

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**CUIDANDO DA MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER
GINECOLÓGICO: - Uma experiência na Policlínica de
Referência Regional I de Florianópolis,
Santa Catarina**

Florianópolis, 1996.

LILIANE APARECIDA DE OLIVEIRA

**CUIDANDO DA MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER
GINECOLÓGICO: - Uma experiência na Policlínica de
Referência Regional I de Florianópolis,
Santa Catarina**

**Trabalho de Conclusão da
Disciplina de Enfermagem
Assistencial Aplicada, do Curso
de Graduação em Enfermagem
da UFSC.**

**Orientadora: Prof^ª: Olga Regina Zigelli Garcia
Supervisora: Enfermeira Rosita Sônia Trilha**

CRIADO E CRIADOR

É ADMIRÁVEL a capacidade criadora e realizadora do homem...

É LOUVÁVEL observar o avanço tecnológico o progresso
científico em todos os setores de atividade humana...

É MARAVILHOSO ver a arrancada do homem moderno
na conquista do Espaço...

PORÉM...


MAIS ADMIRÁVEL é a infinita sabedoria que estabeleceu os céus e a terra;
que criou o homem com seus atributos...

MAIS LOUVÁVEL é o supremo poder que vibra no átomo,
pulsa no coração equilibra os astros com
precisão e harmonia...

MAIS MARAVILHOSO é o sublime amor que nos concedeu
o livre arbítrio, a intuição, o discernimento,
para melhor usufruirmos as maravilhas da criação...

Dinamor

N.Cham. TCC UFSC ENF 0281
Autor: Oliveira, Lilliane
Título: Cuidando da mulher na prevenção



972493276 Ac. 241467
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0281
Ex.1

AGRADECIMENTOS

- Agradeço imensamente a Deus, por esta vitória;
- Aos meus familiares que me apoiaram e incentivaram nos momentos difíceis;
- A orientadora Professora Olga Regina Zigelli Garcia por ter aceito a orientação deste trabalho e ter se empenhado para que o mesmo tivesse êxito;
- A supervisora, enfermeira Rosita Sônia Trilha pela dedicação, paciência em passar seus conhecimentos, pela amizade e companheirismo durante nosso convívio;
- A Enfermeira Margareth Hasse pelo empréstimo de fotografias ilustrativas;
- Aos professores do Curso de Graduação em Enfermagem que ajudaram na construção de meu conhecimento;
- Aos funcionários do Centro de Ciências da Saúde que anonimamente participaram de minha vida acadêmica;
- A Sônia Pereira que com eficiência e paciência, através da digitação, tornou possível a leitura desse trabalho;
- A Enfermeira Sônia Castilhos pela presença, apoio e estímulo constante;
- A todos os amigos que me estimularam e incentivaram

O meu muito obrigado

SUMÁRIO

1- INTRODUZINDO O TEMA	7
2- ESTABELECENDO OS OBJETIVOS	10
2.1- OBJETIVO GERAL	10
2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
2.2.1- Relacionados as atividades organizacionais:	10
2.2.2- Relacionados ao cuidado de enfermagem:	11
3- REVISANDO A LITERATURA	12
3.1- Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino segundo Jacob & Francone (1982).	13
3.1.1- Sistema Reprodutor Feminino	13
3.2- Fisiologia do Mecanismo de Proteção Vaginal segundo Jacob e Francone (1982)	18
3.3- Colpites	20
3.4- Cervicites	25
3.5- Câncer genital	27
3.6- Anatomia das Glândulas Mamárias segundo Jacob & Francone (1982)	34
3.7- Fisiologia da Glândula Mamária	34
3.8- Câncer de Mama	35
4- BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO	40

5- ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS	45
5.1- Aspectos Gerais do Campo de Estágio	45
5.2- Plano de Ação	48
5.2.1- Relacionados as Atividades Organizações	48
5.2.2- Relacionados ao Cuidado de Enfermagem	49
6- FAZENDO O CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	53
7- DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS:	55
7.1- OBJETIVOS RELACIONADOS ÀS ATIVIDADES ORGANIZACIONAIS	56
7.3- OBJETIVOS ALCANÇADOS E NÃO PROPOSTOS NO PROJETO	67
8- CONCLUINDO	68
9- FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES	71
10- APÊNDICES	72
11- CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA	73
12- ANEXOS	75

RESUMO

Trata-se de um projeto assistencial desenvolvido no Ambulatório de Prevenção de Câncer Ginecológico da Policlínica de Referência Regional I, de Florianópolis, no período de 22/03/96 à 20/06/96, com o objetivo de prestar cuidado de enfermagem à mulher que procura o Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico, utilizando alguns princípios da Teoria do Auto-cuidado de Dorothea Orem. No período de desenvolvimento do projeto, foram atendidas pela acadêmica, 103 mulheres, para as quais além da educação para saúde foram prestados os seguintes cuidados de enfermagem: realização da coleta de material para exame colpocitológico com as orientações necessárias; realização do exame de mama com ênfase no estímulo e ensino à mulher do auto-exame da mama mensal; aplicação de instrumento para identificação do conhecimento da cliente sobre o auto-cuidado à saúde; levantamento das mulheres faltosas já cadastradas no programa visita domiciliar. Observou-se que na prática, apesar de saberem os riscos do câncer, algumas mulheres permanecem indiferentes à importância da prevenção. Este comportamento de indiferença à importância da prevenção apareceu relacionado com fatores como: desconhecimento das medidas preventivas, falta de conhecimento sobre a doença, medo, ansiedade e tabus, entre outros. Isso nos leva, enquanto enfermeiros, a repensar as formas de orientação para educação em saúde e ensino do auto-exame de mamas. O trabalho desenvolvido junto à mulher, leva-me a acreditar que a maior arma da luta contra o câncer ginecológico é a prevenção e que, envolvendo-se no esforço da educação em saúde pública, podemos, com nossos conhecimentos e habilidades, contribuir para prevenção e detecção deste tipo de câncer em estágios precoces. A detecção precoce do câncer ginecológico em massa, é viável, operacional e econômica e existem medidas preventivas que devem ser transmitidas à população de risco, pois normalmente atinge sobretudo mulheres jovens, em idade produtiva, mães de família, cuja perda tem grande repercussão social. Ciente de que o saber nem sempre é suficiente para se alcançar o fazer, acredito que as metas estabelecidas foram alcançadas, através das ações realizadas na área do câncer ginecológico, tendo alcançado o resultado esperado, ou seja: a promoção da saúde da mulher.

1- INTRODUZINDO O TEMA

As neoplasias malignas constituem importante problema de saúde pública, principalmente em decorrência do aumento do número médio de anos de vida do brasileiro, de sua maior exposição a fatores de riscos ambientais e de modificações de hábitos de vida.

Segundo fontes do Ministério da Saúde, dentre as neoplasias malignas, o câncer cérvico uterino e de mama constituem as principais causas de óbito na população feminina de 15 anos ou mais.

O câncer cérvico-uterino é uma enfermidade progressiva, iniciada com transformações neoplásicas intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos Souen, (1992).

O câncer ginecológico compreende as neoplasias localizadas no colo e corpo uterino, ovários, vulva, vagina e trompas. As neoplasias malignas de mama têm sido incluídas no grupo ginecológico por ser considerada esta, uma glândula do sistema reprodutor.

Neste grupo de neoplasias predomina o câncer de mama em todo o mundo, segue em ocorrência o câncer de colo uterino. Nos países onde o sistema de prevenção ainda não funciona adequadamente predomina o câncer de colo uterino ou têm ocorrência equivalente ao da mama, Silveira (1987).

Ainda segundo Silveira (1987), no Brasil a neoplasia de colo uterino ocupa o primeiro lugar em frequência em relação às do trato genital feminino. A ocorrência

destas neoplasias tende a diminuir nos países em que há esquemas de detecção e a população com melhor nível cultural procura atendimento médico mais precocemente.

Souen (1992), afirma que na sua forma mais habitual, o carcinoma é doença possível de ser diagnosticada precocemente e mesmo evitada, desde que se melhore a higiene e se privilegie a assistência rotineira, sendo indubitável que a mortalidade pela doença diminui consideravelmente nas mulheres que se submetem de rotina, aos exames de prevenção.

As atividades relacionadas à prevenção do câncer ginecológico tem por objetivo a diminuição do índice de morbidade e mortalidade causada pelo mesmo.

Segundo Silveira (1987), a incidência, no Brasil, de câncer de mama é de 28% e do câncer do colo uterino é de 15%, ocupando o terceiro lugar epidemiológico das doenças comuns.

A prevenção deve ser feita no plano coletivo, individual e profissional, o que já de antemão põe em evidência os inúmeros problemas que advirão de tais ações, do ponto de vista particular ou público e como resolvê-los. Para tratamento do câncer ginecológico, como de qualquer neoplasia maligna, é de fundamental importância o diagnóstico precoce e as medidas terapêuticas adequadas.

Pelas normas técnicas do controle de câncer cérvico uterino e de mama do Ministério da Saúde (1986) “toda mulher, independente da idade em que inicia sua atividade sexual (após a primeira relação sexual) deve realizar exame colpocitológico periodicamente. Esta periodicidade é estabelecida segundo às classes de resultados como segue:

- Classe III, IV, V - controle trimestral com controle médico;
- Classe II - controle anual;
- Classe I - controle anual até dois exames consecutivos com Classe I. Após estes dois exames controle trianual.

Segundo dados estabelecidos, fornecidos pelo Programa Estadual de Controle de Câncer e Tabagismo do Estado de Santa Catarina, no ano de 1995, houve 185.981 coletas de material cérvico uterino, o que significa uma cobertura de 22,63% da população de risco. Apesar desta cobertura ser ainda considerada baixa, ela cresceu significativamente desde 1975, quando era de 1,26%. Ainda segundo a mesma fonte, em 1995, ocorreram no estado, 279 casos de Classe III de Papanicolau (suspeito), 43 casos

positivos de câncer cérvico uterino, sendo 25 Classe IV (Ca “in situ”) e 18 de Classe V (Ca invasor), num total de 322 casos suspeitos e positivos diagnosticados nas coletas, em Santa Catarina. Foram ainda encontradas em 1995, 2.393 alterações mamárias, com 43 casos positivos de câncer de mama.

A grande incidência de câncer ginecológico e os altos índices de morbimortalidade têm sido relacionados com a falta de conhecimento do corpo e a falta da realização do auto-exame, bem como com a insuficiente frequência à consulta ginecológica.

Baseada nos dados da literatura, que mostraram a importância e eficiência da prevenção do câncer ginecológico na redução de sua incidência, optei por realizar um trabalho que visa, através de meus conhecimentos e habilidades contribuir para a prevenção e detecção do câncer ginecológico em estágios precoces, por meio de ações educativas que estimulem a mulher a adotar condutas que visem a promoção à saúde.

Para tanto, escolhi como base teórica, o modelo teórico de Dorothea Orem, pois penso que o mesmo, através do ensino do auto-cuidado, se adapta ao objetivo básico do presente trabalho, ou seja, a prevenção do câncer ginecológico

2- ESTABELECENDO OS OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

Prestar cuidado de enfermagem à mulheres que procuram o serviço de prevenção do câncer ginecológico da Policlínica de Referência Regional, utilizando alguns princípios da Teoria de Dorothéa Orem.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1- Relacionados as atividades organizacionais:

2.2.1.1- Reunir-se quinzenalmente com a enfermeira supervisora e orientadora para discussão do andamento do projeto.

2.2.1.2- Conhecer a área física da Instituição, os funcionários do programa de prevenção de câncer ginecológico e normas do mesmo.

2.2.2- Relacionados ao cuidado de enfermagem:

2.2.2.1- Realizar a coleta do material para exame colpocitológico e dar as orientações necessárias.

2.2.2.2- Realizar o exame de mama com ênfase no estímulo e ensino à mulher, do auto-exame de mama mensal.

2.2.2.3- Aplicar instrumento com respectivo roteiro de respostas criado por Cardoso e Dos Anjos (1989), (anexo 1) para identificar o conhecimento da cliente sobre o auto-cuidado à saúde, visando a utilização do conceito de auto-cuidado de Dorothea Orem, para prestar cuidado à mulheres que procuram o programa de prevenção de câncer da Policlínica de Referência Regional.

2.2.2.4- Fazer um levantamento das mulheres que estão em atraso (aproximadamente 4 anos) com o exame de prevenção do câncer ginecológico e estejam cadastradas no programa.

2.2.2.5- Realizar visita domiciliar (conforme roteiro anexo 2), na região da grande Florianópolis à 10 mulheres faltosas, nos anos de 1991, 1992, 1993, 1994 e 1995 e que não retornaram para realização de novo exame.

3- REVISANDO A LITERATURA

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, o câncer cérvico uterino invasor é uma das causas de morte mais freqüentes na população feminina da América Latina, local em que sua taxa de incidência se encontra entre as mais altas do mundo. Por tratar-se de doença, com múltiplos comportamentos e correlações, seu conhecimento vem adquirindo cada vez maior importância, entre os profissionais da área da saúde.

A mortalidade por câncer cérvico-uterino tem diminuído significativamente em muitos países desenvolvidos, e alguns estudos indicam que isto se deve, em grande parte, aos programas de detecção precoce Silveira (1987).

O câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com os baixos níveis sócio-econômicos, onde se encontra grande parte da população dos países em desenvolvimento.

Outros importantes fatores de risco referem-se à conduta sexual, por exemplo, a precocidade da primeira relação sexual, uma vez que segundo Souen (1992), o epitélio do revestimento da cérvix é mais poroso e mais predisponente à passagem de indutores oncogênicos quando a mulher é adolescente. A promiscuidade sexual é também um fator de risco considerável. Como exemplo Souen (1992) cita a Tailândia, onde por motivos religiosos a mulher não pode prostituir-se antes dos 18 anos, o que implica numa freqüência de câncer de colo entre as prostitutas menor que em outras regiões. Ainda na epidemiologia do câncer cérvico-uterino, encontram-se implicados os vírus do herpes simples-tipo 2 e o do papiloma.

A morbidade e a mortalidade por câncer constitui, nos países desenvolvidos e sub-desenvolvidos, num desafio à saúde pública, uma vez que a mortalidade por esta patologia aumenta com o aumento da vida média das populações, já que incide principalmente em grupos de faixa etária mais alta (Silveira, 1987).

O câncer é efetivamente um problema médico-social com raízes no estágio de desenvolvimento econômico dos países e na capacidade destes organizarem serviços de saúde pública eficazes e eficientes, desenvolvendo cobertura integral, em saúde, às suas populações.

Uma vez que o câncer ginecológico tem etiologia variada, ou seja, é multicausal, pensei ser importante buscar na literatura dados referentes a anatomia e fisiologia do aparelho feminino, além dos relativos ao câncer, visando um entendimento global do assunto, haja visto cada elemento do aparelho reprodutor feminino ter participação quer na gênese da patologia, quer na manutenção da saúde ginecológica.

3.1- Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino segundo Jacob & Francone (1982).

3.1.1- Sistema Reprodutor Feminino

Órgãos Externos:

Vulva: os órgãos reprodutores femininos externos são em conjunto conhecidos como vulva, a qual inclui o monte pubiano, os grandes lábios, os pequenos lábios, o clitóris, as glândulas do vestíbulo e o hímen.

Monte Pubiano e Grandes Lábios: a mais anterior das estruturas anatômicas da vulva é o monte pubiano (monte de vênus), uma elevação firme e acolchoada de um tecido adiposo recoberto por pêlos (pêlos pubianos). Os grandes lábios são duas pregas arredondadas de tecido adiposo recoberto com pele; estende-se do monte do púbis para baixo e para trás, envolvendo o vestíbulo. As superfícies externas dessas dobras são recobertas com pêlos, enquanto que as superfícies internas, que possuem folículos sebáceos, são lisas e umedecidas. Os grandes lábios são unidos anteriormente por uma

dobra da pele, a comissura anterior. Eles não são unidos posteriormente, embora uma comissura posterior possa estar presente anteriormente ao ânus. Os grandes lábios são homólogos do escroto do homem.

Pequenos Lábios: os pequenos lábios são duas pregas da pele localizadas medialmente aos grandes lábios e envolvendo o vestibulo. Anteriormente, os pequenos lábios dividem-se em duas camadas. As pregas superiores unem-se logo a frente do clitóris para formar o prepúcio, enquanto que as pregas inferiores são conectadas inferiormente à glândula do clitóris para formar o frênuo.

Posteriormente, os pequenos lábios tornam-se menos distintos e parecem unir-se aos grandes lábios em uma prega transversal da pele, a bifurcação superior. Uma depressão conhecida como fossa navicular está localizada entre a bifurcação posteriormente e a margem posterior do orifício vaginal.

Clitóris: é uma projeção com a forma de uma ervilha, de tecido erétil, com nervos e vasos sanguíneos, que ocupa a porção apical do vestibulo anteriormente à vagina. Ele é parcialmente recoberto pelas extremidades anteriores dos pequenos lábios e altamente sensível à estimulação tátil. O clitóris é importante na excitação sexual da mulher e representa o homólogo do pênis do homem, mas não é atravessado pela uretra.

Vestibulo: o vestibulo da vagina é uma fenda entre os pequenos lábios. Situados no interior da fenda do vestibulo estão o hímen, o orifício vaginal, o orifício uretral e as aberturas das glândulas vestibulares. O orifício uretral é uma abertura de 4 a 6mm de diâmetro localizada cerca de 2,5cm posteriormente ao clitóris. Múltiplas pequenas glândulas parauretrais circundam o orifício e são homólogas a próstata do homem. Essas glândulas abrem-se através de um par de ductos localizados lateralmente na camada submucosa da uretra à nível do seu orifício; o orifício vaginal ocupa a porção maior dos dois terços posteriores do vestibulo. De cada lado do orifício vaginal, aprofundando-se nos tecidos do períneo, estão as duas maiores glândulas vestibulares (glândulas de Bartholin). Cada uma se abre através de um ducto localizado lateralmente em um sulco entre o hímen e o pequeno lábio. As glândulas vestibulares maiores, homólogas as

glândulas bulbouretrais no homem, elaboram uma secreção mucosa que age como lubrificante durante a relação sexual.

Hímen: o hímen é uma delgada prega de membrana mucosa vascularizada que separa a vagina do vestibulo. Pode estar inteiramente ausente ou pode revestir o orifício vaginal (conhecido como hímen imperfurado). Anatomicamente nem a ausência nem a presença do hímen podem ser considerados como critério para virgindade.

Períneo: o períneo é a região inferior da pelve delimitada anteriormente da sínfese púbiana, ântero-lateralmente pelos ramos inferiores do púbis e pelas tuberosidades isquiáticas, e, posteriormente, pela extremidade do osso cócix. Quando as coxas estão totalmente abduzidas, o períneo assume a forma de um losango, e pode ainda ser dividido em regiões anterior e posterior por uma linha feita entre as duas tuberosidades isquiáticas. O triângulo anterior da linha é chamado de triângulo urogenital e contém os órgãos genitais externos. O triângulo posterior a linha é o triângulo retal, que contém o ânus.

As estruturas perineais são, às vezes, rompidas durante o parto. O rompimento pode estender-se ao orifício vaginal posteriormente através do períneo e lesar os esfínteres anais. Para evitar esse perigo, uma incisão é deliberadamente feita no períneo imediatamente antes da passagem do feto através da vagina. Essa incisão (episiotomia) permite abertura suficiente para passar a criança, minimizando assim as lesões no períneo.

Órgãos Internos:

Vagina: os órgãos internos da reprodução incluem a vagina, o útero, as trompas uterinas e os ovários. A vagina é um canal tubular de 10 a 15cm de comprimento, orientada para cima e para trás, estendendo-se do vestibulo ao útero. Esta situada entre a bexiga e o reto. A parede da vagina consiste em um revestimento membranoso interno e uma camada muscular capaz de contração e enorme dilatação, separada por uma camada de tecido erétil. A membrana mucosa forma espessas pregas transversas que se mantêm umedecidas por secreções cervicais (a cérvix, ou colo do útero, é a porção inferior do

útero). As paredes da vagina são normalmente pregueadas em íntima oposição umas com as outras, formando um tubo colapsado. A vagina serve como parte do canal do parto e representa o órgão feminino da copulação.

Útero: o útero é um órgão muscular periforme de parede espessa, suspenso na parede anterior da cavidade pélvica acima da bexiga e em frente ao reto. Em seu estado normal, ele mede cerca de 7,5cm de comprimento e 5cm de largura. As trompas uterinas penetram na sua extremidade superior de cada lado. A extremidade inferior do útero projeta-se na vagina. Essa porção, chamada cérvix, corresponde à haste de uma pêra invertida. O corpo do útero é superior a cérvix; é a uma porção arredondada superior do órgão, localizada entre as duas trompas uterinas, é conhecida como fundo (fundus). O útero, inclinado para frente e projetando-se superiormente à bexiga, é livremente móvel; conseqüentemente, sua condição varia com o estado de distensão da bexiga e do reto. A cavidade uterina é normalmente triangular e achatada no sentido ântero-posterior, fazendo a cavidade parecer-se com uma simples fenda, quando observada de lado.

O útero é recoberto por uma camada de peritônio e é ligado a ambos os lados da cavidade pélvica através de uma camada dupla de peritônio, ou ligamentos largos, nas quais passam as artérias uterinas. Os suportes principais do útero, os ligamentos cardinais, localizam-se na base dos ligamentos redondos, conectados de cada lado e perto das trompas uterinas, mantendo o útero na sua posição. Os dois ligamentos uterossacrais são feixes fibrosos curvados ao longo do assoalho da pelve a partir da junção da cérvix com o corpo até o sacro; eles auxiliam no suporte do útero e na manutenção da sua posição.

A parede do útero consiste em três camadas. A camada externa é o revestimento epitelial do órgão, continua de cada lado com o peritônio do ligamento largo. A camada média, o miométrio, uma camada muscular espessa, consiste em feixes entrelaçados de fibras musculares lisas embebidas em tecido conjuntivo. O miométrio, por sua vez, é subdividido em três camadas musculares entrelaçadas e mal definidas, cuja média contém muitos vasos sanguíneos grandes da parede uterina. É esse arranjo entrelaçado das fibras musculares que pressiona os vasos sanguíneos e faz com que cessem de sangrar após o parto.

Durante a gravidez, existe um aumento marcante na espessura do miométrio. Isso ocorre não somente por causa da hipertrofia (aumento real das fibras existentes), mas também pela adição de novas fibras derivadas de transformação e divisão de células mesenquimais. A camada interna da parede uterina é a membrana mucosa ou endométrio. Consiste em um revestimento epitelial e um tecido conjuntivo chamado estroma endometrial. O estroma é que suporta as glândulas epiteliais tubulares que se abrem na luz uterina. Dois tipos de artérias fornecem sangue ao endométrio. As artérias retas irrigam a camada mais profunda e o tipo espirolado a camada superficial. As artérias espiroladas são importantes na menstruação, quando a porção superficial do endométrio se desloca.

Trompas Uterinas: (Trompas de Falópio) são dois túbulos musculares flexíveis, em forma de cornetas, de aproximadamente 12cm de comprimento, que se estendem do fundo do útero em cada lado em direção à borda pélvica. As trompas uterinas estão suspensas por uma prega mesentérica peritonal chamada mesossalpinge. A parede da trompa é composta das mesmas três camadas do útero: mucosa-muscular, lisa e serosa. A camada mucosa, ou interna, é revestida por epitélio ciliar e é contígua com o epitélio do útero, assim como o peritônio na cavidade abdominal. Uma extremidade da trompa, o istmo, abre-se na cavidade endometrial e continua-se com a ampola. A ampola é a parte dilatada e central da trompa que está curvada sobre o ovário e, por sua vez, continua-se o infundíbulo que se abre na cavidade abdominal.

O infundíbulo é circundado por projeções digitiformes ou fimbrias na trompa uterina curva-se sobre o ovário e está adjacente a ele, mas não necessariamente em contato direto. Quando um óvulo é expelido do ovário, as fimbrias funcionam como tentáculos, trazendo-o para o interior da trompa, onde pode ocorrer a fertilização. Então, por contrações musculares peristálticas e por atividade ciliar, a trompa conduz o óvulo para a cavidade uterina.

Ovários: os ovários, frequentemente referidos como os principais órgãos reprodutores da mulher, são duas estruturas ovaladas com cerca de 3,5cm de comprimento; estão localizados na porção superior da cavidade pélvica, um de cada lado do útero. Os ovários prendem-se ao ligamento largo do útero pelo mesovário, uma prega

superficial e são ancorados ao útero pelo ligamento ovárico. O ligamento infundibulopélvico, ou suspensão do ovário, estende-se do seu pólo superior até a parede pélvica.

Uma delgada camada de células cilíndricas, o epitélio germinativo, recobre cada ovário. A estrutura interna ou estroma do ovário consiste em uma trama de células fusiformes, tecido conjuntivo e vasos sanguíneos. Diminutos folículos vesículas (de Encaf), em vários estágios de desenvolvimento. O óvulo desenvolve-se dentro desses folículos. As duas principais funções dos ovários são: o desenvolvimento e a expulsão do óvulo feminino e a elaboração de hormônios sexuais femininos.

3.2- Fisiologia do Mecanismo de Proteção Vaginal segundo Jacob e Francone (1982)

Vagina: O epitélio da vagina é um plano formado por várias capas. Não possui glândulas, por cuja razão a membrana vaginal não se pode considerar como mucosa e a mínima quantidade de líquido eliminado pela vagina não pode ser considerada secreção. A umidade da túnica vaginal reproduz-se por uma simples transudação do epitélio.

A estrutura e a desintegração do epitélio vaginal estão a cargo da:

Ação dos hormônios ovarianos:

1- Estrógenos:

- Formam o epitélio vaginal até a camada mais superficial;
- São responsáveis pelo glicogênio do epitélio vaginal;
- Através dos estrógenos diminuem o número de bactérias patogênicas e de leucócitos da vagina.

2- Progesterona:

- Atua com o estrógeno na formação do epitélio vaginal até a camada intermediária;
- Na fase luteínica se produz descamação das células superficiais da vagina que haviam sido formados pelo estrógeno.

A membrana vaginal experimenta fases cíclicas sistemáticas. Nas distintas fases do ciclo existe uma imagem celular típica e a obtenção de esfregaço da vagina, tem hoje grande importância para o conhecimento de transtornos hormonais.

A vagina além das funções já citadas, tem uma especial: é o “órgão protetor de si mesmo e de órgãos genitais, situados acima”, isto é: colo uterino, cavidade uterina, trompas e ovários. Protege-se e aos outros das ações de tricomonas e cândida, estreptococos, colibacilos, etc. A vagina constitui uma barreira que impede a passagem desses germes.

Esta proteção se dá simultaneamente, por 4 fatores:

- Fator 1 - Ovário: através do estrógeno e progesterona - estrógeno é responsável pela espessura do epitélio vaginal e pelo glicogênio.

- Fator 2 - Glicogênio: é formado de açúcar fermentativo posto em liberdade a partir da destruição do epitélio vaginal pelos bacilos Dooderlein na fase luteínica. Conjuntamente com o glicogênio, o epitélio vaginal põe em liberdade no meio vaginal fermentos diastásicos que atacam o glicogênio livre e o transforma em glicose.

- Fator 3 - Bacilos de Dooderlein: existentes, normalmente na vagina. Vivem de açúcar e o fermentam convertendo-o em ácido láctico.

- Fator 4 - Ácido láctico com um pH 3,8 a 4,5 - 4.

Ácido láctico - com pH 4 - líquido, leitoso, grumoso, mesclado com transudato com bacilos de Dooderlein e com secreção do colo desinfetante produzido pela vagina.

Na fase pré-ovulatória: dominam células superficiais, ricas em glicogênio, não solúveis em água e que não podem ser atacadas pelos bacilos. Diminuem bacilos de Dooderlein.

Na fase luteínica: com a descamação maciça das intermédias, penetram subitamente aumentando quantidades de bacilos na vagina.

Estes quatro fatores fazem da vagina um órgão protetor muito importante - fator 1 - como preventivo. Se falta um dos fatores, o pH de ácido, passa a alcalino, produzindo-se migração e crescimento dos germes - colpites, e fluxo como também, infecção ascendente (COLPITES E CERVICITES, mimeo, 4ª Unidade Curricular - UFSC).

3.3- Colpites

Segundo Ribeiro (1981), a inflamação da cavidade vaginal é a causa comum de fluxo vaginal chamado leucorréia, embora algumas vezes possa ser devido a processos malignos da cérvix, do útero ou da vagina, à ectopias da mucosa endocervical, a cervicites ou a modificações senis da menopausa. A leucorréia e o prurido vulvar que quase sempre a acompanha é a queixa mais freqüente que o ginecologista encontra.

Causas: irritações mecânicas, corpos estranhos, irritações térmicas, químicas por radiações e microorganismos.

Uma colpite ocorre sempre que, germes patogênicos atacam a parede vaginal por alteração do seu meio: estes germes podem ser considerados como patogênicos facultativos. Vivem como germes inofensivos e só se manifestam quando se altera o pH da vagina, adquirindo propriedades patológicas.

A ação protetora da vagina contínua pode ser alterada ou interrompida:

1. Fisiologicamente:

- a menstruação - é alcalina e neutraliza o ácido protetor;
- a gestação;
- qualquer fator que “quebre” a cadeia do mecanismo de proteção vaginal.

2. Patologicamente:

- penetração maciça de germes externos: coito; corpos estranhos; manipulação com material infectado;
- prolapso, descenso: facilitando a penetração dos germes.
- penetração de germes em caso de inflamação purulenta da cérvix, endometrite;
- hipersecreção da cérvix;
- lavagem com solução alcalina - sabões que aumentam o pH e corpo estranho;
- doenças debilitantes: Ex: diabete mellitus;
- transtornos hormonais: colpites por aumento de estrógeno;
- tratamento com antibióticos ou radioterapia - propagação de colpite e diminuição dos bacilos de Dooderlein.

Segundo Ribeiro (1981), as quatro classes mais frequentes de colpites são:

1. Colpite por *Trichomonas Vaginalis*;
2. Colpite por *Cândida Albicans*;
3. Colpite por *Haemophilus Vaginalis*;
4. Colpite senil.

As duas primeiras classes são encontradas com maior frequência.

Tricomoniase

Trata-se de uma colpite provocada pelo *T. vaginalis*, protozoário flagelado. A tricomoníase é, atualmente, classificada dentre as Doenças Transmitidas Sexualmente devido ao seu caráter venéreo, contudo sendo reconhecidos outros meios de contágio como toalhas, água e trato gastrointestinal. No sexo masculino, a infecção quase nunca provoca doença, transformando o homem em transmissor assintomático da doença. O tempo de incubação varia de 4 a 28 dias, e a infecção não se restringe à vagina, podendo alcançar a cérvix, a uretra, as glândulas parauretrais e a bexiga.

O *T. vaginalis*, provoca colpite aguda, com fluxo vaginal muito abundante, espumoso, verde-amarelado ou claro, e muito fétido. Produz também uma vulvite irritativa que pode estender à face interna das coxas, com prurido vulvar intenso e ardência. Pode levar a dispareunia ou a dor pela simples exploração unidigital ou colocação do espéculo. A vagina apresenta-se hiperemiada e edemaciada, evidenciando, em alguns casos, inúmeras pápulas avermelhadas e arredondadas que confere ao epitélio vaginal um aspecto de framboesa. Os sintomas urinários são muito frequentes: disúria e polaciúria podem ser, inclusive, as únicas queixas da paciente.

Tratamento - O tratamento visa primeiramente à erradicação dos tricomonas. A irritação e ardor que frequentemente estão associados desaparecem quando eliminamos o agente etiológico e o epitélio agredido regenera-se espontaneamente.

Os esquemas utilizados são vários e utilizam as seguintes drogas:

a) Metronidazol - 250mg via oral, três vezes ao dia por sete dias - 500mg via oral, duas vezes ao dia por cinco dias.

b) Nitroimidazol - 500mg via oral, duas vezes ao dia durante seis dias.

Recentemente, novos esquemas de tratamento são defendidos em inúmeros trabalhos, tratando a tricomoníase em dose única, utilizando 4g de Metronidazol e do Nitroimidazol, e 2g do Timidazol.

Para o sucesso do tratamento deve-se ter em mente que: o cônjuge pode ser portador assintomático de *T. vaginalis*, sendo fonte de reinfecções repetidas e, por isso, merecendo tratamento concomitante; o uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento deve ser evitado pois aumenta a toxicidade e a intolerância ao medicamento e que o coito deve ser evitado pois atua como elemento traumático sobre a mucosa inflamada, retardando a cura.

Cândida Albicans - Monilíase

A monilíase ou candidíase, doença causada pela *Candida Albicans*, é a segunda causa mais freqüente de fluxo vaginal aumentado. O fluxo é espesso, caseoso, branco-amarelado, muitas vezes referido pela paciente como semelhante à nata de leite. O volume não é excessivo e o sintoma mais significativo é um prurido de instalação súbita, acompanhado de um eritema intenso do vestibulo vulvar. Ocasionalmente, a monilíase compromete, além da vulva, a face interna das coxas e nádegas.

A monília é uma levedura que pode estar presente na maioria das cavidades naturais do ser humano (boca, ânus, etc...), sendo, geralmente, considerado como organismo saprófita. Porém, sob determinadas condições pode tornar-se patogênica, condições estas que deprimiriam as defesas imunológicas do indivíduo ou que modificariam o meio vaginal. Estas condições são cada vez mais freqüentes e transformam a candidíase em moléstia de grande importância clínica. Quando são utilizados antibióticos de largo espectro que afetam a flora bacteriana vaginal normal, forma-se, então, um ambiente favorável à proliferação destes fungos. Corticosteróides e hormônios anovulatórios também favorecem o desenvolvimento de uma monilíase. Condições tais como gravidez, obesidade e endocrinopatias (por ex. Diabetes Mellitus) facilitam o desenvolvimento desta levedura, embora o mecanismo ainda não esteja bem esclarecido.

O diagnóstico é feito pela visualização de placas brancas e mucosas hiperemiadas da vagina ou da porção vaginal da cérvix uterina e pelo isolamento de esporos e filamentos da cândida no esfregaço vaginal.

Tratamento - Atualmente, a terapêutica de escolha para o tratamento da monilíase utiliza a nistatina sob a forma de creme ou óvulos vaginais que contém 100.000 unidades da substância ativa. Recomenda-se o uso de um ou dois óvulos por dia durante 10 a 14 dias consecutivos. Para as lesões vulvares, utiliza-se lavagens com sabão neutro e posterior aplicação de nistatina em creme ou pomadas a base de corticosteróides, embora o uso deste último seja discutido pelos dermatologistas.

Quando este tipo de tratamento não obtém sucesso, a utilização da solução aquosa de violeta de genciana (0,25 a 2%) em toda a pele na mucosa vaginal pode controlar a infecção.

Alguns autores recomendam o tratamento do marido com a aplicação de creme a base de nistatina ou Clotrimazol no pênis, principalmente se o marido não for circuncidado.

Colpíte por “*Haemophilus vaginalis*”

O parasito é responsável por cerca de 90% das colpites ditas inespecíficas. Os sintomas básicos são semelhantes aos das colpites descritas anteriormente: leucorréia, prurido e dispareunia são as queixas mais freqüentes. A leucorréia que provoca é homogênea, acinzentada e não alcança grande volume. O odor característico está sempre presente e o prurido ocorre em cerca de metade dos casos, sendo que para alguns autores é rara a sua freqüência.

As mulheres que apresentam pH vaginal dentro dos limites normais raramente hospedam este microorganismo, a não ser que coexista uma condição que torne o pH vaginal menos ácido (infecção por tricomonas, fase pós-menstrual, lavagens vaginais freqüentes, etc...). Por apresentar um caráter venéreo no seu modo de infecção, a colpíte por *Haemophilus vaginalis* está classificada pela Organização Mundial de Saúde entre as Doenças Transmitidas Sexualmente. A infecção no homem é assintomática como na tricomoníase. A infecção na mulher é moderada ou também ausente por ser o *Haemophilus vaginalis* um parasito de superfície e que raramente produz alterações grosseiras na mucosa vaginal ou na vulva. A infecção vaginal ocorre também na infância e, ocasionalmente pode ser encontrada na puberdade.

Diagnóstico - Mulher em fase procriadora com pH vaginal 5,5 ou mais básico, com corrimento homogêneo, fétido, em cujo esfregaço a fresco não se identifica o

Trichomonas vaginalis e em que se nota que os leucócitos são raros, está mulher apresenta grandes probabilidades de ser portadora de uma infecção por *Haemophilus vaginalis*.

Tratamento - Trabalhos recentes mostram a grande efetividade do uso sistêmico de ampicilina no tratamento desta infecção na dose de 500mg via oral de 6 em 6 horas, durante 7 a 10 dias. O homem, por ser transmissor assintomático, merece ser tratado concomitantemente. Pode se usar também o tratamento tópico com óvulos vaginais de tetraciclina com relativo sucesso apresentados comercialmente em associação à Anfotericina B no sentido de evitar o desenvolvimento de uma candidíase secundária.

Colpite senil

Ao contrário das outras formas de colpite, esta moléstia não apresenta agente etiológico animado: ela se deve primordialmente a uma reação inflamatória da frágil mucosa vaginal da paciente senil.

Após a menopausa, os ovários vão dedicando gradativamente em sua função de síntese de esteróides sexuais. Com a falta de estrogêneos circulantes, as células da mucosa não mais armazenam glicogênio, que não será desdobrado em ácido láctico pelos bacilos de Dördelein, fazendo com que o pH da vagina seja menos ácido e mais susceptível às infecções secundárias. Com a perda do trofismo a mucosa vaginal apresenta-se fina, delicada e inelástica, que sofrerá com o traumatismo produzido pelo coito.

Os sintomas mais comuns são, portanto, a dispareunia e um fluxo vaginal que frequentemente se apresenta tingido por sangue. À inspeção, a comissura posterior mostra-se edemaciada e por vezes lacerada. A vagina revela uma mucosa pálida, lisa, brilhante, sem as rugosidades normais e podem ser observadas numerosas petéquias, equimoses ou até ulcerações.

A citologia, nesses casos, mostra um esfregaço atrófico, com células basais, leucócitos e bactérias. O diagnóstico diferencial com o câncer cervical é obrigatório em todas as pacientes idosas com leucorréia sanguinolenta, e, em alguns casos, a curetagem uterina fracionada e exame histopatológico do material obtido torna-se necessário.

Afastada a possibilidade de existir uma neoplasia maligna genital, o tratamento consiste na aplicação de estrogênio tópico ou via oral.

Colpites ditas inespecíficas

Na colpíte por estafilococo, estreptococo, colibacilo *Proteus vulgaris*, a flora vaginal apresenta-se geralmente do tipo III, rica em piócitos, polimorfos nucleares e o predomínio de um ou mais de um dos microorganismos acima enumerados. O “corrimento” vaginal é amarelado e espesso.

Toda colpíte, provocada pelos organismos acima, que se mostrar rebelde ao tratamento leva a suspeita de uma associação com o hemófilo vaginal o que se tem sido apurado com certa freqüência. A ausência de bacilos de Döderlein e de piócitos induz a presença de hemófilo vaginal, cujo “corrimento” apresenta-se ligeiramente fétido, pouco espesso e de cor acinzentado; o prurido vulvar não é intenso.

Repouso físico relativo e sexual absoluto; alimentação rica em proteínas e vitaminas e boa ingestão de líquidos complementam o tratamento da colpíte pelos microorganismos referidos.

3.4- Cervicites

Segundo Ribeiro (1981) chama-se de cervicites as inflamações da mucosa glandular do colo do útero, excluindo deste modo os processos inflamatórios que afetam a porção do colo revestida por epitélio escamoso estratificado (semelhante ao que recobre as paredes vaginais) e que são denominadas cervicocolpites ou menovaginites.

Certas condições associadas (ectopia da mucosa endocervical e cicatriz de lacerações, por exemplo), por exporem o epitélio glandular da endocérvice ao ambiente séptico e hostil da cavidade vaginal, atuam como fatores coadjuvantes na gênese das cervicites.

A cervicite, crônica ou aguda, é uma das patologias mais freqüentes na clínica ginecológica, afetando cerca de 50% das mulheres, em alguma fase da vida (Ribeiro, 1981).

Cervicite Aguda

A cervicite aguda tem como causa mais comum a *Neisseria gonorrhoeae* que, tem predileção pelo epitélio glandular, indo infectar por via direta a mucosa endocervical. A cervicite aguda pode também ter origem em período puerperal,

acompanhando uma infecção generalizada ou sendo facilitada por lesões cirúrgicas ou obstétricas.

Com a infecção do agente etiológico, instala-se imediatamente um processo inflamatório com hiperemia, edema e infiltração de leucócitos polimorfonucleares. A cérvix apresenta-se avermelhada, com aspecto congesto e com a mucosa endocervical evertida. Em um a dois dias, o comprometimento da cérvix é completo. O exsudato inflamatório rico em fibrinogênio toma conta do interstício, bloqueando a drenagem linfática e aumentando o edema da cérvix. O epitélio glandular comprometido reage com hiperfunção e secreção de muco purulento e profuso. Em alguns casos o processo inflamatório é tão intenso que pode haver descamação do epitélio de revestimento, dando origem à erosão. Em outros casos, o processo inflamatório leva à necrose do tecido conjuntivo, com perda de substância e formação de úlceras.

A cervicite aguda pode evoluir em três sentidos:

1. regredir completamente com cura clínica e às vezes anatômica também;
2. regredir parcialmente, dando origem a uma cervicite crônica; e
3. evoluir com disseminação ascendente, originando um processo inflamatório pélvico agudo.

Cervicite crônica

Constitui-se na segunda causa mais freqüente de leucorréia. Como foi dito, a cervicite crônica traduz a passagem de um processo inflamatório na cérvix, podendo alojar no fundo de suas criptas glandulares o gonococo ou outro germe que tenha se tornado patogênico. No entanto, na maioria dos casos resulta de cervicites puerperais, associadas ou não com lacerações da cérvix.

Nas cervicites crônicas geralmente se vê a cérvix lacerada, evertida, com a mucosa glandular recoberta por muco branco-amarelado, espesso. A mucosa é friável e ao menor traumatismo pode sangrar.

Os sintomas, quando presentes, à exceção da leucorréia, são todos originados da pelvecelulite que quase sempre acompanha estes casos: dor lombar, desconforto pélvico, dispareunia, pequenos sangramentos ao coito e, por vezes, dismenorréia.

O diagnóstico é baseado no exame especular e no quadro clínico. Algumas vezes é impossível diferenciar-se a cervicite crônica de um carcinoma de colo sem que se recorra à biópsia.

Tratamento - Cirúrgico: a) Cauterização - A cauterização química, usada antigamente, vem sendo substituída pelo cautério quente, frio ou criocautério na destruição das áreas afetadas.

O cautério quente é recomendado nos casos de ectopias extensas com pouco comprometimento do canal. Usa-se o eletrocautério, fazendo incisões radiais superficiais desde o orifício externo até a periferia da ectopia.

O cautério frio consiste na aplicação de calor que não ultrapasse os 60° centígrados, através de uma alça que é introduzida no canal cervical e movimentada lentamente durante cinco minutos em média, evitando-se assim a formação de crostas espessas que isolariam o calor, impedindo o tratamento da parte profunda das glândulas.

O criocautério utiliza o CO₂ (80° centígrados negativos) destruindo o tecido lesado por congelamento.

A dor é praticamente nula, a técnica facilíma e a baixa incidência de complicações como a hemorragia e estenose cervical estão tornando este método cada vez mais popular.

b) Cirúrgico propriamente dito - O tratamento cirúrgico propriamente dito visa corrigir as lacerações (traqueoplastias) ou extirpar a área lesada, encontrando suas indicações nos insucessos dos outros tipos de tratamento ou nos casos em que as lesões são muito extensas e as pacientes não mais estão interessadas em gravidez. As cirurgias mais utilizadas são a conização com pontos, a amputação plana do colo ou, ainda, a histerectomia, em caso de ser verificada outra patologia associada tais como mioma, prolapso, etc.

3.5- Câncer genital

Segundo artigo publicado na Revista Veja, nº16 de 17 de abril de 1996, morrem anualmente no Brasil 5.400 mulheres vítimas de câncer de cérvico-uterino, sendo detectados por ano 22.750 novos casos.

Para Souen (1992), o câncer cérvico-uterino é uma doença progressiva, iniciada com mudanças neoplásicas intra-epiteliais que podem se transformar em um processo invasivo dentro de um período médio de 10 a 20 anos. O objetivo principal dos programas de controle do câncer cérvico-uterino é prevenir o carcinoma invasivo através da detecção, diagnóstico e tratamento precoce da doença em suas etapas iniciais, quando ainda é possível conseguir-se uma taxa de cura próxima a 100%.

Histopatologicamente, as lesões cervicais pré-invasivas desenvolvem-se através de algumas etapas de displasia (leve, moderada e acentuada), as quais evoluem para o carcinoma *in situ* e, finalmente, ao microinvasor, com invasão profunda e um foco secundário, à distância. A maioria dos patologistas estão acordes que a displasia acentuada e o carcinoma *in situ* não podem ser diferenciados com segurança, e que a displasia acentuada ou mesmo moderada pode resultar em uma doença invasiva ou se aprofundar e ir à distância (metástase). Alguns grupos classificam as lesões cervicais pré-invasivas como neoplasias intra-epiteliais (NIC), com diferentes graus, que vão de I a III.

Ainda que, de modo geral, o câncer cérvico-uterino invasivo quase sempre desenvolva-se através dos progressivos graus das NICs, nem todas as NICs caminham necessariamente para um processo invasivo. Alguns estudos têm demonstrado que 30 a 35% das NICs apresentam regressão espontânea: as NICs de grau I e II têm as taxas de regressão mais altas. Admite-se que não é possível, realmente, se determinar *a priori* quais são as lesões que progridem ou quais as que não, portanto, todas as NICs devem ser consideradas lesões significativas e como tal devem ser tratadas, Souen (1992).

Em virtude da forma progressiva deste tipo de câncer, é importante considerar as taxas de prevalência específicas por idade para as diferentes lesões. Numerosos estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá e outros países desenvolvidos, demonstram que a displasia evolui para o estágio *in situ* em aproximadamente 5 anos, e que são precisos outros 10 anos para que atinja a fase invasiva, Silveira (1987).

Kiichiro Hansumi (1986) afirma que para que se possa entender o câncer de útero, é necessário considerar que o útero é constituído de três áreas iguais, começando da porção superior. O câncer que normalmente ocorre na parte mais baixa e mais próxima da entrada do útero é chamado “câncer cervical”. O tipo mais comum de câncer cervical é o carcinoma de células escamosas, ou cancroide, que ocorre no tecido epitelial

do colo do útero. Cerca de um terço dos cânceres cervicais têm essa origem. É uma forma ulcerosa de câncer, que causa inflamação e ulceração dos tecidos.

A entrada do útero apresenta uma lesão semelhante a uma grande cicatriz, severamente hemorrágica, lembrando uma romã cortada ao meio. Sem tratamento, essa forma de câncer é extremamente invasiva na direção reversa.

Uma condição que ocorre na parte central do útero é o mioma uterino. O câncer uterino secundário se desenvolve de um mioma que se degenerou em câncer. Ele domina a parte central do útero e propaga-se diretamente daí. As formas de câncer que começam nessa parte central são, frequentemente, cânceres uterinos que se desenvolveram de miomas que se tornaram malignos. Geralmente tomam a forma de sarcomas. O câncer uterino da terceira secção, a parte superior do útero, é uma metástase do câncer do ovário. Em cada caso, uma condição como um cistoma ovariano sofre degeneração cancerosa, tomando a forma de um adeno-câncer e rapidamente ataca o útero via trompa. Em geral, os cânceres uterinos secundários se desenvolvem a partir de um câncer ovariano e, muito comumente, são conhecidos como “tipos ovarianos de câncer”. O local atingido é a “base do útero”.

Para os leigos, os sintomas para um auto-diagnóstico são primeiramente sangramento e depois corrimento. É claro que um corrimento recorrente pode ocorrer sem que haja o câncer, como no caso de uma infecção por trichomonas. Entretanto se a situação é causada por parasitas, estes são facilmente detectados num exame microscópico. A existência de corrimento acompanhado de perda gradual de peso indica a possibilidade de câncer uterino, Silveira (1987).

Souen (1992) afirma que os sintomas iniciais dos cânceres que afetam o sistema reprodutor feminino - vulva, vagina, útero - aparecem primeiramente como inflamação diminuta ou erupções. Às vezes, nem médico, nem paciente dão grande importância ao fato, tratando-o como uma lesão qualquer. Porém, se passados um ou dois anos e a situação persistir, terá início o sangramento e a perda de peso, a paciente será, então, submetida a uma biópsia. Existem casos onde o câncer ainda não é detectado nesse estágio, o que determina uma espera de mais 3 ou 6 meses quando a situação já se tornou muito avançada.

Teoricamente há o estágio chamado pré-câncer, que é determinado da seguinte forma: coleta-se uma amostra do tecido e através de técnicas especiais de coloração

pode-se investigar as células sob um microscópio. Se a doença já estiver instalada, a perda de tempo será considerável, e o câncer avançará inexoravelmente como resultado da retirada do tecido canceroso.

Quando o diagnóstico é finalmente confirmado, a doença pode ter alcançado estágios bem avançados e o procedimento médico normal é atacá-lo com radiações de cobalto. Com isso o local afetado apresentará uma breve melhora, por um período de tempo muito curto, após o que começarão aparecer outros tumores em locais próximos. Acontecendo isso, o cobalto, os raios X e o rádio, serão todos ineficazes. A queimadura provocada pela radiação transformou-se em câncer de queimadura. A área ao redor fica tão dura como um papelão e a paciente sofre severas neuralgias. A dor do câncer de radiação, pode-se comparar ao ferimento causado por um prego de aço, e nesse estágio a dor não pode ser controlada por analgésicos ou sedativos.

No caso de carcinomas de células escamosas que correm perto da entrada do útero, se o quadro for tratado como câncer, nos estágios iniciais - antes que qualquer retirada de tecido tenha sido feita - surpreendentemente ele pode ser curado pela galvanocauterização ou, em certos casos, por queimaduras com substâncias como gelo seco. Efetivamente a doença é curada por um ataque local. Porém, quando é usado um escalpelo para cortar a área, em muitos casos o câncer ocorre novamente. Os vírus patogênicos reaparecem ao longo da incisão depois que ela for costurada. A situação piora consideravelmente após a experiência da extirpação, o que ocorre também no câncer de mama.

No câncer de colo cervical e da trompa ocorre uma inflamação permanente e uma variedade de úlceras que também persistem por longos períodos, que não respondem ao tratamento. Depois disso, o sangramento pode ocorrer durante o relacionamento sexual e, como em várias doenças avançadas, as hemorragias se tornam mais comuns. Os diagnósticos precoces ainda são difíceis neste estágio, através dos recursos básicos da medicina convencional. É necessário fazer extirpação de tecido para exame microscópico, ou cultura de células cancerosas por um período muito longo, antes que uma decisão possa ser tomada. O diagnóstico precoce através de exame clínico é muito difícil, pois as opiniões diferem em função da elasticidade da experiência profissional e profundidade de conhecimento do médico, Kiichiro Hansumi (1986).

Para Silveira (1987), o câncer de colo uterino é o tumor mais incidente nas mulheres, na maioria dos países, sendo superado apenas pelo câncer de mama em algumas regiões.

- O autor afirma que as mulheres que iniciam a atividade sexual antes dos 20 anos, têm 2 a 3 vezes mais risco para o aparecimento deste tipo de tumor, principalmente quando associado a baixas condições de higiene.
- As doenças inflamatórias ginecológicas freqüentes e mal tratadas e as doenças venéreas influenciam no aparecimento do câncer de colo uterino.
- As mulheres que têm ou tiveram mais de um parceiro sexual, possuem risco mais elevado ao aparecimento da doença.
- Observa-se ainda, maior incidência em mulheres entre 40 e 50 anos de idade, múltiparas e de baixo nível sócio-econômico.
- O câncer de colo é raro entre as judias e nas populações em que os homens são circuncidados. O esmegma masculino vem sendo relacionado ao aparecimento do câncer do colo uterino.

Segundo Souen (1992) as medidas preventivas e de diagnóstico precoce, são de fundamental importância no controle dos tumores do colo uterino, principalmente porque a sintomatologia específica nestes casos é tardia. Os sinais e sintomas mais freqüentes são o sangramento anormal, o corrimento vaginal purulento e fétido e dor ao coito.

A principal medida de controle é a realização do exame colpocitológico periodicamente (exame preventivo), detectando-se precocemente qualquer alteração nas células do colo uterino. Este exame é indicado para todas as mulheres com atividade sexual e após os 20 anos de idade para os demais. Tendo-se em vista que em 1980 o câncer de colo uterino representou no Brasil 8,2% das mortes em mulheres acima de 15 anos.

Além do exame colpocitológico, o diagnóstico poderá ser feito através da colposcopia e biópsia.

A colposcopia auxilia na procura de imagens suspeitas e na orientação do local da biópsia. utiliza uma série de soluções como: ácido acético, hipossulfito de Sódio, noradrenalina, azul de toluidina, com finalidade de estudar melhor os aspectos das zonas

de transformação que devem ser bem estabelecidas. Incorpora o teste de Schüller na procura de áreas iodo-negativas.

A colpocitologia introduzida por Papanicolau & Trant, é o método mais simples, mais econômico e talvez o mais útil para o diagnóstico das alterações epiteliais do colo uterino, porém a coleta deve ser feita sob critérios rígidos, Pinotti (1986).

Segundo a orientação do Programa de Controle de Câncer Cérvico-uterino e de Mama do Ministério da Saúde (1986), a colheita deve ser tríplex: fundo do saco posterior, ectocérvice e endocérvice, devendo a colheita ser feita antes de aplicar qualquer solução para colposcopia alargada.

Quando a colposcopia revela imagens fortemente suspeitas deve-se fazer biópsia de imediato. Se os resultados são indicativos de suspeita de malignidade, deve ser feita nova citologia e se os resultados forem negativos na área suspeita, os exames devem ser repetidos até diminuir as dúvidas, sendo por vezes necessário a amputação do colo para obter um diagnóstico definitivo.

Classes de citologia oncótica (ou Papanicolau):

Material inadequado (sem classificação)	0
Negativa para células neoplásicas malignas	I
Células atípicas presentes (atipia inflamatória), porém negativo para células neoplásicas malignas	II
Suspeito para células neoplásicas malignas	III
Positivo. Altamente sugestivo para células neoplásicas malignas	IV
Positivo para células neoplásicas malignas	V

Biópsia: o exame histopatológico é indispensável para confirmar a suspeita da malignidade. A biópsia é conduzida mediante a colposcopia. A curetagem da endocérvice é método indispensável quando não há áreas ecto-cervicais dignas de suspeita e quando a citologia revela displasia ou carcinoma “in situ”.

Quando confirmado o diagnóstico do CIS pelo estudo histológico, os estudos prosseguem com a amputação ou conização do colo.

A classificação do câncer do colo de útero, feita pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em 1985, é a seguinte

Estádios

- 0** Carcinoma in situ
- I** Carcinoma confinado ao colo do útero (a progressão para o corpo do útero não deve ser considerada)
 - Ia** Carcinoma pré-clínico (diagnosticado microscopicamente)
 - Ia 1** Invasão estromal mínima (não-mensurável)
 - Ia 2** Invasão até no máximo 5mm de profundidade por 7mm de extensão
 - Ib** Lesões maiores que aquelas descritas em Ia 2

Obs: Nos estádios Ia, a invasão vasculolinfática não altera o estágio, porém deve ser anotada.

- II** O carcinoma estende-se além da cérvix, porém não atinge a parede óssea, nem o terço inferior da vagina
 - IIa** Não há envolvimento parametrial
 - IIb** Há envolvimento parametrial
- III** O carcinoma estende-se até parede óssea e/ ou atinge o terço inferior da vagina, e/ou há hidronefrose ou exclusão renal conseqüente ao tumor
 - IIIa** Há extensão até o terço inferior da vagina sem progressão até a parede óssea
 - IIIb** Há extensão até a parede pélvica e/ou hidronefrose ou exclusão renal
- IV** O carcinoma estende-se além da pelve verdadeira ou envolve a mucosa da bexiga ou do reto.
 - IVa** Há invasão da mucosa da bexiga ou reto
 - IVb** Há metastástase à distância

3.6- Anatomia das Glândulas Mamárias segundo Jacob & Francone (1982)

As duas glândulas mamárias, ou mamas são órgãos reprodutores acessórios.

Cada mama se localiza anteriormente aos músculos peitorais e estende-se como estrutura convexa da margem lateral do esterno à borda anterior da axila.

Os mamilos, que são aberturas dos ductos galactóforos, estão localizados próximo ao centro das mamas. Uma área circular mais larga de pele pigmentada, conhecida como aréola, circunda cada mamilo. Existem 15 a 20 lobos de tecido glandular disposto radialmente na mama. Cada um é embebido em gordura e tecido conjuntivo e possui seu próprio ducto excretor, o ducto galactóforo ou produtor de leite. Os lobos convergem em direção à aréola, abaixo da qual eles formam a ampola, que serve como reservatório para o leite.

3.7- Fisiologia da Glândula Mamária

Dos componentes da fisiologia da glândula mamária será descrito - o desenvolvimento da glândula.

Desenvolvimento para um estágio funcional segundo Jacob e Francone (1982), estudos experimentais em animais mostraram que a prolactina da hipófise, assim como os hormônios ovarianos, estrogênios e progesterona, são todos essenciais para o crescimento e o desenvolvimento normal da mama. Os hormônios ovarianos exercem controle específico sobre o crescimento da mama e seu desenvolvimento. O estrogênio estimula o desenvolvimento dos ductos, a progesterona influencia o crescimento dos alvéolos.

Existem variações cíclicas das glândulas mamárias associadas com a elevação e quedas das secreções hormonais durante o ciclo menstrual. Muitas mulheres notam plenitude, tensão, prostração, dor na mama, logo antes da época da menstruação. Isto se relaciona com o crescimento limitado que se observa nos ductos e alvéolos e também com o entusmecimento dos tecidos conjuntivos da mama que precedem a época da menstruação. A regressão ocorre após a menstruação, e o tecido conjuntivo torna-se mais fibroso.

Durante a gravidez, o aumento rápido de estrogênio e progesterona produzidos pelos ovário e, mais tarde, pela placenta, causa alterações nas glândulas mamárias mais marcantes do que as alterações pré-menstruais. A mama torna-se maior com o aumento no número de ductos e com a complexidade dos alvéolos. A cor da aréola escurece.

3.8- Câncer de Mama

Assim como o câncer uterino, o câncer de mama é muito freqüente em todo o mundo, disputando os primeiros lugares em relação à outros tipos. Nos E.U.A 28% de todos os tumores malignos em mulheres. No Brasil representa 16,5% de todos os tumores malignos em mulheres, Montoro (1984).

Segundo artigo publicado na Revista Veja, nº16 de 17 de abril de 1996, o câncer de mama no Brasil mata 5.950 mulheres por ano, sendo detectados anualmente 33.750 novos casos.

Até a década de 60, os médicos acreditavam que o câncer de mama atacava principalmente mulheres com mais de 50 anos e só raramente as de menos idade. Atualmente dados estatísticos confirmam a suspeita de que a doença estaria alastrando-se para faixas etárias menores, como afirma Góes Júnior (1986), presidente do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, que após examinar portadoras brasileiras de tumor maligno de mama, 530 delas, ou seja, 44%, tinham menos de 50 anos. Esta constatação é muito significativa, tendo em vista que a mesma foi feita no Brasil. “Em nosso país cerca de 62% da população possui menos de 35 anos”, explica Góes Júnior. Já a faixa etária predominante nos E.U.A. e Europa é em faixas etárias mais avançadas. Diante deste fato Góes Júnior mostrou-se apreensivo com a probabilidade estatística de o câncer de mama transformar-se num grave problema de saúde pública no Brasil.

Segundo Montoro (1984), o câncer de mama parece ser a conseqüência de uma constelação de fatores epidemiológicos e não de uma simples causa. Tais fatores incluem: a) predisposição genética; b) meio hormonal desfavorável; c) incompetência imunológica; d) exposição a cancerígenos; e) condições pessoais e demográficas diversas.

Pinotti (1986), acredita que dois fatores principais multiplicaram o número de doentes nos últimos levantamentos: o aperfeiçoamento dos métodos de diagnósticos precoces e uma exposição das pessoas ao sol e a agentes cancerígenos, como por

exemplo o uso indiscriminado de hormônios ministrados inclusive pelo próprio médico. “Há ainda uma relação comprovada entre uma alimentação mais rica em gordura e um maior risco de câncer de mama” afirma Pinotti. Estudos afirmam que as mulheres, como as freiras, que preservam a castidade, ou que casam e não têm filhos, ou que ficam grávidas pela primeira vez depois dos 30 anos, ou ainda, que não tem leite para amamentar os filhos, parecem ser mais susceptíveis à doença. Adverte Pinotti, “uma em cada 19 ou 16 mulheres que nascem no Brasil, irá desenvolver câncer de mama durante sua vida”.

Segundo os participantes do VI Congresso Latino-Americano de Mastologia, realizado em Canela, no Rio Grande do Sul, quando a doença é descoberta no início, o índice de cura em dez anos é de 85%, ou seja, 85% de suas portadoras não apresentam qualquer sinal dela depois de 10 anos.

Como observou-se na bibliografia pesquisada, existe um grupo de maior risco para desenvolver o carcinoma de mama.

São considerados fatores de alto risco:

- predisposição genética e familiar;
- menopausa tardia (55 anos);
- menarca precoce (antes dos 12 anos);
- deficiência imunológica;
- condições pessoais e demográficas diversas;
- exposição a cancerígenos;
- história de cisto mamário;
- sexo, raça, idade;
- antecedentes obstétricos desfavoráveis (multiparidade, gestação tardia, ausência de amamentação).

Estudos demonstram que, na maioria dos países e principalmente em países sub-desenvolvidos, as mulheres procuram os serviços de saúde com tumor em estado avançado, por desconhecimento e principalmente por medo da doença.

Silveira (1987) afirma que “80% dos tumores mamários são percebidos pela própria paciente”.

Quando o diagnóstico é precoce e o tratamento instituído é correto, têm-se excelentes resultados no tratamento de tumor mamário.

Todas as mulheres devem realizar o auto-exame das mamas periodicamente (mensal), procurando o médico frente a presença de sinais e sintomas mamários de alarme.

Sinais de alarme:

- Assimetria das mamas, presença de nódulo mamário, alteração da coloração da pele, retração da pele ou do mamilo, secreção mamilar (que não seja leite), nódulos nas axilas, nódulo na região supra-clavicular e edema de baço de origem desconhecida, Silveira (1987).

Sintomas de alarme:

- Dor mamária, alterações da temperatura mamária, sensação de peso anormal na mama e dor em região axilar de origem desconhecida, Silveira (1987).

Como método de prevenção do câncer mamário, segundo os autores pesquisados; seria uma campanha nacional por parte das autoridades competentes, ensinando às mulheres a apalparem as duas mamas (auto-exame de mamas).

Para que as mulheres estejam mais aptas a terem um comportamento em relação a manutenção de sua própria saúde é necessário que possuam algum conhecimento de seu próprio organismo. Uma mulher, nem sempre pratica o auto-exame de mama, mesmo sabendo que o mesmo é um instrumento importante na detecção precoce do câncer e que pode melhorar a taxa de sobrevivência. Outra, por ser de alto risco para desenvolver o câncer de mama, não realiza o auto-exame por medo de detectar qualquer anormalidade (caroço). Assim, crenças e atitudes nem sempre produzem comportamento esperado.

O estágio pré-invasor do câncer de mama é longo, podendo durar meses ou mesmo anos. Daí a importância da intensificação das ações de detecção, mais frequentemente naquelas mulheres consideradas como de maior risco.

Exame clínico das mamas

O Ministério da Saúde, através do Programa de Controle do Câncer Cérvico-uterino e de Mama (1986), afirma que o exame clínico das mamas deve ser uma

rotina no exame ginecológico e tem como objetivo a detecção de neoplasia ou qualquer outra patologia incidente.

O exame clínico das mamas requer momentos terapêuticos obrigatórios, mesmo que à simples inspeção aparentem ser normais.

Momentos propedêuticos

a) Inspeção

A inspeção deve ser feita com a paciente em pé ou sentada, a qual deve ser observada com os braços ao longo do tronco, com os braços levantados, e com as mãos nos quadris.

Atentar para:

- forma, volume, simetria e retrações;
- coloração e alterações da pele;
- aréola, mamilo e papila.

b) Palpação

A palpação deve estender-se desde a linha médio-esternal até a clavícula e, lateralmente, até o início da região dorsal. Deve ser realizada em dois momentos:

1) paciente deitada, ombro sobre-elevado - palpar a mama em toda sua extensão, deslizando os dedos sobre a pele, a fim de sentir o parênquima mamário.

* Atentar para presença de nódulos.

2) paciente sentada - palpar profundamente as cadeias infáticas, com atenção especial para as fossas supraclaviculares e região axilar.

* Atentar para a presença de linfonodos.

c) Expressão

Esta é uma etapa subsequente a palpação e permite detectar a presença de secreção.

A presença de secreção papilar pode estar associada a processo inflamatório, lesão benigna ou maligna.

* Atentar para presença e características da secreção - se purulenta e ou sanguinolenta, colher material para exame citopatológico.

ACHADOS CLÍNICOS QUE PODEM SER IDENTIFICADOS DURANTE O EXAME DAS MAMAS E QUE DEVEM SER ESCLARECIDOS

ACHADOS CLÍNICOS	SUGESTIVO DE MALIGNIDADE	SUGESTIVO DE BENIGNIDADE
- Nódulo duro, evidente	- único	- múltiplo
- Ductos firmes, dispostos radialmente	- não	- sim (doença cística)
- Ingurgitamento venoso	- unilateral	- bilateral
- Desvio da papila	- unilateral	- bilateral
- Erosão da papila	- unilateral	- bilateral
- Retração da pele	- sim	- não
- Fixação à parede torácica	- sim	- não
- Pele em "casca de laranja"	- sim	- não
- Descarga sanguinolenta	- sim	- sim (papiloma)
- Nódulos axilares e ou supra-claviculares	- sim	- não
- Massa regular, móvel, escorregadia	- não	- sim (fibroadenoma)
- Massa tenra, renitente	- não	- sim (cisto)
- Sinais de inflamação	- fora do puerpério	- durante a lactação

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Controle do Câncer Cérvico-uterino e Mama. Brasília, 1986.

4- BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

Para que a enfermagem atue efetivamente necessita desenvolver uma metodologia de trabalho que deve estar fundamentada em um método científico.

Segundo Stevens (1979) e Neuman (1982), marco conceitual é “ um conjunto de definições e conceitos interrelacionados com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar à prática de modo abrangente”. Neste estudo tais definições e conceitos estão fundamentados na teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

Para Orem, citada por Reibnitz (1983), “o homem tem habilidade para cuidar de si mesmo, através de práticas adquiridas pela influência de crenças , hábitos e atitudes que caracterizam a forma do grupo a que pertence”.

Os pressupostos da teoria do autocuidado de Orem são:

- O autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos.

- O autocuidado é uma ação deliberada que possui propósito, padrão e seqüência, que busca metas e resultados. Orem (1971)

-As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence. Orem (1971)

As maneiras de encontrar as necessidades de autocuidado (processos, tecnologias e práticas de autocuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores. Orem (1971)

- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimentos e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos influenciam as decisões e ações ao autocuidado. Orem (1971)

- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimentos sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo. Orem (1971)

- A enfermagem é um serviço de ajuda. Orem (1971)

A partir dos pressupostos, Orem elaborou os seguintes conceitos:

SER HUMANO: “é uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos ser humano e ambiente formam um todo integrado ou sistema”. Orem (1971)

Neste estudo o ser humano a ser focalizado é a mulher que tem uma história de vida singular e possui uma necessidade inata de desenvolver ações de autocuidado para manter a vida através da promoção da saúde.

MEIO AMBIENTE: está intimamente ligado ao ser humano, formando juntos um sistema integrado, relacionado ao autocuidado. Dentro desta teoria, conforme Santos (1991) meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas, ambientais e pelo impacto que uma exerce sobre a outra. Qualquer

alteração ou influência em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente), pode afetar o funcionamento dos indivíduos no desempenho das ações de autocuidado. Orem (1971). *Neste estudo o meio ambiente refere-se ao conjunto de elementos que constitui o meio físico, geográfico e o contexto sócio-cultural onde a mulher está inserida.*

AUTOUIDADO: “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar”. Orem (1971)

Autocuidado consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz. Orem (1971)

Os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas autocuidado são designadas por Orem (1971) de requisitos de autocuidado.)) Três tipos de requisitos de autocuidado são identificados pela teórica:

1- Requisitos de autocuidado universais: que são comuns a todos os seres humanos, durante os estágios de ciclo vital, ajustados à idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros fatores.

2- Requisitos de autocuidado desenvolvimentais: humanos e com condições e eventos que ocorram durante os vários estágios do ciclo vital, por ex.: (gestação, nascimento de um filho, lactação) e eventos que possam afetar adversamente o desenvolvimento.

3- Requisitos de autocuidado relativos aos desvios de saúde: que estão associados com defeitos genéticos, constitucionais e desvios estruturais e funcionais humanos, com os seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico. Orem (1971)

Autocuidado da mulher que procura a prevenção do câncer ginecológico refere-se à prática de ações que a mulher inicia e executa deliberada e eficazmente em seu próprio benefício para manter e promover a saúde.

ENFERMAGEM: a condição que justifica a existência da enfermagem para o indivíduo adulto é “a ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e qualidade de autocuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença ou dano ou na maneira de enfrentar seus efeitos”. Orem (1971)

Para a teórica a enfermagem é “serviço, arte e tecnologia”. Como serviço a enfermagem existe para ajudar os seres humanos através do desempenho de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pela enfermeira para auxiliar indivíduos e grupos sob seus cuidados e manter ou mudar as condições em si mesmos ou em seus meios ambientes. Estas ações podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob orientação da enfermeira quando as pessoas têm limitações que não podem ser imediatamente suplantadas. Esta forma de relação de ajuda enfermeira/cliente é contratual. Como arte enfermagem consiste “habilidade de assistir outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de autocuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade”. Orem (1971)

Arte implica em qualidade, a qual é inerente às enfermeiras, permitindo-lhes, atuar fazendo investigações criativas, análise e síntese das variáveis e fatores condicionais dentro das situações de enfermagem, de maneira a trabalhar para obtenção de certos objetivos, de um sistema efetivo de assistência de enfermagem à indivíduo do grupo. Orem (1971)

Como tecnologia enfermagem refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou o método para obtenção de resultados desejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais e instrumentos. Orem (1971)

Neste estudo a enfermagem ao preocupar-se com a necessidade do indivíduo de autocuidar-se, e a provisão e manutenção deste autocuidado de uma forma contínua de modo a manter a vida e a saúde, será útil quando a mulher apresentar déficits de competência para manter continuamente a quantidade e qualidade de autocuidado para promoção e manutenção da saúde.

SAÚDE: “É um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento”. Orem (1971). Este conceito, de acordo com Santos (1991) inclui aspectos físicos, psicológicos interpessoais e sociais os quais são considerados por Orem como inseparáveis do indivíduo. Para Orem citada por Santos (1991), o conceito de saúde implica também na integridade estrutural e funcional do ser humano dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integrações entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais.

Para a mulher que procura o Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico, a saúde consistirá na busca e manutenção de um estado de totalidade ou integralidade dirigindo a níveis cada vez mais altos de integração com o seu modo de funcionamento enquanto ser humano.

COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO PARA O AUTOCUIDADO: É o poder, a competência ou potencial do indivíduo para se engajar no autocuidado, é um símbolo para uma característica humana, uma capacidade para uma forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge um grau de perfeição com o adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é usada no sentido de um meio (instrumento), para exercer poder, uma habilidade. Orem (1971).

Tal habilidade é complexa e “é adquirida para satisfazer as necessidades continuadas de uma pessoa no que toca ao cuidado que regula os processos de vida, mantém ou promove o bem estar”. Orem (1971)

A competência da mulher para o autocuidado será aqui entendida como a capacidade e o potencial que a mesma possui para assumir as ações de autocuidado a fim de satisfazer suas necessidades para manutenção e promoção da saúde.

Acredito que a mulher ao receber e incorporar as orientações que levam a ações adequadas para seu autocuidado, têm possibilidades de manter e promover sua saúde, tornando-se também um agente de mudança no contexto social no qual está inserida.

5- ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS

5.1- Aspectos Gerais do Campo de Estágio

O local a ser escolhido para o desenvolvimento do projeto foi a Policlínica de Referência Regional I do estado de Santa Catarina e situada à Rua Esteves Júnior.

A Policlínica tem por objetivo: Atendimento de saúde globalizado de referência, com qualidade e baixo custo e desenvolve os seguintes programas junto à população:

- Programa de Hipertensão
- Programa ao Diabético
- Programa de Osteoporose
- Programa de Prevenção Precoce do Câncer
- Programa de Tuberculose
- Programa de Planejamento Familiar
- Programa ao Ostromizado
- Programa do Adolescente
- Programa da Epilepsia
- Programa de Saúde Comunitária
- Programa de Nutrição
- Programa de Assistência Domiciliar

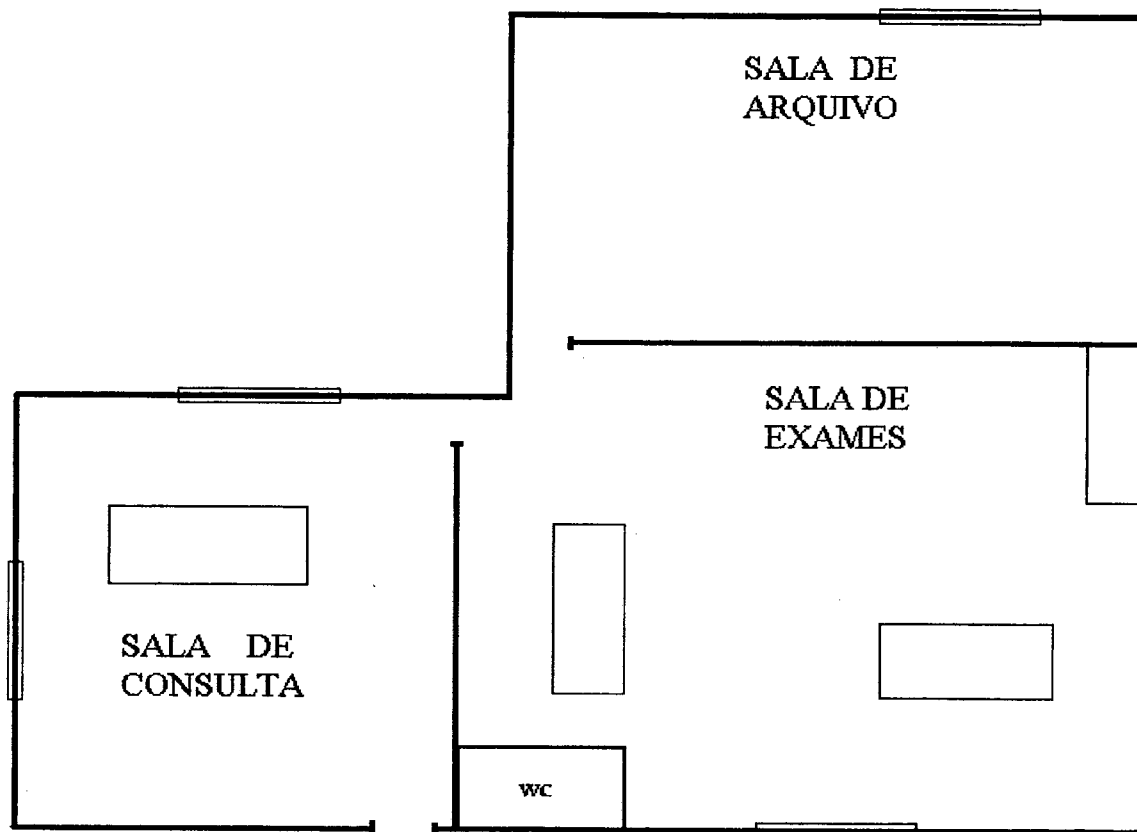
O Programa de Prevenção ao Câncer Ginecológico funciona no 1º andar, estando diretamente ligado à ele duas(2) enfermeiras no turno da manhã e uma enfermeira e uma auxiliar no turno da tarde, que atuam numa área física composta por: sala de entrevista, sala de coleta de material com banheiro e uma sala para arquivo. O Programa atende à mulheres da grande Florianópolis e municípios vizinhos, sendo que diariamente são agendadas por demanda espontânea 12 clientes por turno (matutino e vespertino), sendo que uma enfermeira faz a entrevista (Anamnese) e outra a coleta da colpocitologia e exame de mama.

As lâminas do material colhido são encaminhadas à 3 laboratórios privados, sendo que seu retorno com resultado leva em torno de 4 a 5 dias.

A enfermeira faz a leitura do resultado e caso necessário, encaminha a cliente para consulta e tratamento ginecológico na própria instituição.

O programa conta com dois(2) médicos ginecologistas que atendem às clientes encaminhadas pelas enfermeiras.

PLANTA FÍSICA DO PROGRAMA



5.2- Plano de Ação

Foi estabelecido como plano de ação:

5.2.1- Relacionados as Atividades Organizações

5.2.1.1- Reunir-se quinzenalmente com a enfermeira supervisora e orientadora para discussão e andamento do projeto.

Estratégia:

- Contactar com a enfermeira supervisora e orientadora para apresentar o projeto e agendar reuniões.

Avaliação:

- Será considerado alcançado se contactar-me com a enfermeira supervisora e orientadora e mantiver reuniões quinzenais.

Aprazamento:

- De 15 em 15 dias.

5.2.1.2- Conhecer a área física da Instituição, os funcionários do programa de prevenção do câncer ginecológico e normas do mesmo.

Estratégia:

- Percorrer a área física da instituição;
- Conhecer a área de abrangência da Policlínica de Referência Regional;
- Reunir-se no primeiro dia de estágio com funcionários do Programa de Prevenção Precoce de Câncer da Policlínica.
- Conhecer as normas e rotinas relacionadas à coleta de material colpocitológico, segundo determinação da unidade.

Avaliação:

- Será considerado alcançado se conhecer a área física da instituição, conversar com os funcionários do programa e souber a normas e rotinas do mesmo.

Aprazamento:

- Primeira semana de março 1996.

5.2.2- Relacionados ao Cuidado de Enfermagem

5.2.2.1- Realizar a coleta de material para exame colpocitológico e dar orientações necessárias.

Estratégias:

- Preparar o ambiente para o atendimento das clientes;
- Entrevistar as clientes segundo formulário existente na Unidade;
- Realizar o preenchimento dos registros conforme rotina;
- Realizar a coleta de material para exame colpocitológico, fazer a lâmina e guardá-la em recipiente próprio.
- Orientar as clientes sobre medidas preventivas do Câncer Ginecológico;
- Agendar o retorno das clientes para buscar o resultado dos exames;
- Realizar o preenchimento do boletim estatístico diário e mensal da sala de precoce de câncer.

Avaliação:

- O objetivo será considerado alcançado se conseguir realizar no mínimo dois exames diários com as devidas orientações.

Aprazamento:

- No decorrer do estágio.

5.2.2.2- Realizar o exame de mama com ênfase no estímulo e ensino à mulher do auto-exame de mamas mensal

Estratégia:

- Elaborar e distribuir às clientes folheto explicativo sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama através do auto-exame.

- Buscar a divulgação junto à televisão, em programas populares locais, sobre auto-exame de mama.
- Buscar, quando do retorno da cliente, cobrar da mesma a realização do auto-exame de mama, supervisionando o mesmo e corrigindo ou reorientando se necessário.

Aprazamento:

- No decorrer do estágio.

Avaliação:

- O objetivo será considerado alcançado se for elaborado e distribuído o panfleto e cobrado o auto-exame de mama à 100% das clientes atendidas.

5.2.2.3- Aplicar instrumento com respectivo roteiro de respostas, criado por Cardoso dos Anjos (1989) para identificação do conhecimento da cliente sobre auto-cuidado à saúde, visando a utilização do conceito de auto-cuidado de Dorothea Orem, para prestar cuidado à mulheres que procuram o Programa de Prevenção de Câncer da Policlínica de Referência Regional.

Estratégia:

- Estabelecer um escore de 0 à 3 pontos para cada resposta obtidas nas 10 questões;
- Avaliar o conhecimento partindo da somatória dos pontos nas 10 questões:
 - . o indivíduo que apresentar de 25 à 30 pontos será classificado como apto para o auto-cuidado;
 - . o indivíduo que apresentar de 15 à 24 pontos possui conhecimento satisfatório, necessitando alguns reforços;
 - . o indivíduo que apresentar 15 pontos necessita de ensino, orientação e/ou treinamento;
- Ao indivíduo que apresentar TOTAL conhecimento sobre as questões, será atribuído escore 3, o que acertar 50% das questões terá escore 2 e o indivíduo

que obtiver um índice de acerto INFERIOR A 50% terá escore 1. No caso do indivíduo apresentar NENHUM conhecimento o valor atribuído será zero;

- Aplicar o instrumento no primeiro atendimento de enfermagem para identificar o conhecimento da cliente;
- Conforme escores obtidos, será feita orientação, ensino ou treinamento da cliente.

Avaliação:

- O objetivo será considerado alcançado se, ao aplicar o mesmo instrumento para a mesma cliente, conseguir elevar para 15 o escore daquelas que obtiveram índice ≤ 15 .

Aprazamento:

- No primeiro e segundo atendimento de enfermagem à cliente no decorrer do estágio, e sempre que possível.

5.2.2.4- Fazer um levantamento das mulheres que estão em atraso (aproximadamente 4 anos) com o exame de prevenção do câncer ginecológico e estejam cadastradas no Programa.

Estratégia:

- Fazer levantamento junto ao fichário das mulheres cadastradas no ano de 1991 a 1995 e que não retornaram para novo exame.

Avaliação:

- O objetivo será considerado alcançado se conseguir fazer o levantamento das mulheres faltosas cadastradas nos anos de 1991 a 1995.

Aprazamento:

- Primeira quinzena de estágio.

5.2.2.5- Realizar visita domiciliar (conforme roteiro, anexo IV), na região da grande Florianópolis à 10 mulheres faltosas nos anos de 1991 a 1995 e que não retornaram para realização de novo exame.

Estratégia:

- Identificar o motivo pelo qual a cliente não retornou para novo exame;
- Promover ações educativas que visem a conscientização do exame periódico;
- Aplicar instrumento de identificação do conhecimento da cliente para realizar ao auto-cuidado, durante a visita.

Avaliação:

- O objetivo será considerado alcançado se 80% das clientes visitadas retornarem para um novo exame no decorrer do estágio.
- Aprazamento: de 15 em 15 dias.

6- FAZENDO O CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

O estágio foi desenvolvido no turno da manhã, em 55 dias de 22/03/96 à 20/06/96, conforme cronograma abaixo:

Atividades/Mês	Março				Abril				Maio				Junho				Julho			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
1- Elaboração do Projeto.	X	X																		
2- Apresentação do Projeto.			X																	
3- Início do Estágio.			X																	
4- Reunir-se quinzenalmente com enfermeira supervisora e orientadora para discussão e andamento do projeto.	X	X	X			X	X		X		X	X		X	X		X			
5- Conhecer a área física da instituição, os funcionários do programa de prevenção do câncer ginecológico e normas e rotinas do mesmo.		X																		
6- Realizar a coleta de material para exame colpocitológico e dar orientações necessárias.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
7- Realizar o exame de mama com ênfase no estímulo e no ensino à mulher do auto-exame mensal			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

continua...

7- DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS:

Como proposto, realizei 55 dias de estágio no Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico, na Policlínica de Referência Regional I.

O trabalho desenvolvido junto às clientes oportunizou o cuidado de enfermagem à mulher na prevenção do câncer ginecológico, com ênfase na educação para saúde, buscando através do diálogo simples e compreensível, dar à cliente a oportunidade de falar e perguntar o que desejasse, na busca de suas crenças, valores, medos e receios, na tentativa de eliminar sentimentos negativos em relação ao câncer.

Observou-se que na prática, apesar de saberem os riscos do câncer, algumas mulheres permanecem indiferentes à importância da prevenção. Este comportamento de indiferença à importância da prevenção apareceu, na clientela atendida, relacionado com fatores como: desconhecimento das medidas preventivas, falta de conhecimento sobre a doença, medo, ansiedade e tabus, entre outros.

A seguir passarei a descrever o processo de execução de cada objetivo e os resultados obtidos, lembrando que o trabalho foi realizado tendo em vista o objetivo geral que foi: Prestar cuidado de Enfermagem à mulher que procura o Serviço do Câncer Ginecológico da Policlínica de Referência Regional, utilizando alguns princípios da Teoria de Dorothea Orem.

7.1- OBJETIVOS RELACIONADOS ÀS ATIVIDADES ORGANIZACIONAIS

7.1.1- Reunir-se quinzenalmente com a enfermeira supervisora e orientadora para discussão e andamento do projeto.

Este objetivo foi parcialmente atingido, pois por problemas de ordem pessoal da orientadora, houve possibilidade de apenas quatro encontros com a presença da enfermeira supervisora e aluna.

No decorrer do estágio os encontros com a enfermeira supervisora foram mantidos, com contatos constantes com a orientadora via telefone e na própria Universidade. Importante salientar que apesar de parcialmente atingido este objetivo, o andamento do projeto transcorreu normalmente.

7.1.2- Conhecer a área física da Instituição, os funcionários do programa de prevenção do câncer ginecológico e normas do mesmo.

Este objetivo foi totalmente alcançado, pois ocorreu conforme o planejado; percorri toda área física da instituição, conheci os demais programas de prevenção e houve uma interação entre eu e os funcionários de outros setores da Policlínica.

Dentro do Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico foram-me passadas as normas e rotinas relacionadas a coleta de material colpocitológico, a explicação ao auto-exame de mama, entre outros.

Senti uma boa aceitação das enfermeiras, pois me receberam educadamente, me explicaram o programa e se colocaram à disposição para ajudar sempre que necessário.

7.2.1- Realizar a coleta de material para exame colpocitológico e dar orientações necessárias.

Com relação a este objetivo foi atingido totalmente. Durante o projeto foram realizadas 103 coletas de material para exame colpocitológico e dadas as orientações necessárias.

Tinha como objetivo realizar duas coletas diárias, mas nos primeiros dias de estágio fiquei somente realizando a coleta do material colpocitológico, realizando o exame de mamas e orientando a cliente para seu auto-exame com a finalidade de adquirir habilidade, destreza manual e relacionar teoria à prática, sendo assim, atendi em média 04 a 05 clientes por manhã nos primeiros 10 dias de estágio, o que totalizou em 48 procedimentos.

No decorrer do estágio assumi a consulta de enfermagem e passei a atender 2 a 3 clientes por manhã fazendo todos os procedimentos. Consegui atender 53 clientes. Destas, em 23 foi aplicado o instrumento criado por “Cardoso dos Anjos” (1989) para identificação do conhecimento da cliente sobre o auto-cuidado.

Todas as manhãs eram verificados os horários em que as clientes estavam agendadas. Antes de chamar a cliente, era verificado se o material necessário para atendimento estava nas gavetas da mesa onde era realizada a consulta de enfermagem e confirmado qual o laboratório para qual seria enviado o material tendo em vista que dois laboratórios fazem a leitura das lâminas, em seguida era chamado a cliente conforme o agendamento.

Perguntava-se se era a primeira vez ou retorno. Nesta unidade faz-se a abertura de prontuário conforme as normas e rotinas do programa, para cada cliente nova (anexo 4).

Se a cliente fosse retorno, a mesma já teria prontuário, neste caso, era solicitado a carteirinha para procurar no arquivo o seu prontuário, onde já constava seu histórico. Feita a anamnese, explicado à cliente o procedimento de coleta para no caso de ser pela primeira vez e para as que já realizaram, eram esclarecidas as dúvidas, sempre procurando deixar a cliente confiante e descontraída. Em seguida a cliente era orientada para ir ao banheiro se despir e colocar o avental. Neste tempo era preparado o material a

ser utilizado. Quando a cliente estava pronta, era orientada para ficar em posição ginecológica na mesa e era feita a coleta de material. Após a coleta, do material este era colocado na lâmina e esta no toblete.

Passava-se então ao exame das mamas que enquanto era executado também era explicado/ensinado para a cliente.

Terminados os exames, a cliente dirigia-se ao banheiro para trocar a roupa. Enquanto isso anotava-se os dados objetivos no prontuário, enquanto se aguardava a cliente. Quando a mesma retornava era fornecido o folheto explicativo sobre prevenção do câncer de colo (anexo 5), reforçando as orientações. Em seguida entregava-se à cliente o cartão onde era marcado o dia em que deveria buscar o resultado, que geralmente leva em torno de 5 a 6 dias.

No final da manhã, eram protocolados todos os exames realizados. O laboratório vem pegar o material todos os dias e faz a entrega dos resultados dos dias anteriores. O exame era conferido com o nome, número do prontuário e passado para carteirinha (anexo 6).

Quando a cliente vem buscar, é explicado o resultado e orientada caso precise de tratamento e do retorno para fazer novo exame.

Tinha como objetivo realizar duas coletas diárias. Realizei um total de 103 coletas, portanto considero este objetivo totalmente atingido.

Das 103 coletas realizadas, com o respectivo resultado, passarei a descrever alguns dados, a saber:

Tabela 1 - Resultados de Classe de Papanicolau, de 103 coletas realizadas na Policlínica de Referência Regional I, no período de 22 de março à 20 de junho de 1996, Florianópolis.

CLASSE PAPANICOLAU	Nº	%
I	-	0,0
II	103	100
III	-	0,0
Total	103	100

Tabela 2- Nódulo de mama detectados em 103 clientes atendidas na P.R.RI, no período de 22 de março à 20 de junho de 1996, Florianópolis.

Número de Clientes atendidas	Números de Clientes que apresentaram nódulos	%
103	1	0,97

Tabela 3- Flora vaginal encontrada nos resultados de 103 exames colpocitológicos, realizados na P.R.RI, no período de 22 de março à 20 de junho de 1996, Florianópolis.

Flora Vaginal	Nº	%
Flora de Doorderlein	40	38,83
Flora Cocóide	09	08,74
Cândida Albicans	04	03,88
Flora Cocóide + Gardnerella	04	03,88
Flora Mista + Gardnerella	02	01,94
Gardnerella	09	08,74
Lactobacilos	05	04,85
Lactobacilos + Cândida	02	01,94
Trichomonas Vaginalis	09	08,75
Flora Mista	19	18,45
Total	103	100

A flora mais encontrada foi Bacilo de Dooderlein, (38,8%) que faz parte da microbiótica indígena da vagina.

Nos processos patológicos a flora mais encontrada foi a mista (18,45%), seguida da Flora Cocóide e Gardnerella (8,74%).

Tabela 2- Nódulo de mama detectados em 103 clientes atendidas na P.R.RI, no período de 22 de março à 20 de junho de 1996, Florianópolis.

Número de Clientes atendidas	Números de Clientes que apresentaram nódulos	%
103	1	0,97

Tabela 3- Flora vaginal encontrada nos resultados de 103 exames colpocitológicos, realizados na P.R.RI, no período de 22 de março à 20 de junho de 1996, Florianópolis.

Flora Vaginal	Nº	%
Flora de Doorderlein	40	38,83
Flora Cocóide	09	08,74
Cândida Albicans	04	03,88
Flora Cocóide + Gardnerella	04	03,88
Flora Mista + Gardnerella	02	01,94
Gardnerella	09	08,74
Lactobacilos	05	04,85
Lactobacilos + Cândida	02	01,94
Trichomonas Vaginalis	09	08,75
Flora Mista	19	18,45
Total	103	100

7.2.2- Realizar o exame de mama com ênfase no estímulo e ensino à mulher do auto-exame de mamas mensal

Este objetivo foi totalmente alcançado. Quando era realizado a anamnese era perguntado a cliente se tinha conhecimento sobre o auto-exame de mama.

Se a resposta fosse sim, era feita a palpação e pedíamos para que a cliente realizasse o exame, para avaliação da execução do mesmo, estimulando, elogiando e corrigindo os erros e reorientando quando necessário. Se a resposta fosse não era realizada a palpação demonstrando todos os passos, ensinando e orientando a cliente a fazer o seu auto-exame em casa enfatizando a importância de realizá-lo mensalmente, oferecendo o folheto explicativo sob prevenção e detecção precoce do câncer de mama através do auto-exame.

Este folheto (anexo 7), foi elaborado com a minha participação e da orientadora do projeto, conforme planejado, e distribuído à todas as clientes atendidas.

Na minha percepção constituiu material educativo de suma importância, com ótima aceitação junto à clientela e que fazia com que a mulher ficasse realmente estimulada para o auto-exame de mamas.

Dentro deste objetivo, havia planejado a divulgação junto à televisão, em programas populares locais, sobre o auto-exame de mamas.

No dia 18 de junho, estivemos eu e a orientadora no Programa César Souza, da TV Barriga Verde, no quadro de Variedades, falando sobre auto-exame de mamas. Enquanto eu falava a orientadora demonstrava “ao vivo” como realizar o auto-exame.

Apesar de não ter um feed-back oficial, acredito ter atingido grande massa da população feminina com esta divulgação.

Quanto a cobrança do auto-exame de mama proposta quando a cliente retornava para buscar os resultados, esta não foi possível devido a alta demanda do serviço e pelo fato de que nem sempre era a própria cliente que buscava o resultado. Julgo importante salientar que as 103 clientes atendidas, quando perguntadas por que, apesar de conhecerem e estar orientadas, não realizavam auto-exame de mamas mensal, responderam, na sua maioria:

- “Medo de achar algo ruim”.
- “Não confiavam no auto-exame”.

- “Esquecem”.
- “Não sabe o dia certo de fazer”.
- “Nunca sentiram nada na mama”.
- “Confiam mais no exame realizado por um profissional” - “O profissional de saúde sabe mais”.
- “Quem procura acha”.
- “Tem dúvidas na realização do mesmo”.

Creio que estas respostas são de suma importância, pois apontam para uma necessidade de reestudo das orientações do auto-exame de mamas.

7.2.3- Aplicar instrumento com respectivo roteiro de respostas, criado por Cardoso dos Anjos (1989) para identificação do conhecimento da cliente sobre auto-cuidado à saúde, visando a utilização do conceito de auto-cuidado de Dorothea Orem, para prestar cuidado à mulheres que procuram o Programa de Prevenção de Câncer da Policlínica de Referência Regional.

O Instrumento elaborado por Cardoso e dos Anjos (1989) foi aplicado à 23 mulheres, conforme planejado no 1º atendimento de Enfermagem.

As clientes entrevistadas tinham de 18 à 48 anos, com a idade média de 33 anos, sendo que a maioria era do lar e possuía o 1º grau completo. A religião predominante foi a católica e a renda média foi de 1 a 2 salários mínimos.

A cada pergunta feita no instrumento para cliente, de acordo com sua resposta, era dado um escore, a saber:

0 = NC - Nenhum Conhecimento

1 = PC - Pouco Conhecimento

2 = SC - Satisfatório Conhecimento

3 = TC - Total Conhecimento

Nº = Número de Respondentes

A seguir passarei a descrever cada pergunta do instrumento com os respectivos resultados.

1- Deve-se fazer higiene íntima antes de depois das relações?

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	1	4.35
PC	7	30.43
SC	11	43.82
TC	4	17.39
Total	23	100

OBS.: Os motivos mais mencionados foram “conforto e sentir-se mais limpas”.

2- Que cuidados a mulher deve ter com as calcinhas (modo de lavar, material, secar, troca):

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	-	-
PC	1	4.35
SC	3	13.04
TC	19	82.61
Total	23	100

3- Após a evacuação, como deve ser feita a higiene (sentido).

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	-	-
PC	2	8.70
SC	-	-
TC	21	91.30
Total	23	100

4- Que cuidados devemos ter com a toalha de banho?

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	-	-
PC	-	-
SC	3	13.04
TC	20	86.96
Total	23	100

5- A ducha vaginal prejudica a saúde?

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	8	34.78
PC	7	30.43
SC	4	17.39
TC	4	17.39
Total	23	100

OBS.: O total de mulheres (8) que não tinham conhecimento, não conheciam a ducha vaginal

6- Deve-se ter algum cuidado especial com o aplicador de tratamento vaginal?

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	4	17.39
PC	3	13.05
SC	4	17.39
TC	12	52.17
Total	23	100

OBS.: O total de mulheres (4) que não tinham conhecimento, não conheciam por nunca terem feito uso do aplicador vaginal.

7- Que métodos existem para evitar a gravidez:

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	-	-
PC	-	-
SC	7	30.43
TC	16	69.57
Total	23	100

Métodos anticoncepcionais conhecidos por 23 mulheres:

MÉTODO	Nº DE MULHERES	%
Pílula	21	91,30
Camisinha	21	91,30
DIU	14	60.87
Coito Interrompido	13	56.52
Anticoncepcional Injetável	7	30.43
Laqueadura	8	34.78
Vasectomia	-	0.00

8- Em caso de tratamento a infecção vaginal o homem também deve ser tratado?

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	-	-
PC	-	-
SC	9	39.13
TC	14	60.87
Total	23	100

9- De quanto em quanto tempo a mulher deve fazer o preventivo do câncer?

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	2	8.70
PC	-	-
SC	6	26.09
TC	15	65.21
Total	23	100

10- O que você sabe sobre auto-exame de mama?

CONHECIMENTO	Nº	%
NC	-	-
PC	8	34.78
SC	10	43.48
TC	5	21.74
Total	23	100

Das 23 clientes entrevistadas, 12 (52,17%) apresentaram, nas 10 questões formuladas de 25 a 30 pontos, o que segundo a classificação proposta neste trabalho, significa que estão aptas para o auto-cuidado; 11 clientes (47,83%), obtiveram de 15 a 24 pontos, sendo classificadas como possuindo conhecimento satisfatório sobre auto-cuidado, necessitando de alguns reforços, o que foi feito durante a consulta de enfermagem, através da orientação e educação para saúde.

De acordo com o planejamento, o instrumento deveria ser reaplicado àquelas clientes com escore menor que 15. Porém da clientela atendida nenhuma mulher apresentou tal escore.

Havia sido previsto que este objetivo seria considerado alcançado, se ao aplicar o mesmo instrumento para a mesma cliente, conseguisse elevar para 15 o escore daquelas que obtivessem índice inferior a 15.

Como não houve, não foi reaplicado o instrumento, porém na minha percepção o objetivo foi cumprido, pois oportunizou um diagnóstico do conhecimento da clientela com a consequente ação de educação para Saúde.

7.2.4- Fazer um levantamento das mulheres que estão em atraso (aproximadamente 4 anos) com o exame de prevenção do câncer ginecológico e estejam cadastradas no Programa.

No Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico da Policlínica de Referência Regional I, verifiquei junto ao arquivo 8.865 mulheres cadastradas desde sua inauguração.

Conversei com a supervisora que me falou do objetivo dela também de selecionar as clientes em atraso, mas no momento a demanda está sendo muito grande, o que está dificultando este levantamento, que necessitaria no mínimo de uma semana sem atendimento só para fazer o levantamento.

Para realizar este objetivo, selecionei 204 clientes que precisavam fazer o tratamento e não retornaram mais no programa, nos últimos 4 anos.

Destas, escolhi 10 clientes para fazer a visita domiciliar, estabelecendo como critério de seleção o resultado do último exame, compatível com o processo patológico.

Neste contexto considero o objetivo atingido.

7.2.5- Realizar visita domiciliar (conforme roteiro, anexo 2), na região da grande Florianópolis à 10 mulheres faltosas nos anos de 1991 a 1995 e que não retornaram para realização de novo exame.

Como relatado anteriormente, estavam cadastradas 8.865 mulheres no programa, o que não tornou possível fazer o levantamento das mulheres faltosas.

Destas 8.865 mulheres, foram selecionadas 204, dando prioridade para 10 mulheres cujos resultados indicavam processos patológicos com necessidade de tratamento.

Em princípio pensei que este seria um objetivo a ser atingido sem maiores problemas. Mas na realidade, este foi o que mais me causou dificuldades. Os impecilhos foram os mais variados, sendo estes: a ausência da cliente em casa, porque estavam no trabalho, distância de uma cliente para outra, localização da casa nos endereços de difícil acesso, o horário da visita.

Quanto ao horário, era pela manhã, como não encontrava as clientes em casa, mudei para noite. As ruas escuras e a dificuldade para pegar ônibus tornaram mais difícil a localização das casas.

No dia do encontro com a supervisora e orientadora coloquei estas dificuldades que foram analisadas e juntas decidimos suspender as visitas domiciliares.

Realizei 6 visitas, das quais somente consegui entrar em contato com uma cliente, a qual retornou para fazer o novo exame.

Apesar de não poder considerar este objetivo alcançado, causou-me satisfação o retorno da única cliente encontrada, para novo exame.

7.3- OBJETIVOS ALCANÇADOS E NÃO PROPOSTOS NO PROJETO

Apesar de não estar proposto, participei do 1º Salão de Enfermagem realizado de 13 a 18 de maio no Shopping Center Beira Mar.

Nos dias 13,15 e 17 participação no Estande Prevenção Câncer de Colo e Mama, orientando as pessoas sobre a prevenção e realização do auto-exame de mama, demonstrando no “seio cobaia”. Assim como demonstração da coleta de material para realizar o exame colpocitológico no manequim (anexo 8).

Outro objetivo não proposto realizado foi a ministração de duas aulas expositivas no dia 27 de maio no Colégio Chapeuzinho Vermelho, sob prevenção do câncer ginecológico para os alunos de 2º e 3º ano do Técnico de Enfermagem a pedido da escola (anexo 9).

Foi uma aula bastante participativa que despertou bastante interesse dos alunos.

8- CONCLUINDO

Ao término deste trabalho, gostaria de tecer algumas considerações que julgo importantes.

Trabalhar fundamentada em alguns princípios da Teoria de Dorothea Orem foi para mim uma experiência nova e gratificante, que levou-me a concluir que o cuidado de enfermagem planejado e desenvolvido com base numa metodologia científica dá sentido e direção a atuação do enfermeiro; proporcionando-lhe a satisfação de um bom desempenho e atendendo a expectativa do cliente de receber uma boa assistência.

A atividade de acadêmica enquanto agente de saúde junto a população atendida me fez descobrir os elementos que facilitam ou dificultam o cuidado. No aspecto do ensino do auto-cuidado especificamente, penso que apesar de não ser oneroso, envolve tempo, boa vontade, paciência e interesse, além do conhecimento científico. Quanto ao interesse, considero que o repasse do saber científico em saúde, não desperta interesse real dos profissionais, uma vez que o ensino do auto-cuidado pode tornar o cliente mais independente; consciente da importância da prevenção; o que irá provavelmente fazê-lo procurar menos os profissionais de saúde abalando a sustentação de sua hegemonia.

Por acreditar na importância do ensino do auto-cuidado, desenvolvi, no decorrer do estágio, ações educativas visando a prevenção do câncer ginecológico.

A detecção precoce do câncer de colo em massa, é viável, operacional e econômica e existem medidas preventivas que devem ser transmitidas à população de

risco, pois normalmente atinge sobretudo mulheres jovens, em idade produtiva, mães de família, cuja perda tem grande repercussão social.

Outro aspecto observado foi que apesar das mulheres conhecerem o auto-exame de mamas, a maioria não o pratica rotineiramente. Isso nos leva enquanto enfermeiros a repensar as formas de orientação e ensino do auto-exame.

Importante ressaltar que segundo Goes Júnior (1986), “pessoas que parecem possuir algum controle interno sobre seus próprios comportamentos são mais aptas a tomarem uma parte ativa na manutenção de sua própria saúde. Uma mulher que acredita ser o auto-exame de mamas instrumental na detecção precoce do câncer, podendo melhorar a taxa de sobrevivência, nem sempre pratica o auto-exame. Uma mulher com alto risco de câncer do seio poderá não praticar o auto-exame pelo medo que tem de encontrar um caroço. Assim, crenças e atitudes nem sempre predizem o comportamento esperado”. Esta afirmação de Goes Júnior pode ser confirmada no desenvolvimento deste projeto, especificamente na execução do objetivo de ensino do auto-exame de mamas, pois lembro que quando perguntadas por que não executavam, a maioria das 103 mulheres atendidas respondeu:

“ Medo de achar algo ruim”;

“ Não confiavam no seu auto-exame”;

“ Esquecem”;

“ Não sabe o dia certo de fazer”;

“ Confiam mais no exame realizado por um profissional”;

“ Nunca sentiram nada na mama”;

“ O profissional de saúde sabe mais”;

“ Quem procura acha”;

“ Têm dúvidas na realização do mesmo”.

Durante conversas mantidas com as clientes, percebi que apesar de existir vários métodos contraceptivos e de algumas os conhecerem, a maioria limita-se apenas ao uso de pílulas e camisinha, merecendo por parte dos profissionais da área, maiores ensinamentos e esclarecimentos sobre os demais métodos.

Ao término de mais este passo decisivo, que veio concluir o meu currículo de graduação em enfermagem, posso afirmar que as experiências por mim vivenciadas,

especialmente durante esta última fase, foram de singular importância para o meu futuro profissional.

Apesar das dificuldades, sempre procurei melhorar meu desempenho durante a execução desse projeto, que me possibilitou o aperfeiçoamento da consulta de enfermagem, o entendimento da importância da educação para saúde, além da oportunidade de aprender coisas novas.

Neste sentido, senti-me profissional, vivenciando uma atuação participativa, buscando soluções, participando das discussões, administrando, educando, enfim, Cuidando em Enfermagem.

Ciente, de que o **saber** em saúde nem sempre é suficiente para se alcançar o **fazer**, uma vez que o **fazer** implica em mudança de comportamento e esta última é permeada por crenças, valores e o contexto sócio-cultural entre outros, acredito que a educação para saúde inclui também o conhecimento destes fatores.

Acredito que as metas estabelecidas foram alcançadas através das ações realizadas na área do câncer ginecológico, e sinto-me gratificada pelo resultado alcançado, ou seja: a promoção da saúde da mulher.

9- FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES

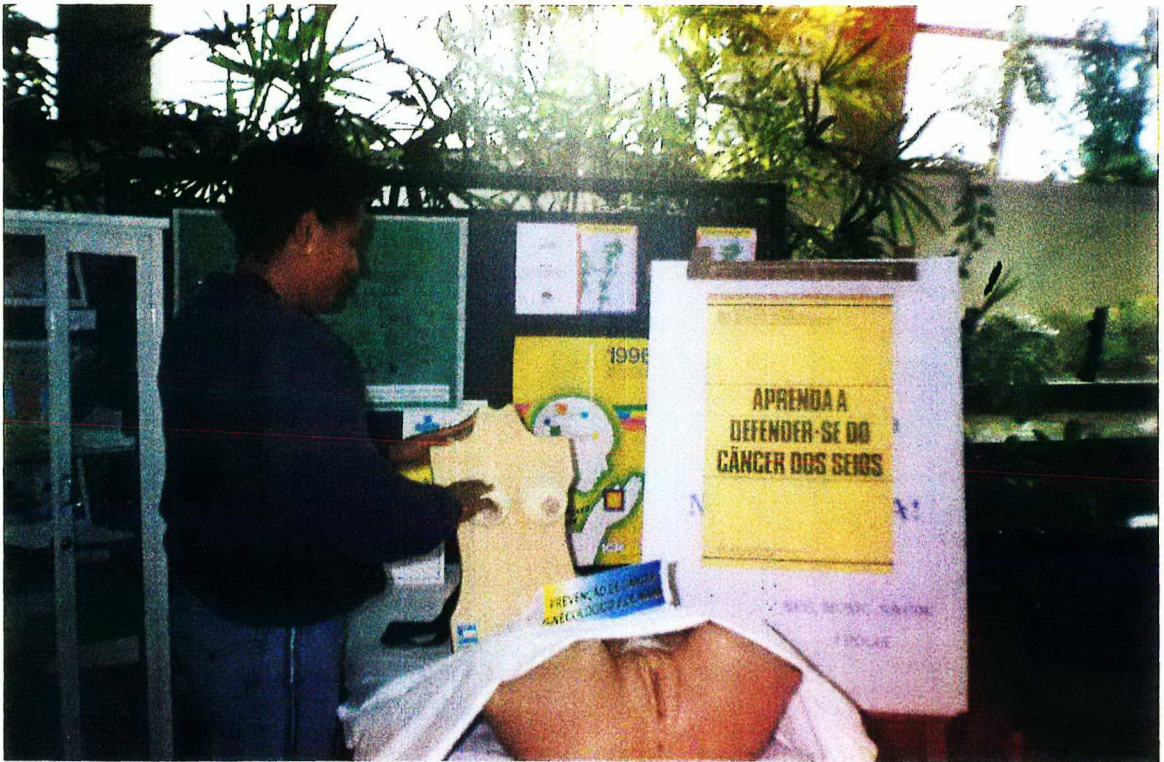
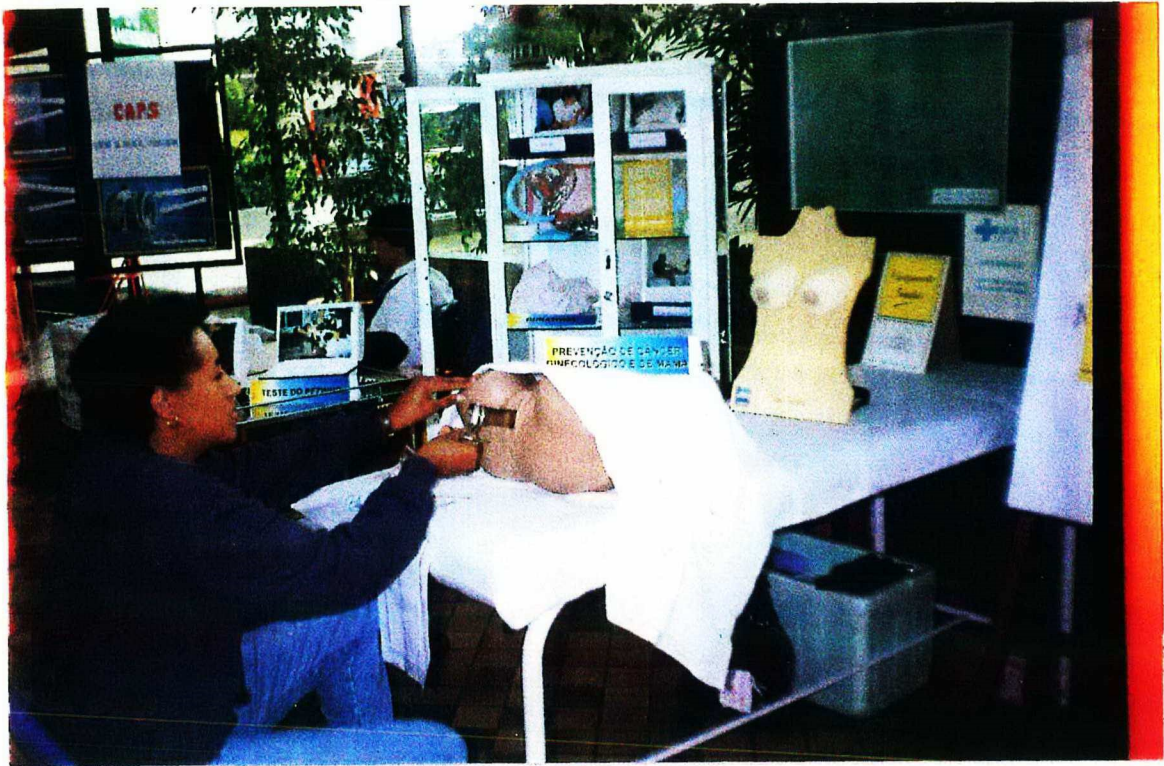
1- Às funcionárias do Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico da Policlínica de Referência Regional I

- Que continuem seu trabalho com dedicação, dinamismo, organização, humanismo e competência técnico científica.
- Que continuem a receber os estagiários de enfermagem da forma humana, receptiva, integralizada e participativa como foi recebida.

2- À Escola

- Que continue a estimular os alunos a trabalharem com uma Teoria de Enfermagem.
- Que estimulem os alunos de fases anteriores à assistirem a apresentação dos projetos e relatórios da 8ª Unidade Curricular.

10- APÉNDICES





COLÉGIO SOLAR DO CHAPEUZINHO VERMELHO

RUA OTTO JÚLIO MALINA, 582 F:246-1383
BARREIROS - SÃO JOSÉ - SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que Liliâne Aparecida de Oliveira, ministrou no dia 27/05/96 em nosso Estabelecimento de Ensino, uma palestra sobre : PREVENÇÃO DE CÂNCER e COLO UTERINO, para as turmas de Técnico em Enfermagem.

A duração de sua palestra foi de 2:30 horas.

O que declaramos é verdade e damos fé.

São José, 29 de maio de 1996.

79 854 725/0001 - 05

Colégio Teresinha Maria Lemos Alves Ltda.

Rua: Otto Julio Malina, 582

BARREIROS - CEP 88111 - 50*

SÃO JOSÉ - SC


Teresinha Maria Lemos Alves
Diretora - Autorização nº. 1.861

QUANDO FAZER O AUTO EXAME DE MAMA

Deve ser realizado MENSALMENTE, após a menstruação. Para as mulheres que não menstruam, recomenda-se fazer o auto exame de mama na primeira semana de cada mês.

LEMBRE - SE

- as mamas nem sempre são rigorosamente iguais;
- o auto exame não substitui o exame ginecológico de rotina;
- a presença de caroço nem sempre indica câncer;
- sempre que encontrar alguma alteração no auto-exame, procure imediatamente um médico ou enfermeiro

**CUIDE DE SUA SAÚDE
VOCÊ
É RESPONSÁVEL
POR
ELA**

BIBLIOGRAFIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Controle do Câncer Cérvico uterino e de mama. Brasília, 1986.

SILVEIRA, L.A. & Silveira, M.V.S. Câncer, o que você precisa saber. Florianópolis: Ed. UFSC, 1987.

ELABORADO POR:

Liliane Aparecida de Oliveira
Aluna da 8. fase do Curso de Graduação em Enfermagem/UFSC

Olga Regina Zigelli Garcia

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem/UFSC

AGRADECIMENTO

À Enfermeira Margareth Hasse, da Maternidade Carmela Dutra, pelo empréstimo das fotografias ilustrativas

DIAGRAMAÇÃO:

Luzia dos Santos
Funcionária do Departamento de Enfermagem/UFSC.

**FLORIANÓPOLIS
1996**

CÂNCER DE MAMA

Você já parou para pensar nisso?

O câncer de mama pode ser: Assim:



Estágio inicial - invisível!

Ou assim



Estágio Avançado (visível)

Ou de Várias outras formas.....

Se você quiser prevenir-se do câncer de mama, faça o auto exame!

Para saber como é, Leia este folheto com **ATENÇÃO**

VOCÊ SABIA?

- que o câncer de mama mata?
- que uma em cada 19 mulheres que nascem no Brasil, irá desenvolver o câncer de mama durante sua vida?
- que no Brasil, o câncer de mama representa 16,5% de todos os tumores malignos em mulheres?
- que 80% dos casos de câncer de mama são percebidos pela própria mulher?
- que quando o câncer é descoberto no início, o índice de cura em 10 anos é de 85%?

SINAIS DE ALARME

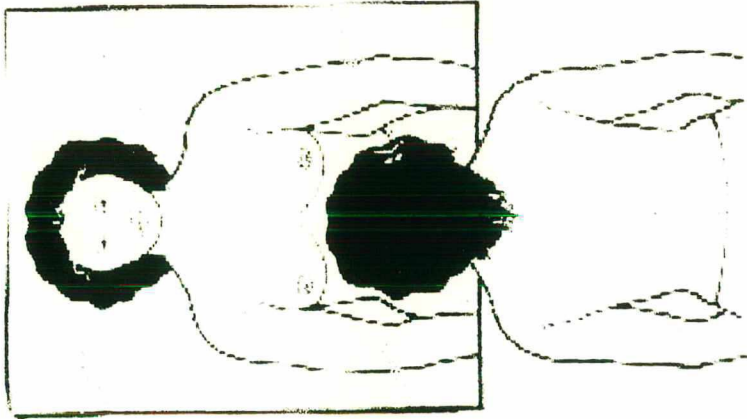
Diferença no tamanho, forma, posição das mamas, caroço nas mamas e/ou axilas, alteração da cor da pele, abaulamento da pele ou mamilo, secreção mamilar que não seja leite.

SINTOMAS DE ALARME:

Dor na mama, alteração na temperatura da mama, sensação de peso anormal na mama e dor na região axilar de origem desconhecida

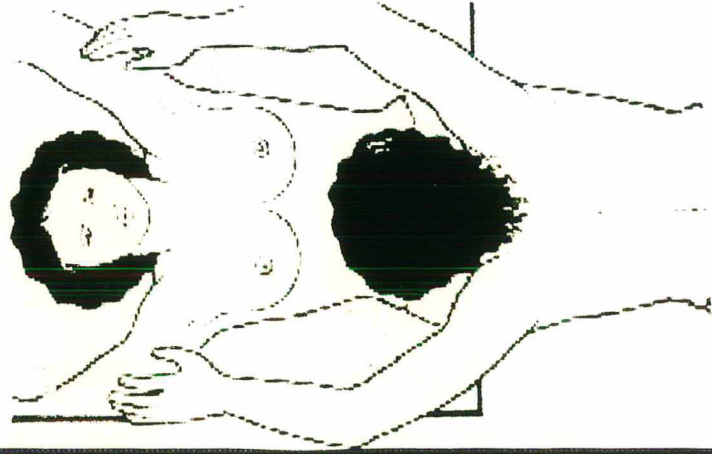
O AUTO EXAME DE MAMA

1 - INSPEÇÃO ESTÁTICA



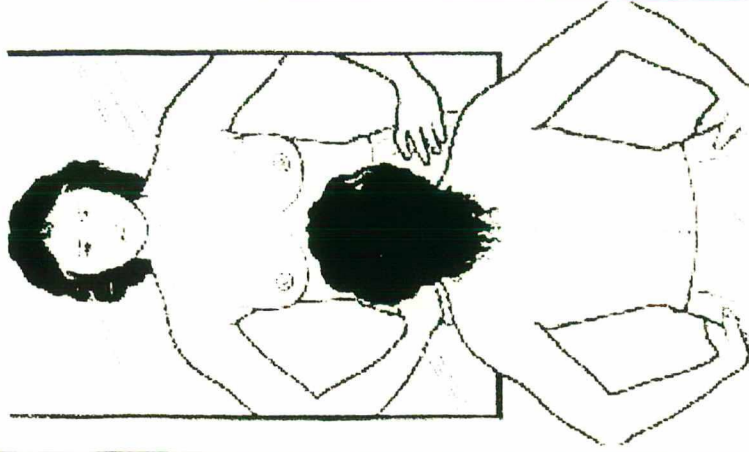
Com o tórax desnudo, fique em pé, em frente ao espelho, com os braços estendidos ao longo do tronco. Observe as mamas, estabelecendo comparação de uma para outra, em relação ao tamanho, posição, cor da pele, abaulamento (retração) ou qualquer outra alteração.

2- INSPEÇÃO DINÂMICA (Figura A)



Ainda em frente ao espelho, levante os braços sobre a cabeça comparando uma mama com a outra, observando se existe o aparecimento de caroço (nódulo) e se as duas mamas erguem juntas

(Figura B)



Finalmente coloque as mãos nos quadris, pressionando-os para que fique salientado o contorno das mamas. Procure ver se encontra abaulamentos e se as mamas contraem juntas..

3. PALPAÇÃO



Deite, para examinar a mama direita, eleve o braço direito atrás da cabeça e com a mão esquerda, utilizando a ponta dos dedos, palpe a mama sempre de fora para dentro em direção ao mamilo, procurando caroços. Palpe também embaixo do braço. Para examinar a mama esquerda, faça o contrário. Você também pode fazer de pé, durante o banho, por exemplo. Neste caso, nunca esqueça de erguer o braço do lado examinado, repetindo os procedimentos anteriores.

4. EXPRESSÃO



Por último pressione (exprima) os mamilos (bico do seio), verificando se sai alguma secreção (sangue, pús ou outra que não seja leite).

11- CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

CARDOSO, I. T. P., DOS ANJOS, M. G. E. Assistência de Enfermagem na Prevenção do Câncer Ginecológico Utilizando o Conceito do Auto-Cuidado de Dorothea Orem - Um experiência na Unidade Sanitária de Barreiros. Florianópolis: UFSC, 1989. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado Curso Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.

GARCIA, Olga R. Z. Colpites e Cervicites. Florianópolis: Departamento de Enfermagem - UFSC, [1994-] (Apostila da 4ª fase do Curso Graduação em Enfermagem).

HASUMI, Kuchiro. O Câncer foi derrotado. São Paulo: Vejalux, 1986.

JACOB, S. Francone, CABLOSSOW, W. J. Anatomia e Fisiologia Humana. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1982.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Controle do Câncer Cérvico-uterino e de Mama. Brasília, 1986.

MONTORO, Antônio Franco. Mastologia. São Paulo: Sarvier, 1984.

NEWMAN, M. The Newman System Model: Application to nursing education and practice and practice Norwalk Appleton - Rentury - Crofts, 1982.

OREM, Dorothea. Nursing Concepts of practices. 4 ed, New York: Mc Graw - Hill, 1991.


Santa Catarina, Relatório do Programa Estadual de Controle de Câncer e Tabagismo do Estado de Santa Catarina, 1995 (mimeo).

RIBEIRO, Edgar da Rosa. FONSECA, Nísio Marcondes Ginecologia Básica. São Paulo: Sarvier, 1981.

REIBNITZ, Kênya S. Síntese da teoria do auto-cuidado de Dorothea Orem. Florianópolis, UFSC, 1983.

SANTOS, Evanguelia K. A. dos. A mulher como foco central na prática do aleitamento materno. Uma expectativa assistencial e fundamentada na teoria do autocuidado de Orem. Dissertação de Mestrado, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Florianópolis, 1991.

SARDENBERG, Izalco. A Guerra ao Câncer. R. Veja, São Paulo, V. 1.440, nº16, Ano 29, p. 76-85: Abr. 1996.

 SILVEIRA, Luiz Alberto, SILVEIRA Mariette Vande Sande. Câncer o que você precisa saber. Florianópolis, Ed. UFSC, 1987.

SOUEN, J. S., PINOTT J. A. Manual Câncer Genital Feminino. São Paulo: Ed. Roca, 1992.

STEVENS, B. J. Nursing Theork. Analisis, Analisis Application. Evoluation Boston: Litte Brow, 1979.

12- ANEXOS

ANEXO 01

**INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO
DA MULHER SOBRE AUTO-CUIDADO NA PREVENÇÃO DO
CÂNCER GINECOLÓGICO**

IDENTIFICAÇÃO

NOME: -----

IDADE:-----**RELIGIÃO:**-----

PROFISSÃO:-----

GRAU DE INSTRUÇÃO:-----

CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS:

- Menos de 1 salário mínimo ()
- 1 salário mínimo ()
- de 1 à 2 salários mínimos ()
- de 3 à 4 salários mínimos ()
- mais de 4 salários mínimos ()

1- Deve-se fazer higiene íntima antes de depois das relações?

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

2- Que cuidado a mulher deve ter com as calcinhas (modo de lavar, material, secar, troca):

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

3- Após a evacuação, como deve ser feita a higiene (sentido).

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

4- Que cuidados devemos ter com a toalha de banho?

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

5- A ducha vaginal prejudica a saúde?

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

6- Deve-se ter algum cuidado especial com o aplicador de tratamento vaginal?

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

7- Que métodos existem para evitar a gravidez:

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

8- Em caso de tratamento a infecção vaginal o homem também deve ser tratado?

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

9- De quanto em quanto tempo a mulher deve fazer o preventivo do câncer?

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

10- O que você sabe sobre auto-exame de mama?

0- () NC

1- () PC

2- () SC

3- () TC

ANEXO 02

ROTEIRO DE RESPOSTAS PARA O INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO DA MULHER SOBRE O AUTO-CUIDADO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

1. Deve-se fazer higiene íntima antes e depois das relações?
R. Sim. Porque as secreções que estão presentes nas regiões íntimas do casal “alimentam” os germes, facilitando a sua multiplicação, levando ao aparecimento de infecções. A higiene íntima retira estas secreções.

2. Que cuidados a mulher deve ter com as calcinhas? (modo de lavar, material, secar, troca).
R. Usar, se possível, somente calcinhas de meia (algodão) ou com forro de meia, porque as calcinhas que não são de meia, não têm ventilação, deixando a vagina sempre úmida e quente, facilitando a multiplicação de germes e levando ao aparecimento de infecções. Com o uso das calcinhas de meio, isso não acontece, pois elas favorecem a ventilação. Colocar as calcinhas para secar no sol (das 7 às 10 horas e das 3 horas em diante), porque o sol neste horário desinfeta as calcinhas, matando os germes. Você pode aproveitar esse sol para desinfetar cobertores, lençóis, fraldas, etc.
Lavar as calcinhas separadas de outras roupas, porque os germes podem passar das calcinhas para outras roupas como fraldas, cuecas, toalhas, e levar a infecção para outras pessoas.

3. Após a evacuação, em que sentido deve ser feita a higiene?
R. Deve ser feita de frente para trás, porque quando se faz no sentido contrário (de trás para frente), os germes que estão nas fezes são carregados para vagina, facilitando o aparecimento de infecção. A higiene da frente para trás deve ser feita por todas as mulheres, inclusive em crianças.

4. Que cuidado devemos ter com a toalha de banho?

R. Usar, se possível, toalha de uso individual, porque os germes que estão na região íntima passam para toalha e levam infecções para outras pessoas. Caso não seja possível você ter a sua própria toalha, fazer uso de um paninho individual para enxugar a região íntima e a toalha para o resto do corpo.

5. A ducha vaginal prejudica a saúde?

R. Sim, porque a ducha vaginal retira a proteção natural que a vagina tem contra infecção. Também leva os germes que já estão na vagina para o útero. A ducha não evita gravidez.

6. Deve-se ter algum cuidado especial com o aplicador de tratamento vaginal?

R. a) o aplicador deve ser de uso individual;

b) o aplicador deve ser lavado em água corrente. Não ferva, pois é de plástico e derrete com o calor;

c) se possível, colocar o aplicador para secar ao sol;

d) nunca usar o aplicador sujo.

7. Que métodos existem para evitar a gravidez?

R. Camisinha (condom), tabelinha (Ogino-Knaus), coito interrompido, pílula, diafragma + geléia, billings, DIU, ligadura (laqueadura), vasectomia.

8. Em caso de tratamento de infecção vaginal o homem também deve ser tratado?

R. Alguns tipos de tratamento das infecções, exigem tratamento do casal, porque o homem pode ter o germe e não ter o corrimento. Se só a mulher se tratar, quando ela tiver relação sexual, a infecção volta.

9. De quanto em quanto tempo a mulher deve fazer preventivo de câncer?

R. Toda mulher deve fazer preventivo de câncer de 6 em 6 meses. Para fazer o exame é necessário estar dois dias sem relação sexual, estar dois dias sem fazer uso de remédio na vagina e estar do quinto dia depois do término da menstruação em diante.

10. O que você sabe sobre o auto-exame de mama?

R. Que detecta precocemente o câncer de mama e deve ser feito após a menstruação mensalmente, da seguinte maneira: (ver anexo)

ANEXO 03

ASSUNTO: METODOLOGIA DA VISITA DOMICILIAR

ESQUEMATIZAÇÃO:

1. Planejamento:

- 1.1 - Seleção da visita a ser realizada
- 1.2 - Coleta de dados
- 1.3 - Revisão d conhecimentos
- 1.4 - Plano
- 1.5 - Preparo de material

2. Execução:

- 2.1 - Abordagem
- 2.2 - Atividades
- 2.3 - Resumo e avaliação

3. Registro de dados

4. Avaliação:

4.1 - Seleção da visita a ser realizada:

- a) prioridades estabelecidas;
- b) itinerário e meio de transporte;
- c) horas mais apropriadas para a assistência que vai ser prestada;
- d) cálculo do tempo disponível da visitadora.

4.2 - Coleta de dados:

- a) solicitar ao arquivo as fichas de controle de saúde de cada paciente.

4.3 - Revisão de conhecimentos:

- a) Estudar todos os dados registrados nas fichas;
- b) Rever os conhecimentos científicos para aplicar nas orientações.

4.4 - Plano:

- a) definir a conduta a ser seguida e traçar um plano provisório das ações de enfermagem.

4.5 - Preparo do material: Selecionar o material à ser utilizado na visita e rever a forma de usar o material

EXECUÇÃO:

1. Abordagem:

- 1.1 - Complementar o estudo com informações que possam ajudar na abordagem do assunto.
- 1.2 - Estabelecer ambiente favorável.

2. Atividades:

- 2.1 - Executar as ações de enfermagem planejadas ou equacioná-las a situação encontrada.
- 2.2 - Rever orientações e atividades prestadas à família e os planos para atendimentos das necessidades.

3. Resumo:

- 3.1 - Resumir todos os assuntos abordados durante a visita.

4. Avaliação: avaliar se os objetivos da visita foram atingidos.

5. - Registro de dados: registrar as ações da visita; registrando no prontuário ou fichário do paciente.

6. - Avaliação final: rever todos os passos a partir do planejamento avaliando as aspectos positivos e negativos a respeito da validade do trabalho educativo.

Fatores a considerar:

- 1) Problemas aparentes cientes da família.
- 2) Problemas não reconhecidos pela família.

- 3) Estabelecer contato com instituições médico-sociais, antes de serem indicadas à família.
- 4) Estabelecer formas de comunicação verbal e não verbal adequada a realidade encontrada.

Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Policlínica de Referência Regional
Programa Preventivo de Câncer Ginecológico/Mama

NORMAS E ROTINAS

JUSTIFICATIVA

Diante da gravidade que caracteriza o câncer e sentindo a carência de serviços preventivos na prática assistencial do INAMPS, foi implantado em junho de 1987 o Programa de Prevenção do Câncer Cérvico Uterino e de Mama, acrescentando-se aos anteriormente estruturados por outros Enfermeiros, quais sejam : Programa de Diabetes, Programa de Hipertensão, Programa de Puericultura e Programa de Assistência Domiciliar.

Inicialmente o atendimento estava restrito às servidoras da Instituição e foi estendido à população quando ampliou-se o quadro de pessoal, no ano seguinte.

OBJETIVOS

- Implementar medidas que visem a prevenção e /ou controle do câncer serviço uterino e de mama.

- Aumentar o número de mulheres que se submetem ao exame de Papanicolaou.

- Reduzir o índice de perda de mulheres com colpocitologias alteradas.

DEMANDA

O atendimento é prestado a toda mulher a partir da iniciação sexual.

A demanda se concentra principalmente em clientes que residem na Grande Florianópolis, não existindo no entanto, restrição quanto a procedência.

PRINCIPAIS FORMAS DE PROCURA AO SERVIÇO DE PREVENÇÃO DE CÂNCER

- Demanda espontânea.
- Encaminhamento de outros programas.
- Encaminhamento de outros profissionais.
- Encaminhamento de outras Instituições.
- Por recomendação de outras clientes.

NORMAS E ROTINAS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME

1 - AGENDAMENTO

O agendamento é feito nos intervalos entre as Consultas de Enfermagem. Os horários são estabelecidos num prazo de meia hora por cliente.

No formulário próprio (anexo 3) consta a rotina a ser seguida, para estar em condições ótimas por ocasião da coleta, como também, existe espaço próprio para o preenchimento de data e hora marcadas.

Ao entregar o formulário, presta-se orientações e esclarecimentos que se fizerem necessário.

2 - REALIZAÇÃO DO EXAME

Consulta de Enfermagem:

Anamnese - História obstétrica

- História menstrual

- História de anticoncepção

Pesquisa de fatores de risco mama/colo

Exame físico - sinais e sintomas

Orientações gerais / auto exame mamário

Confecção de lâminas do esfregaço cérvico vaginal

Encaminhamentos.

3 - Envio do material devidamente identificado ao laboratório com registro para controle (protocolo).

4 - Recebimento do resultado com transcrição para carteira(anexo 2) e prontuário.

5 - Entrega do resultado com interpretação do exame, orientações específicas e encaminhamentos (juntamente com a entrega da carteira).

6 - Critérios para encaminhamento à consulta médica:

6 . 1 -Com colpocitologia normal :

.Colo uterino apresentando alterações visíveis.

.Presença de fluxo vaginal não detectado no exame microscópico.

.Queixas .

.Fatores de risco .

.Demonstração de interesse por parte da cliente .

6 . 2 .-Com resultado alterado:

Classes III, IV e V .

Todos os casos de flora mista, metaplasias, discariose .

Citólise quando associada a prurido e fluxo vaginal .

Outros casos e / ou infecções .

6 . 3 .-Para avaliação mamária :

Fatores de risco.

Presença de alterações tais como: retração mamilar ou de qualquer parte da mama à inspeção ativa, nódulos, gânglio axilares, descarga papilar, modificações no tamanho e / ou contornos.

Queixas.

7 - Retorno ao serviço: (realização de novo exame)

Classe I - Uma vez ao ano.

Classe II - A cada 6 meses, caso apresente alteração inflamatória moderada.

Classe III - A cada 3 meses, com controle médico

Classe IV e V - A critério médico.

Obs.: Embora o ministério da Saúde já recomende o retorno anual para as clientes com classe II, achamos por bem mantermos o agendamento semestral em virtude do costumeiro retardamento desse prazo, bem como, pela maior segurança para a detecção da doença na fase inicial.

Nas portadoras de displasias que se submeteram à conização, o aprazamento deverá ser feito entre 40 a 60 dias; porque segundo Koss 2 a 3% dos casos podem apresentar recorrência. Exame trimestral por um ano, após, exame semestral.

Nos casos de Histerectomia por Classe IV (ca in situ): retorno trimestral no primeiro ano e semestral nos anos seguintes.

Em Histerectomia Total por causas não malignas: retorno anual

RECURSOS HUMANOS

- 04 Enfermeiras

Σ - 02 Médicas ginecologistas

- 01 Médica mastologista

2 Tec. Exp.

RECURSOS MATERIAIS

Espátula de Ayre; espéculos; escovas de campos da paz paz; palito ;gazes; luvas; lâminas; tubetes e álcool.

RECURSOS DIDÁTICOS

Impressos (modelos em anexo)

Ficha para agendamento com rotina para realização do exame, data e hora.

Histórico (primeira consulta).

Evolução consulta subsequente.

Carteira para controle.

Folhetos educativos -Câncer de Mama
- Câncer de Colo.

Livros - Registro (número,nome, endereço)
- Controle de casos alterados e graves
- Protocolo
- Estatística - diária / mensal.

Nos casos de sangramento fácil, realiza-se uma terceira lâmina, quando possível. Caso a presença de sangue impeça, agenda-se para repetir o exame quando estiver em melhores condições.

Em gestantes a coleta é dupla, ou seja, não deve ser colhida do endocérvice.

Fome!

SUS - POLICLINICA DE REFERÊNCIA REGIONAL
SERVIÇO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA - PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

1ª CONSULTA - DATA: _____

NOME: _____ IDADE: _____

PROFISSÃO: _____ ESCOLARIDADE: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ DUM: _____ Nº EXAME _____

GESTANTE: _____ PUÉRPERA _____ PÓS MENOPAUSA _____

FATORES RELATIVOS AO COLO UTERINO:

Nº Gestações: _____	P. Normais: _____	Cesárias: _____
Idade 1º Parto _____	Abortos: _____	Curetagens _____
Início AT. Sexual: _____	D.S.T.: _____	Cauterizações: _____
Fluxo Vaginal Prurido: _____	cor: _____	Qtidade: _____
Dispareunia: _____	Sangramento: _____	Sexual: _____
Sangramento Intermenstrual ou Pós Menopausa: _____		
Radioterapia: _____	História Familiar: _____	
Ciclo Menstrual: _____		
Freq. Paparcolpou: _____	Título Resum. _____	Data: _____
Doenças: _____	Cirurgias: _____	

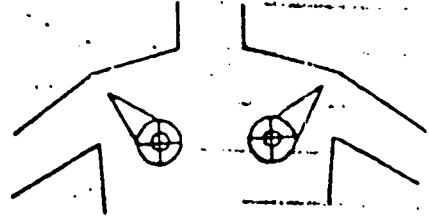
FATORES RELATIVOS À MAMA:

Idade Menarca: _____	Menopausa: _____	Amenstruação: _____
Tratamento Hormonal: _____	Mét. Anticoncepcional: _____	
Obesidade: _____	Alimentação: _____	Eliminações: _____
Fumo: _____	História Familiar: _____	

MAMA:

Exames: _____ Arto Palpação: _____

Exame Clínico



Volume: P M V MV

I Estática _____

I Dinâmica _____

Palpação D _____

E _____

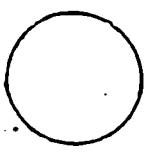
Axila D _____

E _____

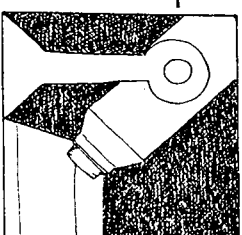
Secreção _____

OBS: _____

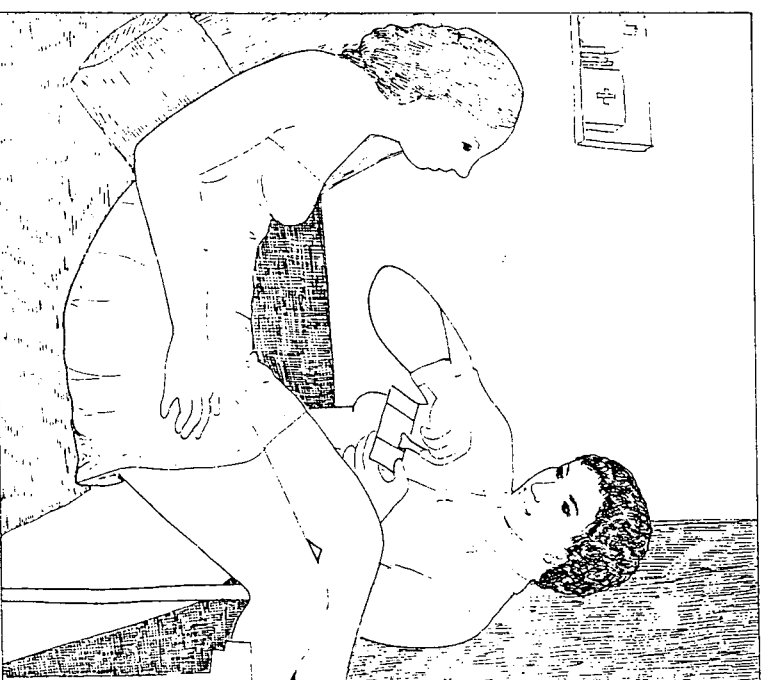
Exame de Colo: _____



Câncer de Colo



Muitas mulheres morrem de câncer de colo do útero no Brasil.
Muitas destas mortes podem ser evitadas se a doença for descoberta logo no início, quando o tratamento tem sempre mais chances de cura.



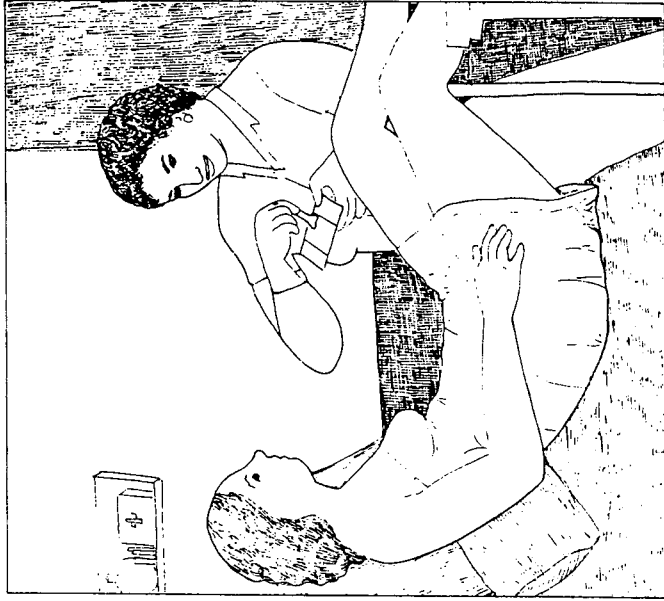
**INFORME-SE!
DECIDA-SE!
EXIJA
SEU DIREITO!**

Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde—DSP
Serviço de Saúde Materno-Infantil

Como Prevenir Câncer de Colo do Útero

COMO SE FAZ O EXAME PREVENTIVO?

- O exame preventivo é uma parte da consulta ginecológica.
- O médico observa o colo do útero e, com uma pazinha de madeira, retira um pouco de secreção.
- Esse material será colocado numa lâmina de vidro, e enviado para o laboratório onde serão feitos os exames (Papanicolaou e exame de lâmina).
- Este exame é rápido e indolor.
- É também um exame importante, porque permite tratar algumas infecções que favorecem o aparecimento do câncer.
- O exame preventivo é feito para prevenir o aparecimento do câncer, pois o médico pode descobrir alterações bem pequenas, que poderiam se transformar em câncer.



Atenção! Todas as mulheres devem fazer o exame preventivo de câncer anualmente, a partir da época em que comecem a ter relações sexuais.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- Nos dois dias antes do exame, é preciso tomar os seguintes cuidados:
 - não ter relações;
 - não fazer lavagem vaginal;
 - não usar produtos vaginais (espermicida, pomadas).
- O exame não deve ser feito durante o período menstrual.
- Faça a higiene normal (banho com água e sabão), não é necessário raspar os pelos antes do exame.
- Depois de feito o exame, não esqueça de apanhar o resultado no dia marcado.
- Informe-se na unidade de saúde onde fazer o seu preventivo de câncer:.....
.....
.....