova Zelândia (1,4). Os países com taxas inferiores a 7,0 são Japão (2,6), Palestina e Gaza (0,3), Katar (0,3), Grécia e Itália (1,5), Suíça e Finlândia (0,9), Austrália (1,4) e Egito (1,0).

Nos dados apresentados na Tabela 1 também podem ser observadas as diferenças inter-regionais e intrarregionais, tanto nas taxas

de incidência quanto nas taxas de mortalidade.

Na Tabela 2 são apresentadas as estimativas do aumento do número de casos novos e mortes por CCU para os anos 2010, 2015, 2020, 2025 e 2030. Também é registrada a letalidade, ou seja, a proporção de mulheres que perdem a vida em decorrência do CCU com base no número de casos novos e mortes estimados para os anos já mencionados. A proporção de mulheres que podem morrer foi calculada considerando os dados de todas as mulheres e de duas regiões específicas, em estimativas projetadas por pesquisadores da IARC em Globocan-2008³.

Os dados da Tabela 2 sobre as projeções do CCU no período 2010 a 2030 revelam tendência de aumento de casos novos e que o risco de morrer por CCU no mundo, nos anos mencionados, será superior a 50%. A tendência é que o risco permaneça diferente entre as regiões, com a África tendo quase o dobro (70%) do valor da América do Norte (38%).

Tabela 2: Estimativas de Incidência e Mortalidade em número de casos e percentual de risco de morte nas mulheres no contexto mundial, 2008 a 2030. Globocan-2008³.

Variáveis	2010	2015	2020	2025	2030
Número de casos novos no Mundo.	552710	609659	664649	720060	776032
Número de mortes no Mundo.	288234	322403	358011	395095	433265
Risco de morte para mulheres por CCU no Mundo.	52%	52%	53%	59%	55%
Número de casos novos em Zâmbia e Djibouti (África Oriental).	1950	2173	2465	2783	3183
Número de mortes em Zâmbia e Djibouti (África Oriental).	1354	1513	1704	1908	2164
Risco de morte para mulheres por CCU em Zâmbia e Djibouti (África Oriental).	69%	69%	69%	70%	68%
Número de casos novos no Canadá e nos Estados Unidos da América do Norte.	13343	12743	13948	14588	15206
Número de mortes no Canadá e nos Estados Unidos da América do Norte.	4538	4847	5169	5515	5862
Risco de morte para mulheres por CCU no Canadá e nos Estados Unidos da América do Norte.	34%	30%	37%	37%	38%

DISCUSSÃO

O CCU causa maior impacto na vida das mulheres que vivem em países em desenvolvimento do que naquelas que dispõem de mais

recursos. Além disso, há diferenças no interior dos países¹⁴. A África e parte da Ásia são os continentes que registram Taxas de Incidência e Mortalidade superiores a 14, embora no seu contexto haja países como Egito, Sudão e Tunísia que apresentam taxas de incidência entre 1,6 e 7,0 e taxas de mortalidade entre 1,0 e 4,9; no Oeste Asiático países como Iraque, Jordânia, Kuwait, Turquia, Yemen, Líbano, Arábia Saudita e os Emirados Árabes apresentam taxas de incidência entre 2,0 e 7,4 e taxas de mortalidade entre 0,2 e 2,7. Há autores que buscam explicar essas diferenças e atribuem importância ao fato de esses países compartilharem aspectos culturais e religiosos que poderiam determinar o nível dessas taxas, particularmente quando comparados com outros países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive com localização geográfica próxima¹⁵.

Nesse mesmo ano a taxa de incidência no mundo foi de 15,3 por 100.000 mulheres, e a taxa de mortalidade foi de 7,8 por 100.000 mulheres. O risco da doença antes dos 75 anos foi de 1,57%, e o risco de morrer de 0,87%³.

As taxas de incidência e mortalidade por CCU refletem as condições desiguais nas quais vivem as mulheres de regiões desenvolvidas e em desenvolvimento¹⁶. A proporção de mulheres maiores de 50 anos em meados de 2010 é de aproximadamente 21,8% do total de mulheres, e a tendência é aumentar até o ano de 2050, mas isso pode ser alterado em razão do CCU, que é diagnosticado com maior frequência a partir dos 30 anos de idade^{5, 13, 17}.

Diferenças entre condições sociais, trabalho, educação, nutrição e de acesso aos serviços de saúde acontecem entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e se constituem num desafio para todas as sociedades. As mulheres das regiões em desenvolvimento representam dois terços dos 774 milhões de analfabetos adultos do mundo, habitam moradias com piores condições de infraestrutura e ganham menos, caracterizando situação socioeconômica inferior. A participação feminina no mercado de trabalho no ano de 2010 foi calculada em 52%, sendo que em regiões em desenvolvimento os níveis baixam para 30%; as mulheres possuem empregos vulneráveis e/ou são trabalhadoras por conta própria¹⁸. Isso constitui um desafio para a prestação de serviços de saúde, e entre os objetivos do milênio o acesso aos serviços de saúde se constitui em estratégia fundamental para consegui-lo.

Estudos têm encontrado maior proporção de lesões do colo uterino em mulheres com menor nível educacional do que naquelas com níveis educacionais mais elevados e também em mulheres já múltiparas^{17, 19}. Além disso, estudos apontam que as mulheres

adolescentes entram em contato com o HPV quando iniciam sua atividade sexual, sofrendo infecção primária, a qual pode desaparecer ou evoluir para CCU⁶.

A detecção precoce e o controle do CCU dependem de um conjunto de estratégias não apenas do setor da Saúde, mas envolve distintos setores da sociedade, com ações orientadas para a prevenção primária, fundamentadas na ideia de que a promoção da saúde pode reduzir a exposição da população a fatores de risco para CCU, principalmente ao HPV, e assim reduzir a incidência e a mortalidade pela doença²⁰. A prevenção secundária e terciária demanda o fortalecimento dos serviços de saúde para diagnosticar precocemente e iniciar logo o tratamento e a reabilitação da mulher, sem esquecer o grupo familiar, já que o sofrimento da doença não se restringe à pessoa que recebe o diagnóstico, estendendo-se também a seus familiares²¹.

Os esforços para detecção precoce e controle do CCU precisam de continuidade para assegurar a redução da incidência do CCU, seguindo o exemplo de países como Canadá, Estados Unidos, Austrália, Finlândia, França, Suíça, Dinamarca, Irlanda e Holanda, os quais reduziram suas taxas de incidência e mortalidade em mais de 50% com programas de rastreamento da doença nas décadas de 1960 e 1970²². E essas atividades foram desenvolvidas com a participação efetiva da Enfermagem.

As estratégias de detecção precoce da doença precisam ser fortalecidas, desenvolvendo ações de prevenção primária do CCU vinculadas às de promoção da saúde como componente de programas de desenvolvimento social e humano. Estes, por sua vez, poderão contribuir para reduzir a exposição da população a fatores de risco para o câncer, reduzindo o diagnóstico de novos casos e evitando a morte de milhares de mulheres.

As taxas de incidência e mortalidade por CCU refletem a qualidade dos serviços de saúde, e as diferenças dos níveis das taxas entre os diversos países espelham suas desigualdades sociais e suas diferenças. Portanto, melhorar as condições sociais e de saúde das mulheres demanda estratégias que promovam o desenvolvimento social e humano, melhorando as condições de vida das pessoas e das comunidades. Além disso, é necessário expandir as atividades da enfermagem para detectar precocemente o câncer com a devida ampliação do acesso aos serviços de saúde.

A diminuição das desigualdades sociais levará à redução das taxas de incidência e mortalidade por CCU e à qualidade de vida e desenvolvimento humano das mulheres do mundo em geral.

Como conclusões deste estudo afirmamos que o CCU é um problema social mundial, que afecta as mulheres em países em desenvolvimento tanto quanto as mulheres dos países desenvolvidos. Além as projeções da doença no período 2010 a 2030 revelam tendência de aumento de casos novos, sendo maior o risco de adoecer por CCU em países em desenvolvimento, nos quais o número de casos será quase o dobro dos casos registrados nos países desenvolvidos.

REFERENCIAS

- 1.Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Comparing two theories of health behavior: a prospective study of noncompletion of treatment following cervical cancer screening. *Health Psychol.* 2006 Sep; 25(5):604-15.
- 2.Organización Mundial de la Salud. Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cancer cervicouterino. *Temas de salud* 2009 [Internet]; 2009 [21de outubro de 2009]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es
- 3.Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. *Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n. 10.* Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010 [Internet]; 2010 [29 de outubro de 2010]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>.
4. [acesso 10 de novembro de 2009].Artigo de revista em Internet. Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet] 2008 [10 de novembro de 2009]; 30(5):213-215. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500001&lng=en.
- 5.Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. [site na internet]. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil [Internet] 2009 [10 de fevereiro de 2010]. Rio de Janeiro: MS; 2009. Disponível em: <http://www1.estado.com.br/redac/manual.html>
6. [acesso 18 de janeiro de 2010].Artigo de revista em Internet. Reina JC, Muñoz N, Sánchez GI. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. *Colombia Medica*

- [periódico na Internet]. 2008. [18 de janeiro de 2010]; 39(2):196-204. Disponível em: <http://find.galegroup.com/gtx/start.do?prodId=AONE>.
7. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. [10 de setembro de 2009]. Suíça: Organización Mundial de la Salud; 2007. 280 p. Disponível em: www.rho.org/files/WHO_CC_control_spanish_2007.pdf
8. Gonçalves A. Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. Rev. bras. epidemiol. 2006; 9(2):253-55.
9. Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976. 744p.
10. United Nations Population Fund. Prevención del cáncer cervical: Oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de las mujeres. Outlook. [Internet] 2007. [19 de outubro de 2009]; 23(1). Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300003&lng=es&nrm=iso.
11. Ministério de Saúde (BR). [site na internet]. Ações de enfermagem para o controle do câncer [acesso em 11 nove 2007]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Prevención y control del cáncer [15 de março de 2010]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_22-sp.pdf
13. United Nations [Internet]. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision [9 de novembro de 2009]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp>.
14. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization; 2009. p. 45-47.
15. [acesso 10 de novembro de 2010]. Artigo de revista em Internet. Drain PK, Halperin DT, Hughes JP, Klausner JD, Bailey RC. Male circumcision, religion, and infectious diseases: an ecologic analysis of 118 developing countries. BMC Infect. [Internet]. 2006 [10 de novembro de 2010]. 30 Suppl 6:172. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764746/?tool=pubmed>
16. United Nations [Internet]. Department of Economic and Social Affairs. The World's Women 2010: Trends and Statistics. New York. 2010. [9 de novembro de 2009]. Disponível em:

http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/Worldswomen/WW_full%20report_color.pdf.

17. [acesso 10 de novembro de 2010].Artigo de revista em Internet. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *The Lancet*. [Internet]. 2007. [10 de novembro de 2010]. 370 (9585):398-406. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607611957>.

18. United Nations [site na Internet]. Naciones, U. Objetivos de desarrollo del milenio: informe 2010. N. Unidas. Nueva York 2010. [9 de novembro de 2009]. Disponível em: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf

19. [acesso 29 de outubro de 2010].Artigo de revista em Internet. Mendonca VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2008. [29 de outubro de 2010]. 30(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500007&lng=en&nrm=iso.

20. Palayekar MJ, Herzog TJ. Knowledge of Pap screening and human papillomavirus among women attending clinics in Medellin, Colombia. *International Journal of Gynecological Cancer*. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 4 nov 2010]18(5):879-890. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a22.pdf>.

21. [acesso 4 de novembro de 2010].Artigo de revista em Internet. Barreto T, Amorim RC. A família frente ao adoecer a ao tratamento de um familiar com câncer. *Rev. Enferm. UERJ*. [Internet]. 2010 [4 de novembro de 2010];18(3):462;7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a22.pdf>.

22. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55:74-108.

6.2 ARTIGO II - CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: MORTALIDADE EM SANTA CATARINA – BRASIL, 2000 A 2009

O manuscrito Câncer de Colo do Útero: mortalidade em Santa Catarina – Brasil, 2000 a 2009 já foi apresentado para publicação em novembro de 2010.

Artigo submetido à **Revista Texto e Contexto**, ISSN versão impressa 0104-0707 e ISSN 1980-265X versão on-line, periódico científico com classificação Qualis CAPES A2, apresentado conforme as instruções para publicação da própria revista (Anexo F).

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: MORTALIDADE EM SANTA CATARINA – BRASIL, 2000 A 2009

CANCER OF THE CERVIX: MORTALITY IN SANTA CATARINA - BRAZIL, 2000 TO 2009

CÂNCER DE CUELLO UTERINO: MORTALIDAD EN SANTA CATARINA - BRAZIL, 2000 A 2009

Maria Angélica Arzuaga-Salazar*
Maria de Lourdes de Souza†

Correspondência:

Maria de Lourdes de Souza

Endereço: Rua Afonso D'Alambert Neto, 98 - Lagoa da Conceição
CEP 88062.000 - Florianópolis - SC - Brasil

* Enfermeira. Aluna do Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina PEN/UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando do PEN/UFSC. Bolsista do Programa Estudante-Convênio de Pós-Graduação – CAPES - Brasil. Docente da *Facultad de Enfermería da Universidad de Antioquia*, Colômbia. E-mail: marzuaga@tone.udea.edu.co.

† Enfermeira. Doutora em Saúde Pública – FSP-USP, Docente do PEN/UFSC, Coordenadora Geral da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), Santa Catarina, Brasil, Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando do PEN/UFSC. E-mail lourdesr@repensul.ufsc.br.

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: MORTALIDADE EM SANTA CATARINA – BRASIL, 2000 A 2009

CANCER OF THE CERVIX: MORTALITY IN SANTA CATARINA - BRAZIL, 2000 TO 2009

CÁNCER DE CUELLO UTERINO: MORTALIDAD EN SANTA CATARINA - BRAZIL, 2000 A 2009

RESUMO: O câncer de colo de útero é um problema mundial de saúde pública e no Brasil é a terceira neoplasia mais comum em mulheres. Sua detecção precoce é fundamental e para isto há tecnologias disponíveis, inclusive de enfermagem. O objetivo definido para o estudo é descrever a mortalidade por câncer de colo do útero e apresentar algumas contribuições da enfermagem. Estudo transversal, com a inclusão de todos os óbitos de mulheres, por câncer de colo do útero, inclusive os de porção não especificada, ocorridos em Santa Catarina no período de 2000 a 2009. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade e calculadas as taxas de mortalidade, por região do estado e faixa etária. Foi observado que as taxas de mortalidade mais elevadas incidiram em mulheres com sessenta e mais anos. A tendência observada representa que o câncer de colo uterino ainda não foi controlado.

Descritores: Câncer de colo do útero. Mortalidade. Causa de óbito. Enfermagem.

ABSTRACT: Cervical cancer is a worldwide public health problem, including in Brazil, and it is the third most common cancer in women. Its early detection is crucial and for this there is technology available, including techniques of nursing. The goal set for this study was to describe mortality from cancer of the cervix and to make some contributions towards nursing. A cross-sectional study was carried out with the inclusion of all deaths of women from cancer of the cervix, including those where the portion was unspecified, that occurred in Santa Catarina in the period 2000 to 2009. The data were obtained from the Mortality Information System, and the mortality rates were calculated by region of the state and age. We observed that the highest mortality rates occurred in women of sixty years and over. This trend suggests that cervical cancer has not yet been controlled.

Descriptors : Uterine cervical neoplasms. Cause of death. Mortality. Nursing

RESUMEN: El cáncer de cuello uterino es un problema mundial de salud pública y en Brasil es la tercera neoplasia más común en mujeres. Su detección precoz es fundamental y para esto hay tecnologías disponibles, inclusive de enfermería. El objetivo definido para el estudio es describir la mortalidad por cáncer de cuello uterino y presentar algunas contribuciones de la enfermería. Estudio transversal, con la inclusión de todas las muertes de mujeres, por cáncer de cuello uterino, inclusive los de porción no especificada, ocurridos en Santa Catarina en el período de 2000 a 2009. Los datos fueron obtenidos del Sistema de Información de Mortalidad y calculadas las tasas de mortalidad, por región del estado y grupo etario. Fue observado que las tasas de mortalidad más elevadas incidieron en mujeres con sesenta y más años. La tendencia observada representa que el cáncer de cuello uterino todavía no fue controlado.

Descritores: Câncer de cuello uterino. Mortalidad. Causa de Muerte. Enfermería.

INTRODUÇÃO

As mulheres constituem 52% da população mundial.¹ Não obstante a possibilidade de detecção precoce por meio de exames de rastreamento populacional, no mundo, o Câncer de Colo do Útero (CCU) é o segundo câncer mais comum entre mulheres. No ano de 2008 o número de casos novos de CCU no mundo foi de 529.828, com taxa de incidência ajustada por idade –*Age-Standardized Mortality Rate*– (ASR)* de 15.3 por cem mil mulheres.² No Brasil a taxa de incidência para o mesmo ano foi de 24.5, com 24.562 casos.²

O desenvolvimento do câncer de colo do útero está relacionado com infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV),³ transmitido sexualmente e que infecta cerca de 70% da população sexualmente ativa no mundo.⁴ Outros fatores de risco são avaliados como o exercício da sexualidade,⁵ a idade precoce ao primeiro parto (antes dos 18 anos); a utilização de contraceptivos orais, a multiparidade, a baixa ingestão de vitaminas e as coinfeções por agentes infecciosos, como o Vírus da

* *Age-Standardized Mortality Rate*– (ASR): indicador de incidência e mortalidade que pode ser aplicado para analisar uma doença específica. Esse indicador corrige a influência da idade no câncer. Utilizando ASR é possível comparar diversas populações das quais se conheça o indicador; por exemplo, entre grupos etários ou países.

Imunodeficiência Humana (HIV) e Chlamydia Trachomatis.⁶

O CCU constitui um problema social porque afeta a saúde individual e coletiva no contexto mundial, representa a segunda causa de incidência e morte por câncer em mulheres no mundo, e corresponde a 10% do total de novos casos de câncer.⁷ Esta neoplasia reflete as desigualdades entre países pobres e ricos e as diferenças de acesso aos serviços de saúde.⁸ As taxas de incidência e mortalidade mundial por CCU são respectivamente de 15.2 e 7.8 por cem mil mulheres.² Fazendo uma aproximação se pode afirmar que a cada 10 mulheres diagnosticadas cada ano com a doença, cinco morrem nesse período. A diferença nas taxas de incidência entre os países mais desenvolvidos e os menos desenvolvidos é de 9,0 e 17,8 por cem mil mulheres respectivamente.² Já a diferença nas taxas de mortalidade entre países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos é de 3,2 e 9,8 por cem mil mulheres respectivamente.² Os países da América do Sul, América Central e México encontram-se numa área geográfica com taxas de incidência das mais altas do mundo, com países do Sub-Saara, na África e do sudeste da Ásia.²

A incidência do CCU evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando o risco rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos,⁶ embora se registrem casos em mulheres no grupo etário de 15 a 19 anos.⁹ Nessas idades as mulheres se encontram em plena fase produtiva e reprodutiva, o que ocasiona mudanças em todas as esferas de suas vidas, e no pior dos casos, ocasionando a morte de muitas delas, com repercussões nas suas próprias vidas, nas famílias e nas sociedades, o que contrasta com o potencial de prevenção e cura de câncer de colo do útero quando diagnosticado precocemente.⁶

O tempo de evolução entre a infecção inicial por HPV e o aparecimento do câncer leva, em média, 20 anos. Por essa característica, a detecção precoce tem sido estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e de mortalidade,⁸ já que a doença é curável quando detectada e diagnosticada precocemente, sendo possível prevenir até 50% de novos casos de câncer.¹⁰ A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que é necessário melhorar os programas de detecção e tratamento de câncer de colo do útero, sem o que, poderão ocorrer aproximadamente 70 mil mortes em mulheres da América Latina e do Caribe por essa causa nas próximas duas décadas.⁸

A problemática do CCU se constitui no cenário que indica a qualidade dos serviços de saúde. No Brasil o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que ocorram 489.270 casos novos de neoplasia

(todos os tipos) no ano 2010, afetando mais as mulheres, com 253.030 novos casos.⁶

No Estado de Santa Catarina, com população calculada para o ano de 2009 em 6.118.743 pessoas,¹¹ estimam-se 610 novos casos de CCU para o ano de 2010, com risco de 19,04 casos a cada 100 mil mulheres.⁶ Na capital deste Estado, Florianópolis, com uma população estimada de 408.161 habitantes em 2009,¹¹ projetam-se 40 casos novos da doença para 2010, com risco de 17,97 casos a cada 100 mil mulheres.⁶

O contexto apresentado requer que as ações de cuidado com as mulheres sejam revistas porque existem tecnologias para fazê-lo, e os profissionais de enfermagem são maioria dos recursos humanos, inseridos nos serviços de saúde, e podem contribuir para reverter o quadro apresentado. Isto porque, pode ser detectado precocemente, quando ainda se apresenta na forma de lesões pré-malignas e sem a forma de câncer microinvasivo ou invasivo, o que resulta em evitabilidade e possibilidades de cura, com a sobrevida das mulheres ampliada.¹²

A detecção precoce de câncer de colo do útero representa uma série de ações relativas ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação, fundamentada nos níveis de prevenção.¹³ A participação da equipe de enfermagem na detecção precoce representa possibilidades para as mulheres conhecerem o próprio corpo e o exercício da sexualidade, a descoberta de lesões pré-malignas ou malignas e a captação de recursos para o diagnóstico e tratamento. Portanto, nos programas de detecção precoce e controle de CCU existentes desde a década de 1960, a contribuição da enfermagem pode ser ampliada de modo a reduzir a sua ocorrência e, principalmente, reduzir a mortalidade por essa causa. Em virtude deste contexto desenvolveu-se um estudo com o objetivo de descrever a mortalidade por câncer de colo do útero e apresentar algumas contribuições da enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo transversal com dados populacionais, fundamentado na epidemiologia descritiva. Nele, são incluídas as mortes de mulheres por CCU ocorridas no Estado de Santa Catarina, Brasil, em todas as faixas etárias, em cada ano da série histórica de 2000 a 2009. Os dados foram coletados por causa básica e codificados conforme consta na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).¹⁴ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UFSC por meio do parecer substanciado –

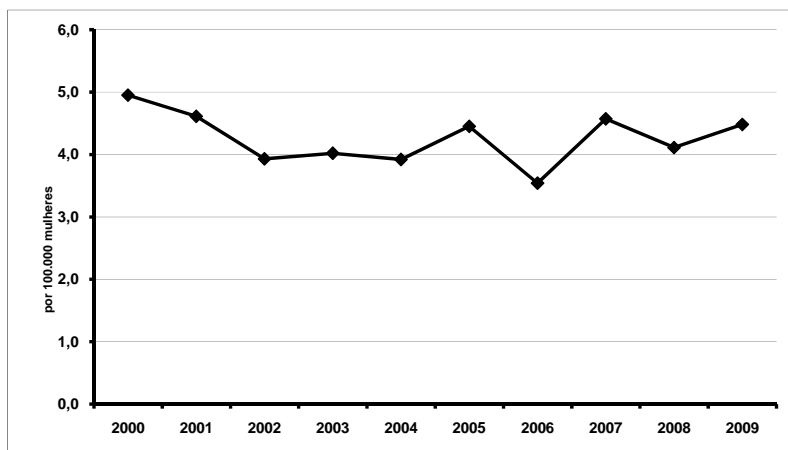
Projeto nº 209/2008, muito embora seja realizado com dados secundários, pois os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).^{11, 15}

A sistematização dos dados e os cálculos estatísticos foram realizados por causa básica, câncer de colo de útero, por faixa etária, ano a ano, no período de 2000 a 2009. Os dados foram sistematizados para cálculo das taxas de mortalidade, por faixa etária e macrorregião do Estado e todos os cálculos foram realizados com o suporte do programa Microsoft Office Excel 2007©.¹⁶

RESULTADOS

No Estado de Santa Catarina, Sul do Brasil, no período de 2000 a 2009 foram registradas 1232 mortes de mulheres associadas ao CCU. O total destas mortes resultou em uma taxa de mortalidade por câncer de colo uterino de 4,3 por 100.000 mulheres. No período, a taxa de mortalidade variou entre 3,5 a 5,0 mortes por 100.000 mulheres, tendo um percentual entre os dois valores da ordem de 30%. Esta tendência pode ser observada na Figura 1.

Figura 1 - Gráfico de tendência da taxa de mortalidade por neoplasias de colo do útero (por 100.000 mulheres). Santa Catarina, Brasil. 2000 a 2009.



Nos dados apresentados, na Tabela 1, se observa que a taxa de

mortalidade mais baixa foi na faixa etária de 0 a 29 anos, com 0,2, e as mais altas, a partir dos cinquenta anos com 11,1; 13,6; 15,8 e 20,5 por 100.000 mulheres. Os dados também revelam esta tendência em todos os anos da série histórica, 2000 a 2009, que o risco de morrer por esta causa aumenta com o acréscimo da idade.

Tabela 1 - Taxas de Mortalidade por neoplasias de colo do útero (por 100.000 mulheres) por grupo etário. Santa Catarina, Brasil. 2000-2009.

Ano	Faixa etária							Total
	0 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	
2000	0,1	4,3	13,1	10,6	14,3	22,8	35,0	5,0
2001	0,0	3,8	11,4	14,7	17,8	9,2	27,5	4,6
2002	0,1	5,2	9,2	11,2	11,7	14,3	3,4	3,9
2003	0,2	2,8	9,7	12,0	15,2	12,8	20,1	4,0
2004	0,2	4,0	9,3	11,8	10,7	12,7	19,8	3,9
2005	0,3	3,3	6,8	14,5	18,7	23,4	19,3	4,5
2006	0,3	3,8	8,6	8,3	8,2	13,4	25,3	3,5
2007	0,1	3,4	8,5	11,4	16,1	16,0	15,8	4,6
2008	0,3	3,9	6,8	7,8	14,4	18,4	8,6	4,1
2009	0,1	2,8	8,7	10,6	10,0	14,9	32,3	4,5
Total	0,2	3,7	9,1	11,1	13,6	15,8	20,5	4,3

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/IBGE.^{11, 15}

A taxa de mortalidade, quando calculada por macrorregiões do Estado de Santa Catarina, no ano de 2009 apresentou os valores mais elevados nas Regiões Nordeste e Vale do Itajaí. Todas as regiões do estado apresentaram variação nas taxas que não demonstram uma tendência ou regularidade de ocorrência da mortalidade (Tabela 2).

Tabela 2 - Taxas de mortalidade por neoplasias de colo do útero (por 100.000 mulheres) por macrorregiões do Estado de Santa Catarina, Brasil. 2000-2009.

Ano	Macrorregiões de Santa Catarina									
	Grande Florianópolis	Sul	Planalto Serrano	Planalto Norte	Extremo Oeste	Meio Oeste	Vale do Itajaí	Foz do Rio Itajaí	Nordeste	Santa Catarina
2000	6,7	3,0	5,5	3,0	3,9	5,0	4,6	8,0	5,2	5,0
2001	6,8	4,4	5,5	1,2	5,4	4,3	3,7	5,8	3,1	4,6
2002	2,7	3,8	3,4	2,4	6,2	3,2	5,1	6,1	2,7	3,9
2003	5,1	0,5	4,1	2,3	5,6	3,5	4,4	3,7	6,2	4,0
2004	4,0	2,1	3,4	7,0	4,4	2,1	4,9	4,4	4,5	3,9
2005	5,5	3,0	7,3	1,1	3,2	3,0	4,3	7,9	5,3	4,5
2006	3,3	1,6	8,0	0,0	1,2	3,0	5,5	5,7	5,2	3,5
2007	4,2	4,0	2,0	4,5	3,8	3,6	6,0	4,7	6,7	4,6
2008	5,1	2,5	4,6	5,0	4,4	1,0	5,1	3,5	5,4	4,1
2009	2,7	3,8	3,3	3,3	5,2	4,4	6,0	3,1	7,5	4,5
Total	4,25	2,84	4,71	2,99	4,33	3,29	4,98	5,21	5,22	4,25

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/IBGE.^{11, 15}

DISCUSSÃO

A mortalidade observada no Estado de Santa Catarina demonstra uma tendência com pouca flutuação. Dados similares são registrados para outras regiões de Brasil.¹⁷

As taxas de mortalidade por CCU aumentam progressivamente com a idade das mulheres, o qual têm sido registrado por outros pesquisadores no Brasil e no mundo.^{8, 18-20}

Estudos mostram que as adolescentes podem se infectar com o HPV, quando iniciam sua atividade sexual, desenvolvendo uma infecção primária, a qual pode desaparecer ou evoluir para CCU,^{3, 21} sendo que muitas mulheres só detectam a doença na vida adulta e,²² também, muitas delas, desconhecem a utilidade dos exames de detecção precoce.²² Por outro lado há afirmação de que as mulheres que mais usam os serviços de saúde são aquelas que procuram atendimento, especialmente vinculados a eventos reprodutivos como gestação, parto, pós-parto, infertilidade e planejamento familiar.²³

O contexto apresentado demonstra que as ações de detecção precoce ainda precisam ser fortalecidas. Isto porque, a prevenção primária do câncer se fundamenta na idéia de que a promoção da saúde pode reduzir a exposição da população a fatores de risco de câncer, com o objetivo de reduzir a incidência da doença.⁸

A enfermagem realiza ações voltadas para a prevenção e controle do CCU, e especificamente para a prevenção da infecção por HPV, além do contato com os outros fatores de risco, já descritos anteriormente, o que implica na promoção para o sexo seguro, com proteção mútua durante a vida com a utilização de preservativos.⁴ Outro método de prevenção primária é a vacinação contra o HPV, indicada para mulheres de 10 a 19 anos que nunca tiveram relações sexuais, e cuja execução faz parte das atividades desenvolvidas pela enfermagem. Acerca da vacinação é importante registrar que existem dois tipos de vacinas atualmente no mercado, mas não protegem contra todos os genótipos de HPV. Uma das vacinas protege contra os genótipos HPV 6, 11, 16 e 18, e a outra, protege contra os genótipos HPV 16 e 18.²⁴ Por outro lado, ainda não existe certeza do tempo de imunidade conferida pela mesma e sua proteção é válida só para aquelas mulheres que ainda não estiveram em contato com o genótipo de HPV para os quais a vacina protege.^{25, 26} Conseqüentemente, a vacinação não substitui o exercício de práticas educativas e do exercício do sexo seguro, ações que são promovidas entre a população, tanto de homens como de mulheres, pelo pessoal de enfermagem. No Brasil, as duas vacinas estão registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e o Ministério da Saúde de Brasil discute sua incorporação ao Programa Nacional de Imunizações.²⁷

A tendência da mortalidade apresentada demonstra também que a prevenção secundária ainda necessita ser reforçada, até porque foi observada a ocorrência de mortes de mulheres, por esta causa, em todas as faixas etárias. A prevenção secundária inclui o conjunto de ações que promovem o diagnóstico precoce da doença e o seu tratamento imediato, aumentando a possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida e a sobrevida e diminuindo a mortalidade por câncer.²⁸ Assim, quando os profissionais de saúde realizam suas atividades em relação à detecção precoce do câncer, têm como objetivo prevenir o câncer de colo do útero invasor, detectando e tratando mulheres com lesões intraepiteliais de alto grau.²⁵

A efetividade da detecção precoce pode ser avaliada pela redução da incidência do CCU, bem como da mortalidade das mulheres.²⁵ As provas de detecção precoce fazem parte dos programas de detecção e controle dessa doença, entre as quais a mais utilizada é a prova PAP, conhecida também como teste de Papanicolaou, Pap Smear, exame de citologia, citologia cérvico uterina, citologia cervical, citologia vaginal, ou simplesmente, “preventivo”. Esta técnica é de baixo custo e sua finalidade é avaliar as células de colo do útero e detectar modificações celulares mediante análise citológica microscópica das células

escamadas de colo do útero.

Até a década de 1990, o teste Papanicolaou convencional era a principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do CCU.⁶ Na atualidade, novas provas estão sendo utilizadas e testadas, como provas de ADN de HPV, provas de detecção visual, a olho nu ou com colposcópio, das mudanças de colo do útero após a utilização de Ácido Acético (IVA) e Solução Iodada de Lugol (IVSL), técnicas fotográficas de colo do útero; esta última conhecida como cervicografia digital de colo uterino.²⁹ Em muitos países, a citologia ou as provas de ADN de HPV, ou ambas, são usadas para a detecção sistemática de CCU e para acompanhamento após o diagnóstico. Nos países de baixa renda e sem boa infraestrutura sanitária, a inspeção visual de colo do útero com ácido acético ou solução iodada de Lugol resulta na detecção de possíveis lesões, tratáveis imediatamente com crioterapia, estratégia conhecida como “ver e tratar”.⁶ Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos com a finalidade de testar a sensibilidade e especificidade das provas disponíveis, como os estudos coordenados pela IARC na Índia, no Peru, na África do Sul e na Tailândia.^{25, 30} Os objetivos estão centrados no desenvolvimento de estratégias e provas custoefetivas e facilmente acessíveis para mulheres de poucos recursos econômicos.³¹

Muito embora os dados do presente estudo sejam em relação à mortalidade, nos parece oportuno destacar, também, que a prevenção terciária engloba as atividades para a reabilitação e prevenção das complicações decorrentes da doença. Mas o controle do câncer depende essencialmente de ações de promoção da saúde, de proteção específica e de diagnóstico precoce da doença.¹²

A magnitude da mortalidade por CCU, incluindo os dados sobre o câncer do útero porção não especificada, pode ser influenciada pela imprecisão na identificação da localização do tumor em uma parcela dos casos registrados, porquanto esta classificação dos óbitos, ainda presente no CID-10¹⁴ inclui outros tipos de câncer ginecológico, além do câncer de colo do útero. Mas, há estudo que após a avaliação da declaração de óbito e dos prontuários das pacientes encontraram que 50% dos casos reportados como “câncer do útero em porção não especificada”, correspondiam a câncer de colo do útero.¹⁹ Portanto, há necessidade de melhorar e aprimorar a capacidade de diagnóstico do sistema de saúde; a precisão dos registros de óbitos; e a assistência precoce e contínua para as mulheres, evitando o diagnóstico em etapas avançada da doença. Assim, confirma a importância da ampliação e sustentabilidade dos registros sobre o câncer para possibilitar a melhor compreensão da

evolução da doença, de tal forma que os gestores em saúde possam usar as informações na gestão dos recursos de saúde, realizando adequadamente a prevenção e controle do CCU.

CONCLUSÕES

O câncer de colo do útero, quando detectado precocemente, pode ser controlado, já que as possibilidades de cura dependem do momento do diagnóstico e acesso ao tratamento. A mortalidade observada neste estudo demonstra a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, a realização dos testes diagnósticos, a educação da população e o seguimento adequado da população de risco. As ações de prevenção devem ser orientadas às mulheres de todos os grupos etários, de forma a prevenir a infecção primária por HPV, especialmente em mulheres jovens e posteriormente as reinfecções por HPV em mulheres maiores de 30 anos, idade na qual aumenta as taxas de mortalidade. Além disso, a taxa de mortalidade verificada demonstra que os serviços de saúde necessitam captar e acompanhar as mulheres de risco, orientando-as sobre os exames realizados e as chances de vida que têm mediante o suporte dos serviços. As ações já descritas se constituem em contribuições que a Enfermagem aporta à sociedade e, por conseguinte, aos serviços de saúde. Conclui-se ainda que as taxas de mortalidade observadas, particularmente para o grupo de menores de trinta anos, se constituem indicativo das condições sociais e dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cortes C. El mundo no es una mercancía, las mujeres tampoco. América Latina en Movimiento [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 18 janeiro 2010]:[2 telas]. Disponível em: <<http://alainet.org/active/2647>>.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010 [acesso em 2010 29 out]. Available from: <http://globocan.iarc.fr> .
3. Reina JC, Muñoz N, Sánchez GI. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. Colombia Medica [periódico na Internet]. 2008 abr./jun. [acesso em 18 janeiro 2010];39(2):196-204. Disponível em: <<http://find.galegroup.com/gtx/start.do?prodId=AONE>>.

4. Burchell AN, Winer RL, de Sanjosé S, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/52-61.
5. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/42-51.
6. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 2010 10 fev]. Disponível em: <<http://www1.estado.com.br/redac/manual.html>>.
7. Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Comparing two theories of health behavior: a prospective study of noncompletion of treatment following cervical cancer screening. *Health Psychol*. 2006 Sep;25(5):604-15.
8. Organización Mundial de la Salud. Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cancer cervicouterino. *Temas de salud 2009* [Internet] [acesso em 2009 21 out]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es>.
9. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Cancer Incidence in Five Continents. Volume IX. *IARC Sci Publ*. 2008;(160):1-837.
10. Miller AB. Cancer prevention: a worldwide overview. *Ann Oncol* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2009 10 Ago];15 Suppl 4:iv243. Disponível em: <http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/suppl_4/iv245> .
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas de População – 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
12. Instituto Nacional de Câncer. Fisiopatologia do Câncer. In: A situação do câncer no Brasil [Monografia na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2006. p. 23-45 [acesso em 2010 29 out.]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>>.
13. Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Estatística

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: OMS; 1995.

15. Ministério da Saúde (BR). Informações de Saúde. DATASUS [acesso em: 2010 10 fev]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>.

16. Excel, MO. Parte do produto Microsoft Office Professional Edição 2007 ed: Microsoft Corporation; Copyright ^(C) 1985-2007. SP1 ed; 2007.

17. Alves CMM, Guerra MR, Bastos RR. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet] 2009 Aug [cited 2010 Oct 29];25(8):1693-700. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800005&lng=en>.

18. Donoso SE, Cuello FM, Villarroel L. Reducción de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en Chile, 1990-2003. Rev. chil. obstet. ginecol [revista en la Internet]. 2006 [citado 2010 Oct 29] ;71(5) 307-12. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500003&lng=es> .

19. Mendonca VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev Bras Ginecol Obstet [periódico na Internet]. 2008 May. [acesso em 2010 Oct. 29];30(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500007&lng=en&nrm=iso>.

20. Sepúlveda VP, González CF, Napolitano RC, Roncone DE, Cavada CG. Câncer de cuello uterino: sobrevivida a 3 y 5 años en hospital San José. Rev. chil. obstet. ginecol [revista en la Internet]. 2008 [citado 2010 Oct 29];73(3):151-4. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300003&lng=es>.

21. Zhang WY, Xue YZ, Chen M, Han L, Luo M. Prevalence of high-risk human papillomavirus infection in different cervical lesion among organized health-examination women in Shanghai, China. Chin Med J (Engl) [periódico na Internet]. 2008 Aug 20 [acesso em 2009 Set

30];121(16):1578-82. Disponível em:

<<http://www.cmj.org/Periodical/PDF/200881955141610.pdf>>.

22. Grisales H, Venegas AP, Gaviria AM, Castaño J, Mora MA, Borrero M, et al. Prevalencia de anormalidades de células epiteliales y factores asociados en mujeres de un municipio rural colombiano. *Biomédica [periódico na Internet]*. 2008 [acesso 2009 29 Set.];28(2):271-83.

Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/843/84328212/84328212.html>>

23. Cruz LM, Loureiro, R. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saude Soc [periódico na Internet]*. 2008 [acesso 2009 29 Set.];17(2):120-131. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200012&lng=en&nrm=iso >.

24. Castilaw D, Wittet S. Prevención del cáncer cervical: Oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de las mujeres. *Outlook [periódico na Internet]*. 2007 [acesso em 2009 19 Out.];23(1):[12p]. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/doc/PATH_outlook23_1_web_sp.pdf>.

25. Sankaranarayanan R, Somanathan T, Santos C, Muwonge R, Ngoma T. O desafio de controlar o câncer do colo do útero no mundo em desenvolvimento. In: Coelho FRG, Soares FA, Foch J, Fregnani JH, Zeferino LC, Villa LL, Federido MH, Novaes PE, Costa RL. *Câncer do colo do útero*. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 104-13.

26. Frazer IH. HPV vaccines and the prevention of cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2007 Nov;107(2 Suppl 1):S1.

27. Instituto Nacional de Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. Instituto Nacional de Câncer. 3ª. ed., Rio de Janeiro: INCA; 2008.

28. Angus J, Paszat L, McKeever P, Trebilcock A, Shivji F, Edwards B. Trajetórias para o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama: explorando as relações sociais na demora do diagnóstico. *Texto Contexto Enferm [periódico na Internet]*. 2007 Out-Dez [acesso em 2009 20 set.];16(4):591-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a02v16n4.pdf>> .

29. Franco ES, Hyppólito sb, Franco R, Oriá M, Almeida PC, Pagliuca LM, Freitag Rocha NF. Critérios de positividade para cervicografia

digital: melhorando a sensibilidade do diagnóstico do câncer cervical. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 nov. [acesso em 2009 20 set.];24(11):2653-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100020&lng=en&nrm=iso>.

30. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S, Fayette J-M, Cherian J. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet* [periódico na Internet]. 2007 ago. [acesso em 2009 10 set.];370(9585):398-406. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61195-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61195-7/fulltext)>.

31. Alliance for cervical cancer prevention. 10 Hallazgos y Recomendaciones Esenciales para Programas Eficaces de Tamizaje y Tratamiento del Cáncer Cervicouterino. In: *Prevención del Cáncer Cervicouterino: ficha descriptiva* [Internet]. 2007 [acesso em 2010 14 jan]. Disponível em: <http://www.alliance-cxca.org/espanol/ACCP_recs_2007_factsheet_Spanish.pdf>.

6.3 ARTIGO III - A ENFERMAGEM NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO: REVISÃO SISTEMÁTICA

Artigo a ser submetido a Revista Latino-Americana de enfermagem, conforme Instrução aos Autores (Anexo H).

A enfermagem na detecção precoce do câncer de colo uterino: revisão sistemática

Nursing in the early detection of cervical cancer: systematic review

**La enfermería en la detección precoz del cáncer de cuello de útero:
revisión sistemática**

Maria Angélica Arzuaga-Salazar²¹
Maria de Lourdes de Souza²²

RESUMO: O câncer de colo do útero (CCU) é um problema social que afeta as mulheres, suas famílias e sociedades no contexto mundial. O objetivo é analisar as contribuições da enfermagem para a detecção precoce do CCU. Revisão sistemática com artigos recuperados no ano de 2010 nas bases de dados MEDLINE, Cochrane, CINHAHL e LILACS. Dos 3091 artigos identificados, após leitura de título e resumo foram pré- selecionados 174, os quais tiveram leitura integral, resultando na seleção de 10 artigos. O pessoal de enfermagem em nove pesquisas atuou como participante e em três como pesquisador. O nível de evidência 3B, na classificação Oxford, foi atribuído à maioria dos artigos e somente um obteve nível 4. A enfermagem contribui na realização de exames para detecção precoce do câncer de CCU, apesar do nível de evidência com que foram classificados os artigos.

Descritores: Enfermagem Baseada em Evidências; Neoplasias do Colo

²¹ Enfermeira. Aluna do Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina PEN/UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando do PEN/UFSC. Bolsista do Programa Estudante-Convênio de Pós-Graduação – CAPES - Brasil. Docente da *Facultad de Enfermería da Universidad de Antioquia*, Colômbia. E-mail: marzuaga@tone.udea.edu.co.

²² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública – FSP-USP, Docente do PEN/UFSC, Coordenadora Geral da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), Santa Catarina, Brasil, Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando do PEN/UFSC. E-mail lourdesr@repensul.ufsc.br.

do Útero, Detecção Precoce de Câncer, Cuidados de Enfermagem, Revisão.

ABSTRACT: Cancer of the Cervix (CCU) is a chronic disease that occurs from intra-epithelial changes, hence the need for is early detection. The objective is to analyze the contribution of nursing in the early detection of CCU. Systematic review of recovered articles in year 2010 from the data bases of MEDLINE, Cochrane, CINHAHL and LILACS. From the 3091 articles identified, after reading the title and abstract from 174 preselected articles, which deserve integral reading, resulting in the selection of 10 articles. The nursing staff in nine research act as participant and in three as researchers. The level of evidence 3B, in the Oxford classification, where attributed to many of the articles and they only obtained level 4. Nursing contributes in the realization of exams for the early detection of cancer of CCU, despite the level of evidence that were classified by the articles.

Descriptors: Evidence-Based Nursing; Uterine Cervical Neoplasms, Early Detection of Cancer, Nursing Care, Review.

RESUMEN: El cáncer de cuello de útero (CCU) es una enfermedad crónica que ocurre a partir de cambios intraepiteliales, de ahí la necesidad de la detección precoz. El objetivo es analizar las contribuciones de la enfermería para la detección precoz del CCU. Revisión sistemática con artículos recuperados en el año de 2010 en las bases de datos MEDLINE, Cochrane, CINHAHL y LILACS. De los 3091 artículos identificados, después de lectura del título y resumen fueron preseleccionados 174, los cuales tuvieron lectura integral, resultando en la selección de 10 artículos. El personal de enfermería en nueve investigaciones actuó como participante y en tres como investigador. El nivel de evidencia 3B, en la clasificación Oxford, fue atribuido a la mayoría de los artículos y solamente uno obtuvo nivel 4. La enfermería contribuye en la realización de exámenes para detección precoz del cáncer de CCU, a pesar del nivel de evidencia con el que fueron clasificados los artículos.

Descriptorios: Enfermería Basada en la Evidencia, Neoplasias del Cuello Uterino , Detección Precóz del Cáncer , Atención de Enfermería, Revisión.

INTRODUÇÃO

Doença crônica que ocorre a partir de mudanças intraepiteliais, o câncer do colo de útero tem sua etiologia associada com a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), transmitido principalmente por atividade sexual, com ou sem penetração⁽¹⁾. Outras formas de transmissão ainda não são suficientemente comprovadas⁽²⁾. Dos 40 genótipos que podem infectar a região anogenital, 15 foram qualificados como de alto risco, porque sua presença está associada com risco de câncer cervical⁽³⁾. Os tipos HPV16 e HPV18 desencadeiam cerca de 70% dos casos de câncer cervical⁽²⁾. No desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, o HPV é condição necessária⁽²⁾, embora não seja, por si só, a única causa, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais estão associados outros fatores de risco, relacionados com a aquisição da infecção HPV, como multiplicidade de parceiros sexuais durante a vida sexualmente ativa⁽⁴⁾. Porém, atividade sexual com um parceiro (que tem ou teve várias parceiras sexuais) se associa com infecção por HPV⁽²⁾, e um novo companheiro sexual aumenta 10 vezes o risco de infecção por HPV⁽¹⁾.

O início precoce de atividade sexual constitui um fator de risco para infecção por HPV, pela imaturidade do epitélio do colo de útero e porque a zona escamo-celular encontra-se mais exposta, sendo mais facilmente penetrado pelo vírus⁽⁵⁾. Outros fatores de risco para desenvolver CCU são: primeiro parto em idade precoce (antes dos 18 anos); tabagismo⁽⁶⁾; utilização de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas e coinfeção por agentes infecciosos, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Chlamydia Trachomatis⁽⁷⁾.

O tempo de evolução entre a infecção inicial por HPV e o aparecimento do câncer leva, em média, 20 anos. Por essa característica, a detecção precoce é uma estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e mortalidade⁽⁸⁾, já que a doença é curável quando detectada e diagnosticada precocemente, sob forma de lesão pré-maligna, segundo a classificação do Sistema de Bethesda-2001, quando a lesão encontra-se na fase de Lesão Intraepitelial de Baixo Grau – Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL), correspondendo a displasia leve ou NIC1 (Neoplasia Intraepitelial Cervical) na classificação histopatológica da OMS e de Richart⁽⁹⁾ respectivamente para tumores do colo uterino. As lesões mais avançadas se apresentam sob a forma de Lesão Intraepitelial de Alto Grau – High Grade Squamous Intraepithelial Lesion– (HSIL), segundo a classificação de

Bethesda-2001, que agrupa os diagnósticos de displasia moderada e severa na classificação da OMS ou NIC2 e NIC3 na classificação Richart⁽⁹⁾. As lesões NIC1 são as mais frequentes em infecções clínicas por HPV e em geral revertem espontaneamente em 60% dos casos⁽¹⁰⁾. Apesar disso, os dados coletados em 96 centros oncológicos brasileiros, entre 1995 e 2002, mostraram que 45,5% das pacientes já se encontravam nos estádios III-IV no momento do diagnóstico da neoplasia⁽¹¹⁾.

O quadro epidemiológico sobre o CCU apresenta dados para que o sistema de saúde, em particular a enfermagem, amplie e fortaleça as ações de cuidado com as mulheres, visando, entre outros objetivos, a orientação para detecção precoce do CCU. Isto porque existe tecnologia para fazê-lo, componente fundamental dos programas de detecção precoce e controle do CCU, incluindo diversos recursos, como os humanos, dos quais os profissionais de enfermagem são a sua maioria, e podem contribuir para reverter o quadro apresentado.

A Prática Baseada em Evidências também tem sido denominada Medicina Baseada em Evidências e Atenção Sanitária Baseada em Evidências como termos utilizados com significados muito próximos. A Enfermagem Baseada em Evidências (EBM) deriva desses termos e conceitos e observa as suas características no que concerne a assistência e contribuições da Enfermagem⁽¹²⁾.

A MBE tem sido definida como o processo sistemático de identificação, avaliação e utilização dos melhores achados de pesquisa disponíveis, nos quais profissionais integram as evidências disponíveis às competências clínicas. A MBE é a base para a tomada de decisões clínicas com pessoas objeto de seu cuidado. Além disso, define evidência associada a um critério de maior certeza acerca dos achados e opiniões, sustentados em informações e dados analisados segundo padrões previamente estabelecidos⁽¹³⁾.

Na MBE é aplicado um processo semelhante ao usado na medicina, com quatro etapas sucessivas: a formulação de uma pergunta de pesquisa ou de um problema clínico determinado; a busca das evidências na literatura correspondente; a avaliação crítica das evidências, em relação com sua validade e utilidade em função da pergunta de pesquisa previamente definida; e a implementação, na prática clínica, das evidências encontradas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Pesquisadores da Universidade de Oxford, Reino Unido, admitem cinco enfoques de pesquisa: tratamento, prevenção-etilogia, dano; prognóstico; diagnóstico; diagnóstico diferencial-prevalência de sintomas; análise de decisão e econômica. Independente da classificação

adotada o pesquisador deve identificar e classificar a qualidade de informação e seu nível de evidência⁽¹⁵⁾.

No processo de operacionalização da EBM também são observados critérios para avaliar as pesquisas científicas, de modo a classificar as evidências obtidas, em diferentes níveis ou gradações⁽¹⁴⁾. Na classificação da Universidade de Oxford-2009⁽¹⁵⁾, as pesquisas científicas são sistematizadas em ordem decrescente de importância, ou seja, um trabalho que se encontra no nível de evidência 1 terá maior valor científico do que um que se encontra no nível 5. A classificação é obtida por avaliação dos seguintes componentes: orientação das perguntas em função do enfoque de pesquisa, desenho de pesquisa e relação com a pergunta, comparação com *standard* de referência, tamanho da população e amostragem⁽¹⁵⁾.

A revisão sistemática, adotada como recurso para avaliar níveis de evidência, é um tipo de estudo no qual o pesquisador, com base numa pergunta formulada, busca responder a uma inquietação clínica ou hipótese sobre uma intervenção clínica⁽¹⁶⁾, seguido da análise dos estudos primários que contenham uma declaração explícita de objetivos, materiais e métodos, os quais são avaliados para auxiliar na explicação da questão formulada⁽¹⁷⁾.

Com base nesse contexto do CCU, foi definida a seguinte questão norteadora para direcionar esta revisão sistemática: Quais as contribuições da enfermagem para a detecção precoce do câncer de colo uterino? Mediante isto, foi definido também o objetivo, visando a demonstrar as contribuições da enfermagem na realização de testes para a detecção precoce de câncer de colo uterino.

METODOLOGIA

Revisão sistemática de literatura sem recorte temporal, de todos os artigos derivados de estudos acerca de intervenções de enfermagem de caráter clínico, relacionadas com a detecção precoce do CCU, identificados no mesmo período de consulta das bases de dados.

Para esta revisão sistemática foram incluídos os artigos provenientes de estudos que reportassem os seguintes componentes P: população; I: intervenção; O: *outcome* (desfecho)⁽¹⁸⁾; foi suprimido o componente C: comparação, porque o interesse da revisão sistemática não incluía a comparação das intervenções. A descrição dos aspectos considerados em cada um dos componentes foi realizada anteriormente nos critérios de inclusão da revisão sistemática.

Foram analisadas publicações indexadas nas bases de dados: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*),

produzida pela NLM (National Library of Medicine, USA); LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Biblioteca Cochrane, da Colaboração Cochrane, e na base de dados CINHAHL (*Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), disponível na interface do grupo EBSCOhost®. As buscas foram realizadas por estratégia de busca elaborada a partir dos descritores relacionados com os componentes PICO incluídos na presente revisão sistemática e por busca livre com descritores. Os descritores MESH E DESH utilizados foram: “*Uterine Cervical Neoplasms*”, “*Early Detection of Cancer*”, “*Prevalence*”, “*Nursing Care*”, “*Vaginal smears*”, “*Early Detection*” e “*Diagnostic technology*”.

Com base nos artigos incluídos na revisão sistemática por localização primária de artigos por estratégia de busca, foram também realizadas buscas de artigos por estratégias secundárias, ou seja, por referências cruzadas e artigos relacionados.

Foram incluídos artigos de pesquisas concluídas de estudos transversais, estudos de base populacional e estudos de caso controle. Para estes últimos foram considerados somente os resultados das prevalências correspondentes aos controles. Foram selecionados os artigos que incluíssem membros da equipe de enfermagem como pesquisadores ou participantes, desde agentes de saúde até pessoal com pós-graduação em enfermagem.

A população do estudo foi definida como mulheres sem limite de idade, com intervenções orientadas para a detecção precoce do CCU que incluíssem como intervenção a Citologia convencional, Citologia em meio líquido ou Citologia de base líquida (LBC); Métodos de inspeção ocular do colo uterino, como Inspeção Visual Direta com Ácido Acético (IVA) ou Inspeção Visual Direta com Lugol Iodado (VILI); e Testes de HPV, excetuando aqueles nos quais as amostras foram autocoletadas. Poderiam ser acompanhadas ou não de questionários para identificar fatores de risco associados a CCU e ou outros tipos de exames para identificar doenças sexualmente transmissíveis, sempre e quando “detectar a prevalência de lesões de colo uterino e/ou HPV” fosse o objetivo principal da pesquisa, e que, em consequência, apresentassem os resultados descritos e cumprissem os demais critérios determinados para a presente revisão sistemática.

Os resultados definidos foram proporções de resultados dos testes, utilizando a descrição de resultados de citologia convencional normal ou anormal ou alguma das seguintes: classificação citológica de Papanicolaou-1943⁽¹⁹⁾, classificação de Bethesda-2001⁽²⁰⁾ e as

classificações histológicas de neoplasia intraepitelial cervical – CIN ou de Richart-1973⁽⁹⁾ e da WHO-2003⁽²¹⁾; e finalmente para os estudos que realizaram detecção de HPV, os resultados foram considerados como frequência de infecção por HPV, seja de baixo ou de alto risco, e a especificação do tipo de vírus infectante. Na revisão sistemática não foram incluídos resultados das pesquisas sobre sensibilidade e especificidade das provas de detecção precoce.

Foram excluídos artigos de reflexão, capítulos de livros diferentes de resultados de pesquisas, guias práticos, resenhas, estudos de casos, estudos ecológicos, estudos quase-experimentais, estudos de coorte, artigos correspondentes a pesquisas não concluídas ou protocolos, artigos fundamentados em opinião de expertos, revisões sem metodologia clara ou de possível replicação; estudos em populações não humanas; mulheres em estado crítico de saúde, mulheres com diagnóstico prévio de câncer de colo uterino ou lesão intraepitelial cervical de alto grau (neoplasia intraepitelial cervical grau 2/3, NIC 2/3, lesão intraepitelial de alto grau – HSIL ou carcinoma invasor, mulheres que no momento do estudo se encontrassem em acompanhamento por diagnóstico de CCU, mulheres histerectomizadas, mulheres em tratamento de crioterapia, radioterapia e quimioterapia para CCU ou qualquer outro tipo de câncer; e mulheres em regime de internação hospitalar ou domiciliar. Foram também excluídos os artigos que incluíssem nos estudos coleta de espécimes para estudos anatomopatológicos por biópsia como estratégia de detecção precoce de lesões de colo uterino.

Para avaliar os artigos foram adotados: a escala Jadad-1996, a determinação de sigilo da alocação⁽²²⁾ e o instrumento STROBE-2004 (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*)⁽²³⁾.

A escala de Jadad (1996) é constituída pelos seguintes tópicos: randomização; cegamento; perdas e exclusões. Sua pontuação total varia de 0 a 5 pontos, e um estudo é considerado com boa qualidade quando recebe 3 pontos ou mais, e de qualidade pobre quando a pontuação total é igual ou inferior a dois.

O instrumento para determinar o sigilo da alocação resulta na classificação em cinco categorias, começando com a categoria A, que corresponde à determinação de sigilo adequadamente relatado, até a categoria D, quando os estudos não são aleatórios⁽²²⁾.

A declaração STROBE-2004⁽²³⁾ é instrumento para avaliar publicações de estudos epidemiológicos longitudinais ou de controle, estudos de casos e controle e estudos transversais ou de prevalência. O

instrumento compõe-se de 22 critérios relacionados com os itens do corpo do artigo; 18 itens são comuns aos três desenhos de estudo já mencionados e quatro itens são específicos para cada tipo de estudo.

Nesta pesquisa adota-se o pressuposto de que é ético pesquisar⁽²⁴⁾, porque contribui para o corpo de conhecimento da enfermagem como disciplina e esta contribui para o bem-estar social e humano. Além disso, subsidia o acervo acadêmico e as práticas de outras disciplinas na área da saúde e das ciências humanas e sociais, bem como para o planejamento de políticas públicas e dos serviços de saúde.

RESULTADOS

Foram identificados 3091 artigos, sendo 379 da base MEDLINE, 1611 da LILACS, 24 da Cochrane e 1077 da CINHAHL. Após a leitura do título e resumo dos artigos identificados, foram pré-selecionados 174 e destes selecionados 10 artigos, sendo 4 por localização primária e 6 por localização secundária; destes últimos, 2 artigos por referência cruzada e 4 por artigos relacionados.

Na Tabela 1 são apresentados os dados acerca dos artigos incluídos nesta revisão sistemática. Dos 10 artigos selecionados, nove foram localizados em MEDLINE e um artigo em LILACS. Oito artigos publicados em inglês e dois em português. Quanto ao desenho do estudo, sete artigos foram de estudos transversais, um estudo descritivo retrospectivo, um estudo de base populacional e um estudo de coorte prospectiva. A maioria das pesquisas incluídas nesta revisão foi realizada no Continente Latino-Americano e Norte-Americano. Dois estudos foram multicêntricos nacionais e oito nacionais.

Tabela 1

A população dos estudos variou de 194 a 8.582 mulheres, com idades compreendidas entre 10 e 94 anos.

Em seis artigos a amostragem foi aleatória, sendo três estratificadas e três não descritas; em quatro, as mulheres foram captadas por demanda espontânea das unidades de saúde.

Os tipos de testes de detecção precoce utilizados foram citologia convencional, ADN HPV, citologia de base líquida, test IVA, especuloscopia maximizada e com questionário para caracterização social e demográfica das mulheres e identificação de fatores de risco para lesões de câncer de colo uterino. A somatória das provas supera o número de artigos, porquanto sete estudos utilizam mais de uma prova, sendo estas aplicadas paralelamente, conforme dados apresentados na

Tabela 1.

Foi observado também que nove estudos (90%) apresentam resultados como proporção de lesões intraepiteliais de colo uterino; todos eles utilizam a classificação Bethesda, sendo que dois utilizam mais de uma classificação: WHO-2003⁽²¹⁾ e Richard -1973⁽⁹⁾; cinco estudos reportam positividade para HPV, três estudos reportam HPV de alto e baixo grau e cinco estudos tipificam HPV; o estudo que utiliza a prova IVA reporta presença de lesões brancas e adicionalmente três estudos reportam caracterização epidemiológica das mulheres.

Sete artigos reportam participação de pessoal de enfermagem nas pesquisas; desses, numa pesquisa agentes de saúde atuaram na aplicação de questionários e enfermeiras na coleta das amostras; numa pesquisa participaram auxiliares de enfermagem na coleta de amostras e em cinco pesquisas participaram enfermeiras, tanto na coleta de amostras como na aplicação de questionários. Em duas pesquisas os profissionais de enfermagem atuaram tanto como pesquisador como na coleta de amostras, e somente uma pesquisa contou com um profissional de graduação de enfermagem como pesquisador. Nenhum dos artigos reportou a participação de pessoal pós-graduado em enfermagem.

O registro dos profissionais de enfermagem como pesquisadores aparece na nota de rodapé dos nomes dos autores, e a participação na pesquisa aparece no item que descreve o método de pesquisa. Quatro artigos não registram palavras-chave na publicação: Ferreccio et al. (2004)⁽²⁵⁾, Herrero et al. (2000)⁽¹⁸⁾, Bauer et al (1993)⁽³⁰⁾ e Hamlin et al. (2008)⁽³³⁾. Dos seis artigos que incluem palavras-chave, somente o artigo de Leitão et al (2008)⁽²⁸⁾ inclui o descritor “enfermagem”.

Com relação à avaliação de qualidade dos artigos pelo instrumento STROBE, a pontuação média atribuída para todos os artigos foi 16.06 pontos. Na avaliação da escala Jadad (1996)⁽³⁵⁾, em seis estudos foi realizada randomização, dos quais os estudos Ferreccio et al. (2004)⁽²⁵⁾, Shin et al. (2003)⁽²⁶⁾, Herrero et al. (2000)⁽²⁹⁾ e Girianelli et al. (2010)⁽³¹⁾ explicam as perdas ou exclusões. Dos seis estudos nos quais os autores expressam randomização, somente o estudo de Ferreccio et al. (2004)⁽²⁵⁾ explica que o processo de alocação foi eleger mulheres que cumprissem os requisitos de inclusão a cada cinco casas, não substituindo as amostras quando na casa visitada não encontravam mulheres que cumprissem os requisitos para participar no estudo.

A respeito do nível de evidência na classificação de Oxford-2009⁽¹⁵⁾, nove estudos foram classificados em nível 3B e um estudo em

nível 4.

DISCUSSÃO

Dos dados obtidos na revisão sistemática é possível identificar que foi relatada a participação de pessoal de enfermagem em 90% dos estudos, os quais atuaram na coleta de amostras ou aplicação de questionários; somente em 30% das pesquisas participaram profissionais de enfermagem na condição de pesquisador. Na maioria dos artigos pré-selecionados, a identificação dos autores foi registrada por filiação institucional sem citar a área de formação do profissional. Esse fato determinou a exclusão de artigos, pois um dos critérios de inclusão era a identificação de pessoal de enfermagem como participante ou pesquisador.

Cumprе salientar que os três artigos selecionados nos quais os profissionais de enfermagem atuaram como pesquisadores são: Boselli et al. (2000)⁽²⁷⁾ e Bauer et al. (1993)⁽³⁰⁾, nos quais foram identificados os profissionais de enfermagem em cada pesquisa, com nota de rodapé detalhando os dados de identificação dos autores, mas sem mencionar graus de titulação acadêmica. O artigo de Leitão et al (2008) é o que identifica de maneira mais completa os profissionais de enfermagem, registrando graduação, pós-graduação e filiação institucional⁽²⁸⁾.

A atuação em pesquisa clínica é uma opção para a enfermagem, pois se constitui em uma estratégia para o desenvolvimento disciplinar. Além disso, é fundamental sua participação e identificação para demonstrar as contribuições da enfermagem no contexto do desenvolvimento científico, principalmente dessa área⁽³⁶⁾.

É importante reconhecer que na Enfermagem é crescente o volume de artigos nas bases de dados, mas seus profissionais precisam saber produzir informações para as decisões clínicas da enfermagem, a partir da leitura e interpretação dos textos para, assim, adotar as melhores evidências na prática profissional⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Convém ressaltar que devem ser adotadas estratégias para estimular a produção e utilização de evidências em Enfermagem, entre as quais se destacam ações para fortalecer a participação de seus profissionais em pesquisa clínica e estimular a leitura e a aplicação de evidências científicas. É preciso também estimular os alunos de graduação para aprender a consultar base de dados e a formular perguntas e planos de pesquisa relacionados com a prática clínica. Além disso, é importante que eles participem da realização de pesquisas clínicas, da comunicação dos resultados em periódicos científicos e em eventos acadêmicos e a aplicar ou adaptar resultados na prática

profissional, para assim a Enfermagem justificar suas ações com base em evidências e reduzir a subalternidade dialógica no campo clínico⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Nos artigos selecionados foram identificadas lacunas acerca dos procedimentos nos desenhos do estudo, o que se reflete na pontuação obtida pelos artigos na escala Jadad-1996⁽³⁵⁾. Assim, na classificação do sigilo da alocação, a maioria dos autores, cerca de 60% dos artigos, relatam a realização de randomização, mas somente em 50% deles os pesquisadores descrevem o processo de sequência de randomização. A falta de dados nos artigos se reflete, também, na pontuação do instrumento STROBE-2004⁽²³⁾, pois somente dois artigos (20% do total estudado) superam os vinte pontos. Os revisores e editores das revistas de enfermagem aumentam os níveis de exigência na qualidade dos manuscritos⁽⁴¹⁾, pelo próprio processo de desenvolvimento científico do qual a enfermagem faz parte⁽⁴¹⁾, além da tendência nas pesquisas de Enfermagem de direcioná-las para fases de explicação, predição e controle dos fenômenos, em busca de fortes evidências científicas para fundamentar as ações de cuidado⁽⁴²⁾.

Estas e outras razões requerem a utilização de questionários, como a Declaração de Strobe-2004⁽²¹⁾ e as listas de verificação publicadas pelos periódicos que constituem guias para os autores nos momentos de preparação dos manuscritos e para os revisores e editores dos periódicos quando avaliam esses artigos.

Não foram incluídos nesta revisão sistemática os artigos nos quais os autores relatassem a realização de biópsia como estratégia de detecção precoce, prova que consiste na remoção e avaliação patológica de amostras, na forma de pequenos fragmentos de tecido do corpo vivo. (DeCS). É conhecida como prova ouro para o diagnóstico histológico de lesões pré-malignas ou malignas de colo uterino. A razão da exclusão se fundamenta em que esse tipo de prova é de domínio da medicina e não da enfermagem, ainda que muitas vezes nele participem profissionais de enfermagem, por delegação de funções, dependendo do grau de desenvolvimento do país.

CONCLUSÕES

A maioria dos estudos foi classificada em baixo nível de evidências, ou seja, o desenho adotado em pesquisa de tipo descritivo obteve o nível de evidência 3B na classificação Oxford-2009⁽¹⁵⁾; somente um estudo, com desenho de estudo de coorte, foi nível 4.

As lacunas em procedimentos metodológicos comprometeram a pontuação quando aplicada a Jadad-1996⁽³⁵⁾ e também a pontuação pós-

aplicação do instrumento Strobe-2004⁽²³⁾. Isso quer dizer que os profissionais de enfermagem devem comunicar por escrito os seus registros metodológicos, levando em conta os requerimentos do desenho do próprio estudo. Além disso, deve ser construída uma adequada informação, de modo a não comprometer a análise do estudo, impedindo a publicação e/ou seu reconhecimento no contexto de sua contribuição científica. Isto reflete a necessidade de ampliar a formação de pessoal de enfermagem para planejamento e execução adequados de delineamento de pesquisas. O manejo adequado de método, técnicas e procedimentos conferem maior reconhecimento às Contribuições de Enfermagem.

Apesar dos níveis de evidência 3B e 4, há contribuição de Enfermagem na realização de testes para detecção precoce do câncer de CCU, pelo nível de domínio metodológico apresentado nos artigos incluídos e analisados nesta revisão sistemática, pois o pessoal de Enfermagem participou em todo o processo de pesquisa clínica: planejamento das pesquisas, identificação e acolhimento das mulheres a participarem das pesquisas, aplicação de questionários e identificação de fatores de risco, coleta de material para os testes e educação realizada com as mulheres.

REFERENCIAS

- 1 Moscicki AB. Impact of HPV infection in adolescent populations. *J Adolesc Health*. 2005; 37:3-9.
- 2 Reina JC, Muñoz N, Sánchez GI. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. *Colombia Medica* [periódico na Internet]. 2008. [acesso em 18 janeiro 2010]. 39(2):196-204. Disponível em:<http://find.galegroup.com/gtx/start.do?prodId=AONE>.
- 3 Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S, Herrero R, Castellsague X, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003; 348: 518-27.
- 4 Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S3/42-51.
- 5 United Nations Population Fund. Prevención del cáncer cervical: Oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de las mujeres. Outlook. [periódico na internet] 2007. [acesso em 19 out 2009]. 23(1). Disponível em:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300003&lng=es&nrm=iso.

6 Burchell AN, Winer RL, de Sanjosé S, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/52-61.

8 Organización Mundial de la Salud [site de internet]. Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cancer cervicouterino. *Temas de salud* 2009 [acesso em 21 out 2009].

Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es

9 Richart RM. Cervical intraepithelial neoplasia: A review. In: Sommers SC, Rosen PP, editors. *Malignant Lymphomas: A Pathology Annual Monograph*. East Norwalk: Prentice-Hall; 1973. p. 301–328.

10 Wood D. Chapter 22: Assuring the quality, safety and efficacy of HPV vaccines: The scientific basis of regulatory expectations pre- and post-licensure. *Vaccine*. 2006; 24(Suppl. 3):187-192.

11 Thuler LCS, Mendonca GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [internet] 2005 [acesso em: 21 fev 2010]; 27(11)

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001100004&lng=en&nrm=iso.

12 Lima DVM. Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente adulto internado em estado crítico: evidências pela revisão sistemática de literatura [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.

13 Drummond JP. O que é Medicina Baseada em Evidências? In: Drummond JP, Silva E, Coutinho M, organizadores. *Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 1-24.

14 Soares de Oliveira Garcia B. Prática de enfermagem baseada em evidências. In: Bork AM, Minatel V F, organizadores. *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 3-13.

15 Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B et al.

- Levels of Evidence (March 2009). University of Oxford Centre for Evidence Based Medicine [internet]. 2009 [acesso em: 30 mai 2010]. Disponível em: <http://www.cebm.net>
- 16 Darlenski RB, Neykiv NV, Vlahov VD, Tsankov NK. Evidence-based medicine: Facts and controversies. *Clinics in Dermatology* [internet]. 2010;28(5):553-557 [acesso em: 30 out 2010]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T5G-50VN3CN-K/2/ed8b82363c5b12aee09b07478f1c3161>.
- 17 Greenhalgh T. How to read a paper: getting your bearings (deciding what the paper is about) *BMJ* [internet]. 1997; 315: 243 [acesso em: 30 out 2010]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/315/7102/243.full?sid=0fbb46bf-f775-48e3-bbbb-3a4042cf60ee>.
- 18 Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2007; 15(3):508-511.
- 19 Traut HF, Papanicolaou GN. Cancer of the Uterus: The Vaginal Smear in Its Diagnosis. *Cal West Med.* [internet]. 1943; 59(2):121-122 [acesso em: 30 out 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1780413/pdf/calwestmed00498-0018.pdf>
- 20 Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* [internet]. 2002; 287:2114-9 [acesso em: 26 out 2008]. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/287/16/2114.long>.
- 21 Tavassoli FA, Stratton MR editor(s). *Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs*. Lyon: IARC Press; 2003.
- 22 Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5* [internet] [acesso em: 15 out 2010]. Disponível em: <http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm>
- 23 Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J*

Clin Epidemiol. [internet] 2008 Apr;61(4):344-9 [acesso em: 14 jun 2010]. Disponível em:
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0895-4356/PIIS0895435607004362.pdf>.

24 Sánchez MA. Ética en la investigación en enfermería. In: Prado ML, Souza ML, Carraro TE. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 69-86.

25 Ferreccio C, Prado RB, Luzoro AV, Ampuero SL, Snijders PJ, Meijer CJ, et al. Population-based prevalence and age distribution of human papillomavirus among women in Santiago, Chile. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* [Internet]. 2004Dec;13(12):2271-6 [acesso em: 26 out 2010]. Disponível em:
<http://wjn.sagepub.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=21078915>.

26 Shin HR, Lee DH, Herrero R, Smith JS, Vaccarella S, Hong SH, et al. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Busan, South Korea. *Int J Cancer.* [internet] 2003 Jan 20;103(3):413-21 [acesso em: 30 nov 2010] Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.10825/pdf>

27 Boselli F, De Martis S, Rivasi F, Toni A, Abbiati R, Chiossi G. The Italian experience of a Pap test and speculscopy based screening programme. *J Med Screen.* [internet] 2000; 7: 160-162 [acesso em: 23 nov 2010]. Disponível em:
<http://jms.rsmjournals.com/cgi/reprint/7/3/160>.

28 Leitão NMA, Pinheiro AKB, Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Nobre RNS. Avaliação dos laudos citopatológicos de mulheres atendidas em um serviço de enfermagem ginecológica. *REME Rev. Min. Enferm.* [internet]. 2008; 12(4):508-515.

29 Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman ME, Hutchinson M, Morales J et al. Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. *J Natl Cancer Inst.* 2000 Mar 15;92(6):464-74.

30 Bauer HM, Hildesheim A, Schiffman MH, Glass AG, Rush BB, Scott DR et al. Determinants of genital human papillomavirus infection in low-risk women in Portland, Oregon. *Sex Transm Dis.* 1993 Sep-Oct;20(5):274-8.

31 Girianelli VR, Thuler LCS, Silva GA. Prevalência de HPV em

mulheres assistidas pela estratégia saúde da família na Baixa Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2010 Jan; 32(1): 39-46.

32 Lippman SA, Sucupira MC, Jones HE, Luppi CG, Palefsky J, Van de Wiggert JH, et al. Prevalence, distribution and correlates of endocervical human papillomavirus types in Brazilian women. *Int J STD AIDS.* 2010 Feb;21(2):105-9.

33 Hamlin-Douglas LK, Coullée F, Roger M, Franco EL, Brassard . Prevalence and age distribution of human papillomavirus infection in a population of Inuit women in Nunavik, Quebec. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17(11):3141-9.

34 Thomas JO, Herrero R, Omigbodun AA, Ojemakinde K, Ajayi IO, Fawole A et al. Prevalence of papillomavirus infection in women in Ibadan, Nigeria: a population-based study. *Br J Cancer.* 2004 Feb 9;90(3):638-45.

35 Jadad AR, Moore A, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds Jm, Gavaghan DJ et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clin Trial* 1996; 17: -12.

36 Aguiar DF, Camacho KGo. O cotidiano do enfermeiro em pesquisa clínica: um relato de experiência. *Rev. esc. enferm. USP.* 2010; 44(2): 526-530.

37 Urra ME, Barría Pailaquilén RM. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2010; 18(4):824-831.

38 Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saude soc.*2008; 17(2): 120-131.

39 Burke LE, Schlenk EA, Sereika SM, Cohen SM, Happ MB, Dorman JS. Developing research competence to support evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing.* 2005; 21(6), 358-363.

40 Hamilton J. Teaching research to graduate nursing students: a strategy using clinically based research projects. *Nurs Forum.* 2010 Oct-Dec;45(4):260-5.

41 Dougherty MC, Freda MC, Kearney MH, Baggs JG, Broome M. Online Survey of Nursing Journal Peer Reviewers: Indicators of Quality

in Manuscripts. *West J Nurs Res* West J Nurs Res. [internet] 2010;. [acesso em: 05 dez 2010]. Disponível em:
[http://wjn.sagepub.com/content/early/2010/11/13/0193945910385715.lo
ng](http://wjn.sagepub.com/content/early/2010/11/13/0193945910385715.long)

42 Zanetti ML. A busca da excelência na disseminação do conhecimento produzido pela Enfermagem brasileira. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2010; 18(2): 147-148.

Tabela 1. Descrição e avaliação de qualidade dos estudos incluídos.

Estudo	País	Delineamento	n	Intervenção	Resultados	Pessoal de Enfermagem	Siglo da alocação	Pontuação Escala Jadad	Pontuação de qualidade do artigo	Nível de evidência
Ferreccio et al. (2004) ⁽²⁵⁾	Chile	Transversal	1038	Citologia convencional, ADN HPV, questionário.	Prevalência de lesões de colo uterino e positividade HPV	Participante	C	3	20.25	3B
Shin et al. (2003) ⁽²⁶⁾	Coreia do Sul	Estudo de base populacional	863	Citologia convencional, ADN HPV e prova de Elisa para HPV (HPV VLP ELISA), questionário.	Prevalência de lesões de colo uterino, tipificação de HPV	Participante	C	3	21.75	3B
Boselli et al. (2000) ⁽²⁷⁾	Itália	Transversal	1000	Citologia convencional, especuloscopia maximizada.	Prevalência de lesões de colo uterino, perfil epidemiológico.	Pesquisador-Participante	D	0	14.66	3B
Leitão et al. (2008) ⁽²⁸⁾	Brasil	Descritivo retrospectivo	194	Citologia convencional.	Prevalência de lesões de colo uterino, Perfil epidemiológico, fatores de risco.	Pesquisador-Participante	D	0	15.5	4
Herrero et al. (2000) ⁽²⁹⁾	Costa Rica	Transversal	8582	Citologia convencional e ADN HPV	Prevalência de lesões de colo uterino e HPV, tipificação HPV	Participante	C	3	18.16	3B
Bauer et al. (1993) ⁽³⁰⁾	EEUU	Transversal	463	ADN HPV	Prevalência HPV, perfil epidemiológico e fatores de risco para HPV.	Pesquisador	C	1	18.66	3B
Giranielli et al. (2010) ⁽³¹⁾	Brasil	Transversal	2056	Citologia convencional, Citologia de base líquida, ADN HPV, questionário.	Prevalência de lesões de colo uterino, prevalência HPV de alto e baixo risco.	Participante	C	2	17.91	3B
Lippman et al. (2010) ⁽³²⁾	Brasil	Transversal	386	Citologia de base líquida, ADN HPV	Prevalência de lesões de colo uterino, prevalência HPV, tipificação alto e baixo risco HPV, tipificação HPV, perfil epidemiológico.	Participante	C	1	17.91	3B
Hamlin et al. (2008) ⁽³³⁾	Canadá	Coorte prospectiva	554	Citologia convencional, HPV, questionário, mamografia	Prevalência de lesões de colo uterino, prevalência HPV, tipificação HPV.	Participante	D	0	18.41	3B
Thomas et al. (2004) ⁽³⁴⁾	Nigéria	Transversal	932	Citologia convencional, IVA, ADN HPV, Anticorpos IgG para Herpes simples-2 (HSV-2)	Prevalência de lesões e HPV de alto e baixo risco, tipificação HPV.	Participante	D	0	18.0	3B

COMENTÁRIOS GERAIS

Problema de saúde pública em todo o mundo, o câncer de colo uterino afeta as mulheres e abala sua saúde e sua qualidade de vida, com consequências negativas na participação feminina no contexto familiar e social, podendo culminar com a morte.

A análise dos registros mundiais de Incidência e Mortalidade sistematizados em Globocan-2008 confirma que existem diferenças na magnitude de como a doença afeta as mulheres do mundo e confirma a suspeita de que o CCU é o tipo de câncer que mais reflete as desigualdades sociais.

No Estado de Santa Catarina as mulheres também vivem a problemática do CCU. A taxa de mortalidade catarinense nos anos 2000 a 2009 constitui um exemplo de situação que afeta milhares de mulheres em outros contextos em todo o mundo. Na análise da série histórica de mortalidade por CCU em Santa Catarina, as taxas mais altas de mortalidade são em mulheres a partir dos 30 anos de idade. Estudos apontam que esse quadro se relaciona com o fato de que as adolescentes se expõem ao HPV e podem apresentar Lesão Intraepitelial de Baixo Grau e ainda Lesão Intraepileal de Alto Grau, mas alta porcentagem delas só detecta o CCU na vida adulta, quando já se encontram com Lesão Intraepitelial de Alto Grau ou mesmo com manifestação do CCU (REINA; MUÑOZ; SÁNCHEZ, 2008; ZHANG et al., 2008, GRISALES *et al.*, 2008). Por outro lado, muitas mulheres desconhecem a utilidade da citologia e nunca chegam à detecção precoce. Por isso as mulheres são diagnosticadas com CCU majoritariamente a partir dos 20 anos, aumentando a incidência à medida que aumenta a idade, como foi evidenciado na análise da mortalidade por CCU em Santa Catarina (GRISALES *et al.*, 2008; DAVIM *et al.*, 2005).

Na revisão sistemática foi encontrado em nove pesquisas que o pessoal de Enfermagem atuou como participante e em três como pesquisador. O nível de evidência 3B na classificação Oxford foi atribuído à maioria dos artigos e somente um obteve nível 4, confirmando a tese de que há contribuição de Enfermagem na realização de exames para detecção precoce do câncer de CCU, apesar do nível de evidência com que foram classificados os artigos.

Os achados ratificam ser imperativo que os serviços de saúde capturem e acompanhem mulheres em risco, orientando-as sobre a prevenção dos fatores de risco, sobre os exames existentes e as chances de vida que têm com o suporte desses serviços de saúde.

O pessoal de enfermagem tem uma responsabilidade social com as mulheres, as famílias e as sociedades no que diz respeito à prevenção de CCU. Cada integrante da equipe de enfermagem tem, no contexto específico de seu trabalho, a oportunidade e o dever social e ético de desenvolver ações orientadas para a detecção precoce da doença, pois é a porta de entrada para outros serviços de saúde que, no seu conjunto, tornam o CCU prevenível. Entre essas ações se incluem a orientação ao indivíduo, grupos da comunidade, inclusive parceiros ou parceiras sexuais, sobre a prevenção dos fatores de risco, sobre a importância de proteger-se do contágio de HPV, a explicação sobre as opções de vacinação existentes, dos tipos de exames para a detecção precoce e para o diagnóstico clínico, em caso de identificar algum tipo de alteração celular. Além disso, o pessoal de Enfermagem tem a possibilidade de participar nas ações de promoção da saúde e prevenção da doença nos diferentes níveis de complexidade, incluindo a coleta de exames de detecção precoce, podendo estabelecer uma relação terapêutica com a mulher, ser responsável por comunicar o resultado dos exames de detecção precoce e orientar sobre os procedimentos necessários para acessar outros serviços de diagnóstico e tratamento precoce.

O pessoal de Enfermagem trabalha nos programas de saúde orientada para mulheres de todas as idades, incluindo as mais idosas, pois como foi observado no artigo sobre a mortalidade no Estado de Santa Catarina, as mulheres de oitenta anos e mais apresentaram a taxa de mortalidade mais alta entre todos os grupos etários (20,5 por 100.000 mulheres). De igual forma, a Enfermagem pode enfatizar a educação de mulheres jovens, para que elas conheçam o risco de infecção com HPV e de câncer de colo uterino, e também as mais idosas, considerando que é nesses grupos etários que predominam as taxas de mortalidade por câncer de colo uterino.

O ideal seria que todas as mulheres tivessem resultado normal. No entanto, se uma mulher apresenta alguma alteração celular, o melhor é que essa lesão seja detectada precocemente e que de imediato ela possa acessar os demais serviços orientados para diagnóstico e tratamento precoce.

O pessoal de Enfermagem tem uma responsabilidade social que inclui sua participação em pesquisas científicas bem planejadas e que alcance bom nível de evidência, de tal forma que, com os resultados e a incorporação das evidências na prática profissional, contribuam para prevenir e controlar essa doença de maneira mais abrangente.

É sabido que da detecção precoce do câncer de colo uterino depende a vida e a qualidade de vida das mulheres e a estabilidade das

famílias, o que contribui para a conservar as melhores condições das sociedades.

No seu cotidiano do trabalho e até o contexto político, a enfermagem tem muito a fazer para promover a saúde e trabalhar na prevenção do CCU, desde o trabalho individual do pessoal de Enfermagem até no coletivo como categoria, sob o ponto de vista de organização da Enfermagem para promover melhores condições sociais para a população.

As universidades têm a responsabilidade de incluir na formação dos profissionais de enfermagem os conteúdos necessários e suficientes para que eles possam assumir suas responsabilidades no que diz respeito a sua participação nos programas de prevenção e controle do CCU. De igual forma, como categoria a Enfermagem tem a responsabilidade de participar na formulação, aplicação e avaliação das políticas públicas relacionadas com a prevenção e com o controle da doença.

Reduzir o impacto da doença sobre as mulheres, suas famílias e as sociedades demanda modificar o quadro das desigualdades sociais com adoção de estratégias intersetoriais que também facilitem o acesso aos serviços de saúde. O cuidado de enfermagem é uma estratégia para cumprir a responsabilidade social com as mulheres, as famílias e as sociedades. E contribuir na detecção precoce do CCU e na qualidade de vida de milhares de mulheres é apenas um ponto dessa estratégia.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, P. et al. Factors associated with Mexican women's familiarity with the purpose of the pap test. **Bull of the Pan American Health Organization**, v. 30, n. 4, p. 348-53, 1996. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/BUL/ev30n4p348.pdf>> Acesso em: 10 novembro 2007

ALIANZA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO. **Relatos de mujeres, vidas de mujeres: Experiencias con el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino**. Seattle: ACCP, 2004. Disponível em: <http://www.path.org/files/RH_accp_wswl_sp.pdf >. Acesso em: 19 novembro 2009.

ALLIANCE FOR CERVICAL CANCER PREVENTION. 10 Hallazgos y Recomendaciones Esenciales para Programas Eficaces de Tamizaje y Tratamiento del Cáncer Cervicouterino. In: _____. **Prevención del Cáncer Cervicouterino: ficha descriptiva**. 2007. Disponível em: <http://www.alliance-cxca.org/espanol/ACCP_recs_2007_factsheet_Spanish.pdf>. Acesso em: 14 janeiro 2010

ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

ALMEIDA FILHO, N.; MEDRONHO, R. D. A. Formação Histórica da Epidemiologia In: MEDRONHO, Roberto A. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo (SP): Atheneu, 2009. xxiii,685p.

ALMEIDA FILHO, N.; COUTINHO, D. Atualizando o conceito de risco: de indicador de causalidade a sobredeterminante da complexidade em saúde. In: MEDRONHO, Roberto A. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo (SP): Atheneu, 2009. 685p.

ALVES, C. M. M.; GUERRA, M. R.; BASTOS, R. R. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso m: 17 fevereiro 2010.

ANTTILA, A.; PUKKALA, E., SÖDERMAN, B. et al. Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963-1995: recent increased in cervical cancer incidence. **Int J Cancer**, n. 83, p. 59-65, 1999.

ARBYN, M.; GEYS, H. Trends of cervical cancer mortality in Belgium (1954-1994): tentative solution for the certification problem of unspecified uterine cancer. **Int J Câncer**, n. 102, p. 649-54, 2002.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 268p.

ATALLAH, A. N. Medical controversies and systematic reviews: the heat and the light. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 115, n. 2, Abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31801997000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 junho 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BEAGLEHOLE, R; BONITA, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. 2. ed. atual. São Paulo (SP): Santos, 2003. 175p.

BEGHINI, A. B. et al. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 637-644, dez. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 novembro 2007.

BORK, A. M. T.; MINATEL, V. F. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 365p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 fevereiro 2010

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa**

2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: MS, 2009.
Disponível em: <<http://www1.estado.com.br/redac/manual.html>>.
Acesso em: 10 fevereiro 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Vigilância do Câncer e fatores de risco. Notas Técnicas. In: _____. **Atlas de mortalidade por câncer.** Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/arquivos/notatecnica.pdf>>. Acesso em: 20 fevereiro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011.** Versão atualizada 04-12-2009. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/cgi/InstrutivoPacto.pdf>> Acesso em: 15 março 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer do colo uterino: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996. 78 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf> Acesso em: 8 novembro 2007

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 65 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf> Acesso em: 12 novembro 2009

_____. Ministério de Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf> Acesso em: 11 novembro 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2008:** incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>> Acesso em: 10 outubro 2008.

BURCHELL, A.N.; WINER, R.L.; DE SANJOSE, S. et all. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. **Vaccine**, v. 24, Suppl 3, p. 52-61, 2006.

CARVAJAL, A. O.; CRUZ, C. A. V.; VÁSQUEZ, M. L. Ti. **Biometría**. Cali: Universidad Del Valle, 1993. 518 p.

CASTIEL, L. D.; POVOA, E. C. Medicina Baseada em Evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico? **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 6, n. 11, ago. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2010.

CASTLE, P.E. et al. Results of human papillomavirus DNA testing with the hybrid capture 2 essay are reproducible. **J Clin. Microbiol**, v. 40, n. 3, p. 1088-90, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC120262/?tool=pubmed>> Acesso em: 21 junho 2010.

CHALMERS, I.; ALTMAN, D.G. **Systematic reviews**. London: BMJ Publishing Group, 1995.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotencia do discurso medico**. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274p.

COMBER, H.; GAVIN, A. Recent trends in cervical cancer mortality in Britain and Ireland: the case for population-based cervical screening. **Br J Câncer**, n. 91, p. 1902-4, 2004.

COOPER, H. M. The problem formulation stage. In: COOPER, H.M. **Integrating Research: a guide for literature reviews**. Newbury Park: Sage Publications, 1984. p. 19-37.

CORREA, D. A. D.; VILLELA, W. V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 4, dez. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 junho 2009.

CORREA, P. The war against cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Triumph of the scientists. Challenge for the community. **Vaccine**, v. 26, Supp. 11, p.iii-iv. 2008. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TD4-4TD5VXS-2&_user=687353&_coverDate=08%2F19%2F2008&_rdoc=2&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info\(%23toc%235188%232008%23999739999.8988%23697475%23FLA%23display%23Volume\)&_cdi=5188&_sort=d&_docanchor=&_ct=1](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TD4-4TD5VXS-2&_user=687353&_coverDate=08%2F19%2F2008&_rdoc=2&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info(%23toc%235188%232008%23999739999.8988%23697475%23FLA%23display%23Volume)&_cdi=5188&_sort=d&_docanchor=&_ct=1)>

5&_acct=C000037882&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687353&md5=1446095b620ff7b3bc01cac2f150947f>. Acesso em: 18 fevereiro 2010.

CORTES, C. **El mundo no es una mercancía, las mujeres tampoco.** América Latina en Movimiento 2002. Disponível em: <<http://alainet.org/active/2647>>. Acesso em: 18 janeiro 2010

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 setembro 2009.

CURADO. M. P., EDWARDS, B., SHIN. H.R. et al Cancer Incidence in Five Continents. **IARC Scientific Publications**, Lyon, v. IX, n. 160, 007.

DARLENSKI, R. B et al. Evidence-based medicine: Facts and controversies. **Clinics in Dermatology**, v.28, n.5, p.553-557, 2010. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T5G-50VN3CN-

[K&_user=687353&_coverDate=10%2F31%2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000037882&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687353&md5=ed849746dc08950f6bbbb012a5b33bdb&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T5G-50VN3CN-K&_user=687353&_coverDate=10%2F31%2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000037882&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687353&md5=ed849746dc08950f6bbbb012a5b33bdb&searchtype=a)> Acesso em: 14 maio 2010.

DAVEY, E. et al. Effect of study design and quality on unsatisfactory rates, cytology classifications, and accuracy in liquid-based versus conventional cervical cytology: a systematic review. **The Lancet**, v. 367, n. 9505, p. 122-132, 2006. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T1B-4J1C83P-

[Y&_user=687353&_coverDate=01%2F20%2F2006&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000037882&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687353&md5=69a89a7a51d9573ee2b8d309e752ae34&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T1B-4J1C83P-Y&_user=687353&_coverDate=01%2F20%2F2006&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000037882&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687353&md5=69a89a7a51d9573ee2b8d309e752ae34&searchtype=a)> Acesso em: 20 junho 2010.

DAVIDOFF, F. et al. Evidence based medicine: a new journal to help

doctors identify the information they need. **BMJ**, v. 310, p. 1085-1086. 1995. Disponível em:
<<http://www.bmj.com/content/310/6987/1085.full>> Acesso em: 14 junho 2010.

DAVIM, R.M. B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 39, n.3, p. 296-302, set. 2005.

DERCHAIN, S. F; NICOLAU, S. M. Teste HPV. In: COELHO, F. R. G.; SOARES, F. A.; FOCH, J. et al. **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 146-155.

DETSKY, A. Sources of bias for authors of clinical practice guidelines. **CMAJ**, v. 175, p. 1033, 2006. Disponível em:
<<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/175/9/1033>> Acesso em: 01 maio 2008.

DOLL, R; PAYNE, P; WATERHOUSE, J.A.H. (ed). **Cancer Incidence in Five Continents**. v. I. Geneva: Union Internationale Contre le Cancer, 1966.

DONAHUE, M. P. **Historia de la enfermeria**. Espanha: Ediciones Doyma, 1985. 506p.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124p

DRUMMOND, J. P. O que é Medicina Baseada em Evidências? In: DRUMMOND, J.P; SILVA, E; COUTINHO, M. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1-24.

FERLAY, F.; SHIN H.R.; BRAY, F.; et al. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. **IARC CancerBase**, Lyon, n. 10, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>> Acesso em: 29 outubro 2010.

FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2008**. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponível em:
<<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 12 agosto 2010.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clinica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006. 288p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clinica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2006. 231p.

FOUCAULT, M.; MACHADO, R. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 2006. 295p.

FRANCO, E. L; DUARTE-FRANCO, E; FERENCZY, A. Cervical câncer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. **CMAJ**, v. 164, n. 7, p. 1017-25, 2001. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/7/1017>>. Acesso em: 19 junho 2010.

FRANCO, E. S. et al . Critérios de positividade para cervicografia digital: melhorando a sensibilidade do diagnóstico do câncer cervical. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 setembro 2009.

FRAZER, I. H. HPV vaccines and the prevention of cervical cancer. **Update on Cancer Therapeutics**, v.3, n.1, p.43-48. 2008.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GILLES, T. Martín Heidegger. In: _____. **Historia do existencialismo e da fenomenologia**. Brasil: E.P.U, 1989. p.183-298

GLASS, G.V. Primary, secondary and meta-analysis of research. **Educational Researcher**, n. 5, p. 3-8, 1976.

GÓMEZ ARIAS, R. D. **Clasificación de los diseños en investigación en epidemiología**. Colômbia: Universidad de Antioquia. 2002.

Disponível em:

<<http://guajiros.udea.edu.co/Eva/Cursos/Observac/Clasificacion.pdf>>. Acesso em: 3 novembro 2007.

GONCALVES, A. Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 2, June 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 setembro 2009.

GREENHALGH, T. Getting your bearings: deciding what the paper is

about. **BMJ**, v. 315, n. 315, n. 7102. p. 243, 1997. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/315/7102/243.full>> Acesso em: 30 maio 2010.

HAHN, R. A.; LOPEZ, K.; LICHTENSTEIN, E. A Policy approach to reducing center risk in Northwest Indian Tribes. In: HAHN, R. A. **Anthropology in Public Health: bridging Differences in culture and society**. Nova Iorque: Oxford University, 1999. p. 142-161.

HERNANDEZ-AVILA, M.; GARRIDO-LATORRE, F.; LOPEZ-MORENO, S. Diseño de estudios epidemiológicos. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 42, n. 2, Apr. 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2010.

HERNÁNDEZ-AVILA, M.; GARRIDO-LATORRE, M. F.; LOPEZ-MORENO, S. Diseño de estudios epidemiológicos. **Salud pública de México**, México, v. 42, n. 2, p.144-154, mar-abr. 2000.

HIGGINS, J.P.T.; GREEN, S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm>> Acesso em: 15 maio 2010.

HIGGINS, J.P.T.; GREEN, S. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2** The Cochrane Collaboration, 2009. Disponível em: <www.cochrane-handbook.org> Acesso em: 10 maio 2010.

HUNINK, M. G. M. Does evidence based medicine do more good than harm? **British Medical Journal**, n. 329, p. 1051, 2004. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/329/7473/1051.1.full>> Acesso em: 15 junho 2010.

IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade - 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. 94p.

_____. **Estimativas de População – 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Séries Estatísticas & Séries Históricas**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/subtema.php?idsubtema=125>. Acesso em: 5 março 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Periodicidade de Realização do Exame Preventivo do Câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de**

Cancerologia, v. 48, n. 1, p. 13-15, 2002.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher**. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> Acesso em: 11 novembro 2007.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628 p.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER.

Cancer Mondial. Disponível e: <<http://www-dep.iarc.fr/>>. Acesso em: 20 fevereiro 2009.

_____. **Hansbooks on Cancer Prevention**. Cervix Cancer Screening.

Lyon: IARC Press, 2004. Disponível em:

<<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>> Acesso em: 26 outubro 2009.

_____. **Screening Group OMS - Classificação histológica dos tumores do colo uterino**. Disponível e:

<<http://screening.iarc.fr/atlasclassifwho.php?lang=41>>. Acesso em: 18 fevereiro 2009.

JADAD, A.R. et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? **Controlled Clin Trial**, v. 17, p. 1-12, 1996.

KAMEROW, D. US editor's choice: New types of Paps and puffs.

BMJ, v. 335, n. 7609, 2007. Disponível em:

<<http://www.bmj.com/content/335/7609/0.2.full>> Acesso em: 19 novembro 2009

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo (SP): Perspectiva, 2006. 260p.

LAST, J. M. **Diccionario de epidemiología**. 2. ed. Traducción de Lapaortee Joan-Ramón. Barcelona: Salvat, 1989. 200 p.

LAUPACIS, A. On bias and transparency in the development of influential recommendations. **CMAJ**, v. 174, p. 335-6, 2006. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1373717/?tool=pubmed>>

LAURENTI, R. **Estatísticas de saúde**. 2.ed. rev. e atual. São Paulo: E.P.U., 2005. 214p.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. 744p.

_____. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978. 744p.

LIMA, D. V. M. **Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente adulto internado em estado crítico: evidências pela revisão sistemática de literatura**. 2009. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em:

<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../Dalmo_Machado.pdf>. Acesso em: 18 janeiro 2010.

LONGATTO FILHO, A; SYRJÄENE, K. Citologia Cervical. In: COELHO, F. R. G. et al. **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 128-140.

MARQUES, R. Os riscos da medicina sem a ciência médica. **Bioética**, Brasília, v.11, n.2, 2003. Disponível em:

<<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio11v2/artigo1.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2010.

MARTINS, J. et al. A Fenomenologia como alternativa metodológica para a pesquisa-algumas considerações. **Rev. Esc. Enf USP**, São Paulo, v. 24, n.1, p.139-47, 1990.

MILLER, A. B. Cancer prevention: a worldwide overview. **Ann Oncol.**, v. 15 suppl 4, p. iv243, 2004. Disponível em:

<http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/suppl_4/iv245> Acesso em: 10 agosto 2009.

MOSCICKI, A. B. Impact of HPV infection in adolescent populations. **J Adolesc Health.**, v. 37, p. 3-9, 2005.

MOSCICKI, A. B. et al. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. **Vaccine**, v. 24, Suppl 3, p. 42-51, 2006.

MULLER, D. K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, nov. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso

em: 28 junho 2009.

MUÑOZ, N.; BOSCH, F.X.; DE SANJOSÉ, S. et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. **N Engl J Med.**, v. 348, p. 518-27, 2003.

MURILLO, R. Control del cáncer de cuello uterino en Colombia: triunfos y desafíos de la tamización basada en la citología cérvico-uterina. **Biomédica**, Bogotá, v. 28, n. 4, p. 467-470, dic. 2008.

Disponível em:

<<http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v28n4/v28n4a01.pdf>>. Acesso em: 18 fevereiro 2010.

NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. **JAMA**, n. 262, p. 931-934, 1989.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; Ribeirão Preto: CEPEN, 1989. 174p.

O'CONNOR, D.; GREEN, S.; HIGGINS, J.P.T. Chapter 5: Defining the review question and developing criteria for including studies. In: HIGGINS, J.P.T.; GREEN, S. **Cochrane Handbook of Systematic Reviews of Intervention**. Version 5.0.1 (updated September 2008). The Cochrane Collaboration, 2008. Disponível em: <www.cochrane-handbook.org> Acesso em: 15 outubro 2009.

ORBELL, S. et al.. Comparing two theories of health behavior: a prospective study of noncompletion of treatment following cervical cancer screening. **Health Psychol**, v. 25, n. 5, p. 604-15, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Control integral del cáncer cervicouterino**: guía de prácticas esenciales. Suíça: Organización Mundial de la Salud, 2007. 280 p.

_____. **Informe sobre la salud en el mundo 2007**: Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. WHO; 1998.

_____. **Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cancer cervicouterino**. Temas de salud 2009. Disponível em:

<http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es>. Acesso em: 21 outubro 2009.

_____. Vacunas contra el virus del papiloma humano.documento de

posición de la OMS. **Weekly Epidemiological Record (WER)**, v. 15, n. 84, p. 117-132, 2009. Disponível em:

<<http://www.who.int/wer/2009/en/>>. Acesso em: 17 fevereiro 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino**. Washington: OPAS, 1990. (Série Paltex). 76 p.

OXMAN, A.D.; GUYATT, G.H. The science of reviewing research. **Annals of the New York Academy of Sciences**, n. 703, p. 125-133, 1993.

OXMAN, A.D; SACKETT, D.L; GUYATT, G.T. User's guide to the medical literature; how to get started. **JAMA**, v. 270, p. 2093- 2095, 1993. Disponível em:

<<http://www.ptolemy.ca/members/ebm/Oxman1993.pdf>> Acesso em: 14 junho 2010.

PARDO TURRIAGO, R. **Manual para la elaboración y adaptación de guías de práctica clínica basada en la evidencia**. 2009. Disponível em: <www.gets.unal.edu.co/manual/preliminares.pdf> Acesso em: 10 maio 2010.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.; FERLAY, J. et al. Global cancer statistics, 2002. **CA Cancer J Clin.**, v. 55, p. 74-108, 2005.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596p.

PHILLIPS, B. et al. **Levels of Evidence** (University of Oxford)

POPULATION REFERENCE BUREAU. **Cuadro de datos de la población mundial 2009**. Disponível em:

<http://www.prb.org/pdf09/09wpds_sp.pdf>. Acesso em: 14 janeiro 2010

PRADO, M. L. et al. El diseño en la investigación cualitativa. P. 88-100. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. **Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2008. p. 225.

REINA, J. C.; MUNOZ, N.; SANCHEZ, G. I. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. **Colomb. Med.**, Cali, v. 39, n. 2, June 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:

16 fevereiro 2010.

RICHARDSON, W.S. et al. The well-built clinical question: a key to evidence based decisions. **ACP J Club**, A12-3, 1995.

RICHART, R.M. Cervical intraepithelial neoplasia: A review. In: SOMMERS, S. C.; ROSEN, P. **Malignant Lymphomas: A Pathology Annual Monograph**. East Norwalk: Conn, Appleton-Century-Crofts (Prentice-Hall), 1973. p 301–328.

RONCO, G. et al. Accuracy of liquid based versus conventional cytology: overall results of new technologies for cervical cancer screening: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 335, n. 7609, 2007. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/335/7609/28.full.pdf>> Acesso em: 10 maio 2010

ROSEMBER W; DONALD, A. Evidence based medicine: approach to clinical problem-solving. **Br Med J**, v. 29, n. 310, p. 1122-6, 1995.

Disponível em:

<http://link.periodicos.capes.gov.br/sfx1cl3?url_ver=Z39.88-2004&ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&rft.object_id=963018203972&sfx.request_id=5803635&sfx.ctx_obj_item=0> Acesso em: 15 junho 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saude**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.15-30.

ROUQUAYROL, M. Z.; KERR-PONTES, L. R. S. A Medida da Saúde Coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saude**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.31-75

SACKETT, D.L. et al. **Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997. (reimpressão 1999) 250p.

SÁNCHEZ, M. A. et al. Ética en la investigación en enfermería. P.69-86. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. **Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2008. p. 225.

SANKARANARAYANAN, R. et al . Early detection of cervical cancer

with visual inspection methods: a summary of completed and on-going studies in India. **Salud pública Méx**, v. 45, suppl. 3, 2003 . Disponível em>

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000900014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fevereiro 2010.

_____. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. **Lancet**, v. 370, p. 398-406, 2007.

_____. A critical assessment of screening methods of cervical neoplasia. **Int J Gynaecol Obstet**, n. 89, sup. 2, p. S4-S12, 2005. Disponível em: <http://www.rho.org/files/IJGO_89_S2_2005_02.pdf> Acesso em: 21 junho 2010.

_____. O desafio de controlar o câncer do colo do útero no mundo em desenvolvimento. In: COELHO, F. R. G.; SOARES, F. A.; FOCH, J. et al. **Câncer do colo do útero** . São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 104-13.

SANKARANARAYANAN, R; WESLAY, R. **A practical manual on visual screening for cervical neoplasia**. IARC. Technical Publication No. 41. Lyon: IARC Press, 2003. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/viavili.php>> Acesso em: 21 novembro 2009.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a23.pdf>>. Acesso em: 31 outubro 2010.

SARIAN, L.O; SYRJÄNEN, K.J. Métodos de inspeção visual para rastreamento do câncer de colo do útero. In: COELHO, F. R. G.; SOARES, F. A.; FOCH, J. et al. **Câncer do colo do útero** . São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 141-145.

SARTWELL, Philip E; MAXCY, Kenneth F; ROSENAU, Milton J. **Medicina preventiva e saúde pública**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1969. 1145 p.

SAYD, J.D; MOREIRA, M.C. Medicina baseada em evidências: ceticismo terapêutico, recorrência e história. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso

em: 15 junho. 2010.

SELLORS, J. W.; SANKARANARAYANAN, R. **Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes**. Washington: OPAS, c2004. 132p.

SELVAGGI, S.M. Is It Time to Revisit the Classification System for Cervicovaginal Cytology?. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 123, n. 11, p. 993-994, 1999. Disponível em: <http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3725/is_199911/ai_n8872456/> Acesso em: 21 maio 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo (SP): Cortez, 2007. 304p.

SIGURDSSON, K.; SIGVALDASON, H. Effectiveness of cervical cancer screening in Iceland, 1964-2002: a study on trends in incidence and mortality and the effect of risk factors. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v. 85, p. 343-9, 2006.

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EMPRESAS DE TELECOMUNICAÇÕES E OPERADORAS DE MESAS TELEFÔNICAS NO ESTADO DO ES. **Canal de Voz**. Vitória, 2006. Disponível em: <<http://www.sinttel.org/canaldevoz/446.pdf>>. Acesso em: 19 fevereiro 2010.

SOARES DE OLIVEIRA GARCIA, B. Prática de enfermagem baseada em evidências. In: BORK, A. M. T.; MINATEL, V. F. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 3-13.

SOLOMON, D. et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. **JAMA**, n. 287, p. 2114-9, 2002. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/content/287/16/2114.long>>. Acesso em: 26 outubro 2008.

SWERDLOW, A.J.; SANTOS SILVA, I.; REID, A. et al. Trends in cancer incidence and mortality in Scotland: description and possible explanations. **Br J Câncer**, v. 77, Suppl 3, p. 1-54, 1998.

TAVASSOLI, F.A.; STRATTON, M.R. **Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs**. Lyon: IARCPress, 2003.

TERMINI, L.; SILVA C. G. I. Marcadores tumorais e moleculares. In: COELHO, F. R. G.; SOARES, F. A.; FOCH, J. et al. **Câncer do colo do**

útero . São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 79-86.

THE COCHRANE COLLABORATION. **Archie Cochrane**: the name behind the cochrane collaboration. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/about-us/history/archie-cochrane>>. Acesso em: 19 maio 2010.

THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fevereiro 2010.

TULIO, S. et al . Relação entre a carga viral de HPV oncogênico determinada pelo método de captura híbrida e o diagnóstico citológico de lesões de alto grau. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, Feb. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dezembro 2009.

UNIFESP. Laboratório de Ensino a Distância. **Curso de Revisão Sistemática e Metanálise**. Disponível em: <<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/conteudo/valida.php>> Acesso em: 20 maio 2010.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. Prevención del cáncer cervical: Oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de las mujeres. **Outlook**, 2007, v. 23, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 outubro 2009.

VANDENBROUCKE, J. P. et al . Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 23, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000200015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 outubro 2010.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)statement: guidelines for reporting observational studies. **J Clin Epidemiol.**, v. 61, n. 4, p. 344-9, 2008.

Disponível em:

<<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0895-4356/PIIS0895435607004362.pdf>>. Acesso em: 14 junho 2010.

WINER, R. L. et al. Condom use and the risk of genital papillomavirus infection in young women. **New England Journal of Medicine**, v. 354, p. 2645-2654, 2006.

WOOD, D. et al. Chapter 22: Assuring the quality, safety and efficacy of HPV vaccines: The scientific basis of regulatory expectations pre- and post-licensure. **Vaccine**, v. 24, Suppl. 3, p. 187-192, 2006.

Disponível e:

<http://screening.iarc.fr/doc/PATH_outlook23_1_web_sp.pdf>. Acesso em: 20 fevereiro 2009.

WOODHOUSE, S. L. et al. Interobserver Variability in Subclassification of Squamous Intraepithelial Lesions. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 123, n. 1, p. 1079-1084, 1999.

Disponível em:

<<http://www.archivesofpathology.org/doi/full/10.1043/0003-9985%281999%29123%3C1079%3AIVISOS%3E2.0.CO%3B2>>
Acesso em: 21 maio 2010.

WOOLF, S.H. et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **BMJ**, v. 318, p. 527-530, 1999.

Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114973/>> Acesso em: 19 outubro 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cytological screening in the control of cervical cancer**: technical guidelines. Geneva: WHO, 1988. 58 p. Disponível em:

<<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241542195.pdf>> Acesso em: 26 outubro 2009.

_____. **Women and health**: today's evidence tomorrow's agenda.

Geneva: WHO, 2009. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf>. Acesso em: 19 fevereiro 2010.

_____. **World Cancer Report, 2008**. International Agency for Research on Cancer. Lyon: WHO, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE INTERESSE PELO PESQUISADOR

Titulo da Revisão Sistemática: _____

A realização de pesquisa deve estar isenta de recebimento de benefícios pelo autor, seja em dinheiro ou em qualquer outra espécie.

A pesquisadora declara que durante os últimos 5 anos:

Recebeu benefícios em dinheiro ou outros, como salários de organizações?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Recebeu benefícios em dinheiro ou outros, como bolsa de estudo?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Recebeu benefícios em dinheiro ou outros para participar de congressos ou eventos acadêmicos?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Recebeu benefícios em dinheiro ou outros para organizar congressos ou outro tipo de eventos de caráter educativo?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Recebeu benefícios em dinheiro ou outra forma para financiar a pesquisa?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Recebeu benefícios em dinheiro ou outra forma de pagamento pessoal?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Recebeu benefícios em dinheiro ou outra forma de recompensa como

pagamento de consultorias?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Teve algum vínculo ou foi empregado de alguma organização que de algum modo beneficie ou prejudique financeiramente ou de algum outro modo influencie os resultados da revisão sistemática?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Teve algum vínculo como acionista de alguma organização que de algum modo se beneficie ou prejudique financeiramente ou que de algum outro modo influencie os resultados da revisão sistemática?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Esteve implicado no desenho, desenvolvimento ou publicação de um estudo potencialmente elegível na presente pesquisa?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Apresenta alguma outra competência, interesses financeiros ou outros?

SIM ____ NÃO ____ NENHUM CONHECIDO ____

Especifique:

Caso você indique a opção NÃO, por favor, não registre a opção NENHUM CONHECIDO

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS E VERIFICAÇÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

1. Identificação do estudo:

No. de identificação: _____

Data de identificação: ___/___/___

Título: _____

Autor(es): _____

Revista: _____

Ano: _____

Número: _____

Volume: _____

Páginas: _____

Idioma de publicação: _____

Dados Bibliográficos (Vancouver): _____

Dados Bibliográficos (ABNT): _____

Método de localização:

Primária (Base de dados): _____

MEDLINE: _____ LILACS: _____

Cochrane: _____ CINAHL: _____

Secundária:

Artigos Relacionados (*related articles*): _____

Referências cruzadas (*cross-references*): _____

País de realização da pesquisa: _____

Unicêntrico: _____

Multicêntrico: _____

Nacional: _____

Internacional: _____

2. Tipo de estudo:

Revisão sistemática com meta-análise: _____

Revisão sistemáticas sem meta-análise: _____

Experimental:

Ensaio clínico randomizado: _____

Ensaio clínico não randomizado: _____

Quase-experimentais: _____

Observacional: _____

Caso-controle: _____

Estudo transversal: _____

Crerios de exclusão referente a tipo de estudo:

Artigos de reflexão: _____

Estudos de casos: _____

Revisões sem metodologia clara nem de possível replicação: _____

Estudo Experimental: _____

Ensaio clínico randomizado: _____

Ensaio clínico não randomizado: _____

Estudos Quase-experimentais: _____

Ausência de critério de inclusão do item 2; por favor, continuar.

3. Crerios de inclusão referente ao Pesquisador e/ou participação de equipe de enfermagem

3.1. Pelo menos um Pesquisador da área de enfermagem:

Graduação em enfermagem: _____

Pós-graduação em enfermagem: _____

Não especifica nível de formação: _____

3.2. Com participação pelo menos uma pessoa da área de enfermagem:

Técnicos de enfermagem: _____

Auxiliares de enfermagem: _____

Agentes ou voluntários de saúde: _____

Não especifica nível de formação: _____

4. Participantes:

Crerios de exclusão referente a participantes:

Estudos em populações não humanas: _____

Mulheres em estado crítico de saúde: _____

Mulheres com diagnóstico prévio de câncer de colo uterino ou lesão intraepitelial cervical de alto grau (neoplasia intraepitelial cervical grado 2/3, NIC 2/3: _____

Mulheres que no momento do estudo se encontrassem em

acompanhamento por diagnóstico por CCU: _____
 Mulheres com antecedentes de histerectomia: _____
 Mulheres em tratamento de crioterapia, radioterapia ou quimioterapia
 para CCU ou qualquer outro tipo de câncer: _____
 Mulheres em regime de internação hospitalar ou domiciliar: _____

Ausência de critério de inclusão do item 4 por favor, continuar.

5. Tipos de intervenções de detecção precoce de câncer de colo uterino:
 (uma ou mais intervenções).

Citologia convencional: _____

Citologia em meio líquido ou citologia de base líquida (LBC):

Inspeção Visual Direta com Ácido Acético (IVA): _____

Inspeção Visual Direta com Lugol Iodado (VILI): _____

Testes de HPV: _____

Critérios de exclusão referentes a Tipos de intervenções de detecção
 precoce:

Biópsia: _____

Ausência de critério de inclusão do item 5, por favor, continuar.

6. Desfecho ou resultado:

Apresenta frequência ou proporções de lesões pré-malignas e
 câncer cervical nas mulheres participantes dos estudos: _____

Apresenta proporções de resultados dos testes de HPV: _____

Status do estudo: () Pré-selecionado ()
 Não Pré-selecionado

Pesquisador: _____

Data: ___/___/___

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE DADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

1. Identificação do estudo:

No. de identificação: _____

Data de identificação: ____/____/____

Título: _____

Autor(es): _____

2. Dados gerais do artigo.

Objetivo: _____

2.1. Participante ou pesquisador da área de enfermagem mencionado em:

Apresentação dos autores: _____

Título: _____

Resumo: _____

Incluída a palavra enfermagem nos descritores: _____

3. Participantes:

Descrição: _____

Critérios de inclusão: _____

Critérios de exclusão: _____

4. Intervenção:

Tipo de utilização dos testes:

Único: _____

Série: _____

Paralelo: _____

Número de testes utilizados referentes aos incluídos na revisão sistemática:

1: _____

2: _____

3: _____
4: _____
5: _____

5. Metodologia.

Tipo de amostra

Probabilística: _____
De conveniência: _____
Não específica: _____

Perdas

Não descreve: _____
Migração: _____
Sem perdas: _____

Percentagens de perdas:

Não descreve: _____
< 20%: _____
> 20%: _____

Controle de viés de seleção.

Não descreve: _____
Estratificação: _____
Pareamento: _____
Ajustes simples: _____
Multivariado: _____
Randomização: _____

Cegamento.

Não descreve: _____
Não houve: _____
Houve, mas não detalha: _____
Simples: _____
Duplo cego: _____
Triplo cego: _____
Não aplica: _____

Resultados. _____

Tipo de classificação utilizada para a apresentação dos resultados.

Papanicolaou _____

Bethesda _____

CIN _____

WHO _____

Múltiplas _____

Especifique quais: _____

Proporções de prevalências de lesões.

Proporções de positividade HPV:

Conclusões.

ANEXOS

**ANEXO A - CRITÉRIOS PARA AVALIAR A QUALIDADE
METODOLÓGICA DOS ARTIGOS SEGUNDO A ESCALA DE
JADAD - 1996**

Crítérios de avaliação	Pontuação
O Estudo é randomizado?	
O Estudo é cego?	
Explica perdas ou exclusões?	
Descrição da geração de sequência de randomização	
Descrição do método de cegamento	
Total	

ANEXO B - CRITÉRIOS PARA DETERMINAR O SIGILO DA ALOCAÇÃO DA GUIA DE REVISORES DA COCHRANE

Categoria	Geração do sigilo da alocação
	<p>Categoria A: significa que o processo de alocação foi adequadamente relatado (aleatorização centralizada por um escritório central ou farmácia; administração seqüencial de pacotes pré codificados ou numerados aos pacientes selecionados para o estudo; sistema computadorizado on-line; dados gerados por um programa de computador contendo a distribuição codificada; envelopes seriados opacos e numerados; outras maneiras que pareçam oferecer uma alocação adequada, combinadas com o fato de que a pessoa que fez a alocação não esteja envolvida na sua utilização.</p>
	<p>Categoria B: significa que o processo de alocação não é descrito, mas é mencionado no texto de que o estudo é aleatório (lista ou tabelas utilizadas; envelopes, mas não qualificando o seu tipo; uma alocação aparentemente adequada, mas com nenhuma outra informação no estudo).</p>
	<p>Categoria C: significa que o processo de alocação foi inadequadamente relatado (alternância; números de prontuários; datas de nascimento; dias da semana; qualquer processo de alocação que seja totalmente transparente da alocação propriamente dita).</p>
	<p>Categoria D: significa que o estudo não é aleatório.</p>

ANEXO C - DECLARAÇÃO STROBE (STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES IN EPIDEMIOLOGY) PARA AVALIAR PUBLICAÇÕES DE ESTUDOS OBSERVACIONAIS

Item	Nº	Nº Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado
		Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
<i>Introdução</i>		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
<i>Métodos</i>		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (<i>follow-up</i>) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles. Estudo Seccional: apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.

Fontes de dados/ Mensuração	8ª.	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes (“missing data”). Estudos de Coorte: se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controle: se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
<i>Resultados</i>		
Participantes	13ª.	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados). Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo.
Dados descritivos	14ª.	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)
Desfecho	15ª.	Estudos de Coorte: descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao

		longo do tempo Estudos de Caso-Controlle: descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas, análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
<i>Discussão</i>		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de vieses ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
<i>Outras Informações</i>		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

a. Descreva essas informações separadamente para casos e controles em Estudos de Caso-Controlle e para grupos de expostos e não expostos, em Estudos de Coorte ou Estudos Seccionais.

No website da iniciativa STROBE (www.strobe-statement.org) estão disponíveis versões separadas de checklist para Estudos de Coorte, Caso-Controlle ou Seccionais. Reproduzida de von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaração STROBE: Diretrizes para a comunicação de estudos observacionais [material suplementar na internet]. Malta M, Cardoso LO, tradutores. In: Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65.

**ANEXO D - OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED
MEDICINE LEVELS OF EVIDENCE (MARCH 2009)**

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs	SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR" validated in different populations	SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR" with 1b studies from different clinical centres	SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies	SR (with homogeneity*) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval";)	Individual inception cohort study with > 80% follow-up; CDR" validated in a single population	Validating** cohort study with good " " reference standards; or CDR" tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up****	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none§	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts" "	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses " " " "
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies	SR (with homogeneity*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity*) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity*) of 2b and better studies	SR (with homogeneity*) of Level >2 economic studies
2b	Individual	Retrospective	Exploratory*	Retrospective	Analysis based

	cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)	cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR" or validated on split-sample§§§ only	* cohort study with good" " " ref erence standards; CDR" after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases	cohort study, or poor follow-up	on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies	"Outcomes" Research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies		SR (with homogeneity *) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study, or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations.
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies§§)	Case-series (and poor quality prognostic cohort studies***)	Case-control study, poor or non-independent reference standard	Case-series or superseded reference standards	Analysis with no sensitivity analysis
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology,	Expert opinion without explicit critical appraisal, or	Expert opinion without explicit critical appraisal, or	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology,	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on economic

bench research or "first principles"	based on physiology, bench research or "first principles"	based on physiology, bench research or "first principles"	bench research or "first principles"	theory or "first principles"
--	--	--	--	---------------------------------

NOTES

Users can add a minus-sign "-" to denote the level of that fails to provide a conclusive answer because:

- EITHER a single result with a wide Confidence Interval
- OR a Systematic Review with troublesome heterogeneity.

Such evidence is inconclusive, and therefore can only generate Grade D recommendations.

- * By homogeneity we mean a systematic review that is free of worrisome variations (heterogeneity) in the directions and degrees of results between individual studies. Not all systematic reviews with statistically significant heterogeneity need be worrisome, and not all worrisome heterogeneity need be statistically significant. As noted above, studies displaying worrisome heterogeneity should be tagged with a "-" at the end of their designated level.
- " Clinical Decision Rule. (These are algorithms or scoring systems that lead to a prognostic estimation or a diagnostic category.)
- "_i See note above for advice on how to understand, rate and use trials or other studies with wide confidence intervals.
- § Met when all patients died before the Rx became available, but some now survive on it; or when some patients died before the Rx became available, but none now die on it.
- §§ By poor quality cohort study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both exposed and non-exposed individuals and/or failed to identify or appropriately control known confounders and/or failed to carry out a sufficiently long and complete follow-up of patients. By poor quality case-control study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both cases and controls and/or failed to identify or appropriately control known confounders.
- §§§ Split-sample validation is achieved by collecting all the information in a single tranche, then artificially dividing this into "derivation" and "validation" samples.
- " " An "Absolute SpPin" is a diagnostic finding whose Specificity is so high that a Positive result rules-in the diagnosis. An "Absolute SnNout" is a diagnostic finding whose Sensitivity is so high that a Negative result rules-out the

diagnosis.

- "_"; Good, better, bad and worse refer to the comparisons between treatments in terms of their clinical risks and benefits.
- " " " Good reference standards are independent of the test, and applied blindly or objectively to applied to all patients. Poor reference standards are haphazardly applied, but still independent of the test. Use of a non-independent reference standard (where the 'test' is included in the 'reference', or where the 'testing' affects the 'reference') implies a level 4 study.
- " " " " Better-value treatments are clearly as good but cheaper, or better at the same or reduced cost. Worse-value treatments are as good and more expensive, or worse and the equally or more expensive.
- ** Validating studies test the quality of a specific diagnostic test, based on prior evidence. An exploratory study collects information and trawls the data (e.g. using a regression analysis) to find which factors are 'significant'.
- *** By poor quality prognostic cohort study we mean one in which sampling was biased in favour of patients who already had the target outcome, or the measurement of outcomes was accomplished in <80% of study patients, or outcomes were determined in an unblinded, non-objective way, or there was no correction for confounding factors.
- **** Good follow-up in a differential diagnosis study is >80%, with adequate time for alternative diagnoses to emerge (for example 1-6 months acute, 1 - 5 years chronic)

GRADES OF RECOMMENDATION

- A consistent level 1 studies
- B consistent level 2 or 3 studies or extrapolations from level 1 studies
- C level 4 studies or extrapolations from level 2 or 3 studies
- D level 5 evidence or troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level

"Extrapolations" are where data is used in a situation that has potentially clinically important differences than the original study situation.

STEPS IN FINDING EVIDENCE (“LEVELS”) FOR DIFFERENT TYPES OF QUESTION

Question	Step 1 (Level 1*)	Step 1 (Level 2*)	Step 1 (Level 3*)	Step 1 (Level 4*)	Step 1 (Level 5)
How common is it? (E.g., Pre-test probabilities)	Most relevant local and current random sample survey (or censuses)	Systematic review of current surveys	Systematic review of local non-random sample	Systematic review of case-series	Opinion without explicit critical appraisal, based on limited/undocumented experience, or based on mechanisms
Is this test accurate? (Diagnostic accuracy)	Systematic review of cross sectional studies	Systematic review of cross sectional studies With consistently applied reference standard and blinding	Systematic review of non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards.	Systematic review of casecontrol study, or cross-sectional study with non-independent reference standard	Opinion without explicit critical appraisal, based on limited/undocumented experience, or based on mechanisms
What will happen if we do nothing? (Prognosis)	Systematic review of inception cohort studies	Inception cohort studies	Cohort or control arm of randomized trial	Systematic review of case-series	Opinion without explicit critical appraisal, based on limited/undocumented experience, or based on mechanisms
Does this treatment help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trial	Randomized trial or (exceptionally) observational studies with dramatic	Non-randomized controlled cohort/follow-up study	Systematic review of casecontrol studies, historically controlled studies	Opinion without explicit critical appraisal, based on limited/undocumented

		effect			ed experience, or based on mechanisms
What are the COMMON harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trial	Systematic review of nested case-control or dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study	Case-control studies, historically controlled studies	Opinion without explicit critical appraisal, based on limited/undocumented experience, or based on mechanisms
What are the RARE harms? (Treatment Harms)	Systematic review of case-control studies, or studies revealing dramatic effects	Randomized trial or (excepcionally) observaciona l study with dramatic effect			
Is early detection worthwhile? (Screening)	Systematic review of randomized trials	Randomized trial	Non-randomized controlled cohort/follow-up study	Case-control studies, historically controlled studies	Opinion without explicit critical appraisal, based on limited/undocumented experience, or based on mechanisms

* Level may be graded down on the basis of study quality, imprecision, indirectness (study PICO does not match questions PICO), because of inconsistency between studies, or because the absolute effect size is very small; Level may be graded up if there is a large or very large effect size.

ANEXO F – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – REVISTA INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EM ENFERMERÍA

Indicações para os autores

Tipo de artigos que se recebem para publicação

Artigo original. Documento que apresenta de maneira detalhada os resultados originais de investigações. A estrutura tem quatro seções: introdução, metodologia, resultados e discussão.

Artigo de revisão. Documento resultado de uma investigação onde se analisam e integram os resultados de investigações sobre um campo em ciência ou tecnologia, com o fim de dar conta dos avanços e as tendências de desenvolvimento. Caracteriza-se por uma cuidadosa revisão bibliográfica e por citar pelos menos 50 referências no corpo do texto.

Artigo de reflexão resultado de investigação. Ensaio que apresenta resultados de investigação desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais.

Reporte de caso (Situações de enfermaria). Documento que apresenta os resultados de um estudo sobre uma situação de enfermaria em particular, com o fim de dar a conhecer as experiências e metodologias consideradas na situação específica.

Artigo de reflexão não derivado de investigação. Ensaio que não é produto de uma investigação, mas que apresenta uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais.

Cartas ao editor. Posições críticas, analíticas ou interpretativas sobre os documentos publicados na revista, que a juízo do Comitê editorial constituem um aporte importante à discussão do tema por parte da comunidade científica de referência.

Editorial. Documento escrito pelo editor, um membro do comitê editorial ou um pesquisador convidado sobre orientações no domínio temático da revista.

Tradução. Traduções de textos clássicos ou de atualidade ou transcrições de documentos históricos ou de interesse particular no domínio de publicação da revista.

Outros. Se estudarão para publicação outros artigos como: resumos bibliográficos e experiências de cuidado ou de ensino-aprendizagem nas áreas da Saúde.

Requisitos para a apresentação de artigos

Carta de cessão de direitos. Cada artigo se acompanhará de uma carta dos autores especificando que os materiais são inéditos e que não se apresentarão a nenhum outro meio antes de conhecer a decisão da Revista. Os autores anexarão folha de vida e uma declaração assinada indicando que se o artigo se aceita para sua publicação e que os direitos de reprodução são propriedade exclusiva de Investigação e Educação em Enfermária.

Características do arquivo do artigo. O trabalho não excederá as 20 páginas tamanho carta, escritas a duplo espaço, sem espaços adicionais entre parágrafos e títulos, em letra tipo "Times New Roman" tamanho 12. As margens direito e esquerdo de 3 cm. e o superior e inferior de 4 cm. As páginas se enumerarão sucessivamente e se usará o programa Microsoft Word para elaborar o texto.

Especificações sobre a forma em que devem apresentar-se as seções do artigo

Portada. É essencial que na primeira página apareça: o título, o qual deve ser conciso mas informativo e não deve ter mais de 80 caracteres. Ademais deve conter a lista de autores com os nomes completos e sobrenomes no ordem em do que aparecem na carta de cessão de direitos. Se complementar esta informação com os graus acadêmicos, cargo e instituição onde labora. Adicionalmente, os autores darão um email, para a correspondência com os editores e leitores.

Resumo. O artigo incluirá um resumo no idioma original e em inglês que não supere as 250 palavras. Para os artigos originais se exige um resumo estruturado no que se deve indicar especificamente as seções de: objetivo, metodologia, resultados e conclusão. Para os artigos de revisão, reflexão, situação de enfermagem e traduções, o resumo deverá incluir: o objetivo, a síntese do conteúdo e a conclusão, sem exceder as 200 palavras.

Em todos os casos, os autores devem dar entre três e seis palavras finque que melhor identifiquem o tema. Recomenda-se conferir os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a Biblioteca Virtual em Saúde do projeto BIREME da Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana da Saúde, disponíveis na direção: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> onde se encontram as palavras finque em espanhol, inglês e português.

Informação sobre ajudas e subvenções. Se o trabalho é derivado de investigação incluir o nome da investigação associada, além da informação a respeito de qualquer bolsa ou subvenção recebida de entidades ou organismos de qualquer tipo que financie o trabalho em que se baseia o artigo.

Informação sobre conflitos de interesse. Os autores deverão declarar os conflitos de interesse que se tenham com a investigação da qual é produto o artigo. A revista assume que há um conflito deste tipo quando existe uma relação financeira ou outra circunstância que pudesse afetar o bom juízo ou a conduta de um autor.

Seções dos artigos originais. Resume-se a seguir os lineamentos gerais para a apresentação destes artigos:

Introdução. O autor deve estabelecer nesta seção o propósito do estudo e resumir seu fundamento lógico, mencionando algumas referências pertinentes.

Metodologia. Esta seção deve detalhar o processo de seleção das pessoas ou fenômenos estudados, incluindo o lugar, tempo e população do estudo. A informação necessária a respeito do desenho, os procedimentos, os instrumentos de medida e os métodos de análises empregadas. Os métodos estatísticos que não sejam habituais em investigação devem descrever-se com suficiente detalhe. Pode incluir-se informação adicional que possa ser de especial interesse em forma de anexo. Quando seja aplicável, devem descrever-se brevemente as normas éticas seguidas pelos pesquisadores tanto em estudos observacionais como de intervenção. Os artigos sobre investigações com humanos deverão contar com a aprovação do comitê de ética correspondente, e assim deve figurar no manuscrito. Os procedimentos matemáticos e estatísticos também se descreverão com detalhe.

Resultados. Devem apresentar-se em seqüência lógica, com suas respectivas tabelas e gráficas, que serão comentadas em seus principais achados dentro do texto.

Discussão. Nesta seção os autores enfatizam os aspectos mais importantes do estudo, e se comparam com os resultados de outras investigações similares. Deve-se evitar discutir situações que não estejam apoiadas nos achados. Devem assinalar-se as limitações do estudo e discutir seus potenciais envolvimento na interpretação dos resultados. No último parágrafo desta seção se anotarão uma ou mais conclusões que se desprendem dos resultados do estudo.

Tabelas e gráficas. Recolhem informação de maneira resumida e a apresentam de maneira eficiente. Também permitem mostrar a informação com o nível desejado de detalhe e precisão. A inclusão de dados nas tabelas e gráficas, em lugar de em o texto, habitualmente permite reduzir a extensão do mesmo. As tabelas e gráficas devem ir numeradas consecutivamente, na mesma ordem com o que são citadas pela primeira vez no texto. Cada uma deve acompanhar-se de um título breve. As tabelas em ocasiões contêm explicações que devem ser incluídas em notas a pé depois dos seguintes símbolos, seguindo o mesmo ordem apresentado: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os autores devem utilizar as abreviaturas das unidades, segundo as instruções do Sistema Internacional de Medidas, as quais podem ser conferidas na seguinte direção: <http://physics.nist.gov/cuu/Units/index.html>

Abreviaturas. Devem-se utilizar unicamente abreviaturas comuns. Os autores devem evitar o uso de abreviaturas no título do trabalho. A primeira vez que apareça uma abreviatura no texto deve estar precedida pelo termo completo ao que se refere, exceto no caso de unidades de medida comuns.

Requisitos na apresentação das referências. As referências bibliográficas devem localizar-se no texto com o número correspondente em forma de super-índice, na ordem de aparição de citação. A seção de referências se apresentará em folhas separadas do texto, estará numerada em forma consecutiva de acordo à ordem de citação do material documentário. *Investigação e Educação em Enfermaria* seguem as considerações gerais sobre as referências bibliográficas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (normas de Vancouver), as que são adaptação das propostas da National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos. Os autores que desejem informação adicional à que se apresenta nestas instruções podem conferir em www.nlm.nih.gov/bsd/uniformrequirements.html o formato dos diferentes tipos de referências bibliográficas. Os nomes das revistas que aparecem na seção de referências devem ser abreviados segundo o estilo utilizado pelo Index Medicus, o que está disponível no lugar da NLM: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>, e para as revistas espanholas e latino-americanas, que não se encontrem no primeiro, recomenda-se o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde no lugar da Biblioteca Virtual em Saúde em: <http://portal.revistas.bvs.br>. A seguir se mostram alguns exemplos da forma de apresentação dos documentos e material de referência:

Artigos de revistas. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título da revista. Ano; volume (número); página inicial-final do artigo. Nota: quando os autores sejam mais de seis, se escreverá depois do sexto as palavras *et al.*

Livros e outras monografias. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título. Número de edição. Cidade de publicação: Editorial; ano de publicação. página da citação.

Capítulo de livro. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título do capítulo. Em: diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Lugar de publicação: Editorial; ano. páginas inicial-final do capítulo.

Conferência apresentada num congresso, simpósio e seminário. Sobrenome Dois iniciais dos autores da conferência. Título da conferência. Em: Título oficial do Congresso, simpósio, seminário, etc. Lugar de Publicação: Editorial; ano. página inicial-final da conferência.

Memórias de congresso, simpósio e seminário. Título do congresso, simpósio, seminário, etc. Lugar de realização; data. Cidade de publicação: editorial; ano de publicação.

Documentos eletrônicos. Para os documentos em linha a data de consulta se registra antecedida da palavra acesso e entre colchetes. Exemplo: [acesso 30 de março de 2010]Artigo de revista em Internet. Sobrenome Dois iniciais dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado da revista [Internet]. ano mês [data de consulta]; volume(número): [páginas se aparecem]. Direção eletrônica.

Monografia em Internet. Sobrenome Dois iniciais dos autores/ Diretores/Coordenadores/Editores. Título [Internet]. Edição. Lugar de publicação: Editorial; ano [data de consulta]. Direção eletrônica. Exemplo:

Material audiovisual. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título [CD-ROM, DVD, Disquete, segundo o caso]. Edição. Lugar: Editorial; ano.

Documentos legais. Título da lei/decreto/ordem. Nome do Boletim Oficial, número, (data de publicação).

Tese Doutoral e de Maestria. Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título da tese [tese de maestria ou doutoral]. Lugar de publicação: Editorial; ano. Paginação. Exemplo:

Material não publicado. Corresponde aos artigos já aceitados mas brincos de publicação. Os autores deverão solicitar uma constância da revista onde figure a aceitação. O formato é: Sobrenome Dois iniciais dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título da revista. Em imprensa Ano.

Informação para obter e reproduzir os documentos publicados

Com fins educativos, permite-se a reprodução parcial ou total dos artigos publicados em Investigação e Educação em Enfermaria, sempre que se cite a fonte. Os artigos de cada número de nossa revista podem ser obtidos em formato PDF nesta direção [http:// www.udea.edu.co/iee](http://www.udea.edu.co/iee). As solicitações de versões impressas serão atendidas pela Editora da revista na direção: Calle 64 Número 53-09 de Medellín (Colômbia), ou aos correios eletrônicos: revista@tone.udea.edu.co e revistaiee@gmail.com.

Dirija sua correspondência a:

Editora
Investigação e Educação em Enfermaria
Calle 64 Número 53-09, Medellín (Colombia)
PBX: (0*4) 219 63 37, Fax: (0*4) 211 0058

e-mail: revista@tone.udea.edu.co, revistaiee@gmail.com
Visite nossa página: www.udea.edu.co/iee

ANEXO G – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – TEXTO&CONTEXTO ENFERMAGEM

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores



ISSN 0104-0707 *versão impressa*
ISSN 1980-265X *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Objetivo e política

Texto & Contexto Enfermagem, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, eleger-

se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

Forma e preparação de manuscritos

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: http://www.iped.com.br/port/normas/normas_07.asp deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

Artigo original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Relato de experiência: descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Revisão da literatura: compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Entrevista: espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

Resenha: espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a (os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto

tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹, entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...]* (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.** *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de

Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem

Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, _____ de autoria de _____.

Classificação:

Endereço para correspondência:

Declaração de responsabilidade

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".
- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".
- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

MODELO

À Coordenação Editorial

Revista **Texto & Contexto - Enfermagem**

Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (**escrever título do artigo**) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem**Declaração de conflitos de interesse**

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () acadêmico,
- () político e
- () financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Local, data:

Assinatura:

Envio de manuscritos

PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 300,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 80,00.

Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 120,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)
- R\$ 220,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

Revista Texto & Contexto Enfermagem

Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Reitor João David Ferreira Lima - Trindade -
Florianópolis
Santa Catarina - Brasil - CEP 88040-970

Verificação de itens

Itens exigidos para preparação dos manuscritos

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).

2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.
7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de rodapé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.
9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Campus Universitário - Trindade
88040-970 Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
Tel.: +55 48 3721-9043 / +55 48 3721-9787

ANEXO H – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores

1518-8345



ISSN 0104-1169 versão
impressa
ISSN 1518-8345 versão on-
line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Exemplos de referências](#)

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao editor e editoriais.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer

review).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas.

Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editor científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Submissão

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Política de arquivamento dos manuscritos

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo

de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Categorias de artigos

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Revisão integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na

revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do manuscrito

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Preparo dos manuscritos

PERIÓDICOS

- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;
- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/ fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o

manuscrito;

- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;

- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;

- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título

- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;

- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);

- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;

- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- formulário individual de declarações, preenchido e assinado (download em www.eerp.usp.br/rlae); Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.
- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão (download em www.eerp.usp.br/rlae).

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡

- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).
- *Citações ípsis* litteres usar apenas aspas, na sequência do texto.
- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.
- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 - Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologija.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação

familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

8 - Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

9 - Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive

spectrum. *J Neurol.* 2008;255 Suppl 5:48-56.
Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6 Suppl 1:S3-58.
de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35 Suppl:7-12.

13 - Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol.* 2008;211 Pt 23:3764.

14 - Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107 (986 Pt 1):377-8.

15 - Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs.* 2007;16 (1):34-8. Retraction in: Bailey A. *Br J Nurs.* 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16 (1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

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

22 - Artigo no prelo

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

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**24 - Livro padrão**

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

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

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

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

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da

Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.
Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 - Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a

distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

38 - Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS

41 - Matéria de jornal diário

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).
Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na *internet*]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na *internet*

Berthelot M. La synthèse chimica. [*internet*]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na internet com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmfw.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghtcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na internet

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Access: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&p_age=57
National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: http://newton.nap.edu/bo_s/030910078X/html/35.html

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na internet

Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://www.ipec.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na *internet*

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. *Entropy* [*internet*]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/hm/e8030131.htm>

51 - Artigo da *internet* com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública* [*internet*]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da *internet* com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. *J Vis* [*internet*]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org//6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da *internet* com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J* [*internet*]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:auto=pubmed:password=pubmed2004&AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da *internet* com paginação em

números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *Health Serv Res [Internet]*. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art_id=1089210&blobtype=pdf

55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev Latino-am Enfermagem [internet]*. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16 (no. Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso
Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da internet com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol-life-threatening combination]. *Lakartidningen*. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na internet

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na internet

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbete de dicionário na internet

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

61 - Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSperandio.pdf>

62 - Homepage na internet

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/> Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de

acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu.lta34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na *internet*

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [*internet*]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na *internet*

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo Editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

 *Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)*

© 2002 - 2007 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Av. Bandeirantes, 3900
140 40-902 Ribeirão Preto SP
Tel.: +55 16 3602-3451
Fax: +55 16 3602-0518



rae@eerp.usp.br