

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

**PROMOVENDO O AUTOCUIDADO À MULHER NA  
PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE  
MAMA, ATRAVÉS DA SOCIALIZAÇÃO DO SABER EM  
SAÚDE E DO CUIDAR EM ENFERMAGEM**

**Alessandra Miriam de Sousa  
Fernanda Branco Simão  
Janaína Oselame  
Lísian Nascimento Röse**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0321

Título: Promovendo o autocuidado à mulher  
na prevenção do câncer cérvico-uterino e de



972491861 Ac. 241531

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0321  
Ex.1**

Florianópolis, julho 1999

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

**PROMOVENDO O AUTOCUIDADO À MULHER NA  
PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE  
MAMA, ATRAVÉS DA SOCIALIZAÇÃO DO SABER EM  
SAÚDE E DO CUIDAR EM ENFERMAGEM**

**Trabalho de Conclusão de curso  
apresentado ao Departamento de  
Enfermagem da Universidade Federal  
de Santa Catarina, para obtenção do  
Título de Enfermeiro**

**Orientadora: Olga Regina Zigelli Garcia  
Supervisora: Rosita Sônia Trilha**

**Florianópolis, julho 1999**

## UM VÔO PARA A VIDA

*A águia empurrou os filhotes para a beira do ninho. Seu coração trepidava enquanto sentia a resistência deles.*

*“Por que será que a emoção de voar precisa começar com o medo de cair?”, pensou.*

*Como na tradição da espécie, seu ninho localizava-se no alto do rochedo escarpado. “Será possível que, dessa vez não dará certo?”, pensou. A despeito de seus medos, a águia sabia que era tempo. Sua missão materna estava praticamente terminada.*

*Restava uma última tarefa: o empurrão.*

*Enquanto os filhotes não descobrissem suas asas, não havia objetivo em suas vidas.*

*Enquanto não aprendessem a voar, não compreenderiam o privilégio de ter nascido águia.*

*O empurrão era o maior presente que águia mãe tinha para lhes dar. E por isso, um a um, ela os empurrou, e eles voaram.*

*(João G. Neiva de Mesquita)*

## AGRADECIMENTOS

*Foi um tempo de muitas experiências comuns, um tempo em que aprendemos a compartilhar indagações, e a certeza de encontrar respostas.*

*E a cada resposta encontrada, o impulso para novas perguntas como uma força que nos leva a entender e a experimentar mais intensamente o aprendizado do doce mistério da vida.*

### **A DEUS:**

*Aquele que sempre esteve presente em nossos momentos de estudos e reflexões, guiando-nos com sua luz divina a cada etapa alcançada, simplesmente OBRIGADA.*

*Pedimos orientação para alcançarmos a vitória, coragem para enfrentarmos os obstáculos, sabedoria para criar e humildade para prosseguir.*

### **AOS PAIS:**

*O eterno agradecimento por todos os momentos de nossas vidas, nos quais estiveram sempre presentes, nos impulsionando nos momentos mais difíceis e compartilhando as nossas alegrias.*

*Sem sua ajuda não teríamos chegado até aqui!*

*Dedicamos este trabalho à vocês.*

### **À FAMÍLIA:**

*Pela compreensão nos momentos de ausência e incentivo para conclusão desta jornada.*

### **À ORIENTADORA OLGA:**

*Por nos fazer sentir profissionais, valorizando cada atuação do grupo e reforçando sempre a importância de nossa profissão.*

*Colocou-nos no caminho e nos fez perceber o valor de nosso trabalho.*

*Mais do que orientadora, uma amiga estimável, mulher de muitos valores e opiniões formadas.*

*Tudo que podemos lhe dizer é OBRIGADA, mais uma vez.*

*O que até aqui construímos, sem você nada teria sido válido.*

## **À SUPERVISORA ROSITA:**

*Pela sua experiência, por seu voto de confiança, sua alegria e dedicação incomparável.*

*Por nos dar oportunidades para atuar, sempre orientando, auxiliando e nos transmitindo segurança.*

*Obrigada à você, querida Rose!*

*Certamente nos encontraremos pelos “bailes da vida”. Estarás sempre presente em nossos corações.*

## **AOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:**

*A você LÚ, que nos recebeu com carinho e que nos ajudou tanto neste tempo que convivemos juntas. Tornou-se especial por seu descontraído jeito de ser, deixando a certeza de uma grande amizade.*

*Às clientes que nos permitiram aperfeiçoar nossas práticas e nossos conhecimentos.*

*À todas as pessoas que colaboraram para que os nossos objetivos fossem alcançados.*

## **AOS AMIGOS:**

*Existem amigos de muitas maneiras, aqueles que vão, aqueles que ficam; amigos visíveis e invisíveis, os que agem escondidos ou às claras, os que falam ou calam, aqueles que escondem ou te negam a mão. Enfim vários amigos. Porém agradecemos à todos, querendo-os como verdadeiros amigos.*

# SUMÁRIO

	P.
1. INTRODUZINDO O TEMA.....	09
2. ESTABELECENDO OS OBJETIVOS.....	15
2.1. OBJETIVO GERAL.....	15
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	15
3. REVISANDO A LITERATURA.....	16
3.1. ANATOMIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO SEGUNDO DÂNGELO E FATTINI.....	16
3.1.1. SISTEMA REPRODUTOR FEMININO.....	16
3.1.2. FISIOLOGIA DO MECANISMO DE PROTEÇÃO VAGINAL SEGUNDO SMELTZER E BARE.....	21
3.1.3. DOENÇAS CÉRVICO-UTERINAS.....	22
3.1.4. CÂNCER CÉRVICO-UTERINO.....	31
3.1.5. TÉCNICA PARA COLETA DE MATERIAL DO EXAME PREVENTIVO DE PAPANICOLAU.....	34
3.2. ANATOMIA DAS GLÂNDULAS MAMÁRIAS.....	39
3.2.1. INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE MAMA.....	40
3.2.2. FATORES DE RISCO.....	41
3.2.3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	48
3.2.4. FISIOPATOLOGIA.....	49
3.2.5. EXAME CLÍNICO DAS MAMAS.....	51
4. BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO.....	65

4.1. PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO .....	65
4.2. CONCEITOS.....	66
4.2.1. SER HUMANO.....	66
4.2.2. MEIO AMBIENTE .....	67
4.2.3. AUTOCUIDADO.....	67
4.2.4. ENFERMAGEM.....	68
4.2.5. SAÚDE .....	69
4.2.6. EDUCAÇÃO .....	70
4.3. A TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO.....	72
4.4. A TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM .....	73
4.5. O PROCESSO DE ENFERMAGEM .....	74
5. ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS.....	77
5.1.ASPECTOS GERAIS DO CAMPO DE ESTÁGIO .....	77
5.2.POPULAÇÃO ALVO.....	78
5.3.PLANO DE AÇÃO.....	79
6.FAZENDO O CRONOGRAMA .....	84
7.DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS .....	85
8. DESCREVENDO AS AÇÕES REALIZADAS E NÃO PROPOSTAS NO PROJETO .....	97
9. CONCLUINDO O TEMA .....	101
10. FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES .....	104
11. CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA .....	110
ANEXOS	
APÊNDICES	

## **1. INTRODUZINDO O TEMA**

Segundo a Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia Pastore (1997), muitos estudos têm abordado a temática câncer cérvico-uterino e de mama, trazendo dados que nos fazem refletir sobre a extensão e gravidade dessa problemática mundial.

Este tipo de câncer é denominado câncer ginecológico compreendendo 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 uma glândula do sistema reprodutor. Neste grupo de neoplasias predomina o câncer de mama em todo o mundo, seguido em ocorrência do câncer de colo uterino (Silveira, 1987).

Após os tumores de pele, o câncer de mama é o tumor mais frequentemente diagnosticado no mundo ocidental e o segundo em mortalidade, ultrapassado somente pelo câncer de pulmão. No Brasil o câncer de mama é visto com grande frequência, diferentemente do que ocorre nos países desenvolvidos onde a tendência é o diagnóstico precoce das lesões pequenas; a maioria dos pacientes apresenta grandes lesões tumorais e poucas chances de cura definitiva. Apesar da doença avançada muito se pode oferecer a estes pacientes, visto ser um tumor que apresenta um alto índice de resposta ao tratamento oncológico, mesmo no estágio metastático. (Lebarbenchon, 1998)

No Brasil, o câncer de mama é, juntamente com o carcinoma do colo do útero, as neoplasias mais comum em mulheres. Em 1993, aproximadamente 114.000 novos casos foram diagnosticados em nosso país, sendo a doença responsável por 40.000 óbitos. (Lebarbenchon, 1998)

Estima-se em 35.000 o número de casos novos para cada ano no Brasil, sendo o segundo tumor maligno mais incidente em mulheres (Sasse, 1999). Também em nível nacional, os óbitos por câncer de mama representam 16% da mortalidade por neoplasia maligna, ou 2,3% de todas as causas de morte entre mulheres. Na região sudeste-sul, o câncer de mama é a maior causa de morte por neoplasia. Estes dados, combinados com o aumento de expectativa de vida ao nascer, alertam para um problema de Saúde Pública (Garcia, 1994).

Em Santa Catarina, segundo registros do Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas ( CEPON ), datados de 1996, o câncer que apresentou maior ocorrência foi o de mama: 291 casos, sendo que 36% de casos registrados totalizados ocorreram no sexo feminino, a idade média de ocorrências é aos 54 anos.

Nos Estados Unidos, 7 a 9% de todas as mulheres com idade acima de 35 anos que morrem são portadoras de câncer mamário. A maior incidência é após os 40 anos de idade, muito embora os casos esporádicos sejam relatados em pacientes de até 13 anos. Dos fatores de risco, certamente a história familiar positiva para o câncer de mama é o maior, aliado à menarca precoce e menopausa tardia, nuliparidade e dieta rica em gorduras. (Lebarbenchon, 1998)

Segundo Lebarbenchon ( 1998) a mortalidade pelo câncer de colo uterino tem decaído consideravelmente nos países desenvolvidos nos últimos anos, graças ao aumento significativo de casos em que o mesmo é diagnosticado precocemente e, em sua maioria, nas fases pré-malignas. A disseminação do exame citológico de Papanicolau, sem dúvida alguma, foi o principal responsável por esta redução, não só pela sua eficácia, mas, também, pela facilidade do seu emprego e por seu baixo custo.

O mesmo autor cita que já na maioria dos países subdesenvolvidos, o uso restrito do exame preventivo, além das deficiências dos programas de saúde e

orientação populacional, concorrem para que este tipo de tumor apresente elevada mortalidade. O câncer de colo uterino, juntamente com o câncer de mama, é o tumor mais freqüente na mulher brasileira, sendo uma incidência superior a aproximadamente 20% quando comparada a todas as outras neoplasias malignas. Em certas regiões, como no nordeste, a incidência é mais elevada.

De acordo com dados do CEPON – SC, no ano de 1996, o câncer de colo de útero aparece com 135 casos (16%) sobre o total de casos de câncer registrados do sexo feminino, sendo maior na idade média de 46 anos.

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 que vem a ser ratificado por Sardenberg (1996) é quando afirma que o câncer de mama no Brasil mata 5.950 mulheres por ano.

Este tipo de câncer se constitui numa 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)

Neoplasia deve ser entendida como um “crescimento novo”, uma massa anormal de tecido, cujo crescimento é desordenado e excede a do tecido normal, persistindo de maneira excessiva, mesmo após a parada dos estímulos que desencadeiam a alteração. Este crescimento depende de fatores inerentes ao hospedeiro, como estado nutricional, imunitário, influência de hormônios, entre outros. ( Murad e Katz, 1996)

Pelas normas técnicas do controle de câncer cérvico-uterino e de mama do Brasil (1986), “toda mulher, independente da idade em que inicia a atividade sexual (após primeira relação sexual) deve realizar exame colpocitológico periodicamente”.

Esta periodicidade é estabelecida segundo 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.

As atividades de saúde relacionadas à prevenção do câncer ginecológico têm por objetivo a diminuição do índice da morbi-mortalidade causada pelo mesmo.

Para Lebarbenchon (1998), assim como em outros tipos de tumores, devemos dar ênfase à prevenção primária ao câncer de colo uterino, que tanto sofrimento causa às mulheres por ele acometidas, mas de tão fácil prevenção, desde que uma ampla campanha de saúde pública seja realmente deflagrada pelas autoridades de saúde.

A prevenção deve ser feita no plano coletivo e individual , 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-las. Para o tratamento do câncer ginecológico, como de qualquer neoplasia maligna, é de fundamental importância o diagnóstico precoce e as medidas terapêuticas adequadas.

Importante ressaltar que a grande incidência de câncer ginecológico e os altos índices de morbi-mortalidade tem sido relacionados com a falta de conhecimento do corpo, à falta da realização do auto-exame, bem como à insuficiente frequência a consulta ginecológica.

Oliveira (1996, p. 60 – 61), durante o desenvolvimento de seu trabalho, de conclusão de curso, junto à mulheres que procuraram os serviços de preventivo de câncer de Florianópolis, salienta que “as 103 clientes atendidas quando indagadas sobre

a razão de não realizarem o auto-exame apesar de conhecerem e estarem orientadas a respeito”, responderam na sua grande maioria que:

*“- Medo de achar algo ruim.”*

*“- Não confiavam no auto-exame.”*

*“- Esquecem.”*

*“- Não sabe dia certo de fazer.”*

*“- Confiam mais no exame realizado por um profissional.”*

*“- O profissional de saúde sabe mais.”*

*“- Quem procura, acha.”*

*“- Tem dúvidas na realização do exame.”*

A autora sugere, baseada nestas respostas, a necessidade de se rever a forma como são feitas as orientações do auto-exame de mama.

Kamers e Ramos (1997) em seu trabalho de conclusão de curso, cujo objetivo foi prestar cuidado de enfermagem à mulher na prevenção do câncer ginecológico a partir de experiências vivenciadas num Serviço de Preventivo de Câncer Ginecológico de Florianópolis, relataram que durante o desenvolvimento de seu trabalho, 72% das 181 mulheres atendidas conheciam o auto-exame de mama mas não o praticavam rotineiramente.

Tal fato, aliado ao aumento alarmante da incidência do câncer ginecológico, nos levou a pensar na importância de um trabalho educativo junto à mulher, objetivando o autocuidado à saúde, ressaltando que nossa motivação em desenvolver um trabalho na área da saúde da mulher iniciou a partir de experiências vivenciadas no curso, no cuidado a esta clientela.

Baseados nos dados da literatura que mostraram a importância e eficiência da prevenção do câncer ginecológico na redução de sua incidência, optamos por realizar

um trabalho que visa, através de nossos conhecimentos e habilidades, contribuir para a prevenção e detecção do câncer ginecológico em estágios precoces, por meio de ações educativas que estimulem à mulher a adotar condutas de promoção à saúde.

Para tanto, escolhemos como base teórica o modelo de Dorothea Orem, pois pensamos que o mesmo, através de ensino de autocuidado, adapta ao objetivo básico de nosso projeto, ou seja, a prevenção do câncer ginecológico, por acreditarmos que a mulher ao receber e incorporar as orientações que levam à ações adequadas para seu autocuidado, têm possibilidade de manter e promover sua saúde, tornando-se também um agente de mudança no contexto social no qual está inserida.

## **2. ESTABELECENDO OS OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Prestar cuidado de Enfermagem, através do ensino do autocuidado à mulher na prevenção do câncer ginecológico, a partir de experiências vivenciadas na Policlínica de Referência Regional I de Florianópolis, fundamentado nos princípios da teoria de Dorothéa Orem.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Programa de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama da Policlínica e sua inserção em todo o SUS.
- Vivenciar a assistência prestada no programa de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.
- Desenvolver ações educativas à grupos de mulheres da Grande Florianópolis, visando prestar orientações sobre a prevenção do câncer ginecológico.
- Desenvolver o nível de conhecimento das mulheres atendidas, quanto às ações de prevenção do câncer ginecológico.
- Avaliar periodicamente o desenvolvimento do projeto.
- Buscar aprofundamento teórico-prático a respeito do câncer cérvico-uterino e de mama.

### **3. REVISANDO A LITERATURA**

#### **3.1. ANATOMIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO**

##### **SEGUNDO DANGELO E FATTINI (1991)**

##### **3.1.1. SISTEMA REPRODUTOR FEMININO**

###### **3.1.1.1. ORGÃOS EXTERNOS:**

**VULVA:** Os órgãos reprodutores femininos externos são em conjunto conhecidos como: vulva, no qual inclui o monte pubiano, os grandes lábios, os pequenos lábios, o clítoris, as glândulas do vestíbulo e o hímen.

**MONTE PUBIANO:** É uma elevação mediana, anterior à sínfise púbica e constituída principalmente de tecido adiposo. Apresenta pêlos espessos (pêlos pubianos) após a puberdade, com distribuição característica.

**GRANDES LÁBIOS:** São duas pregas cutâneas, alargadas, que delimitam entre si uma fenda, a rima; após a puberdade apresentam-se hiperpigmentadas e cobertas de pêlo, embora suas faces internas sejam sempre lisas e glabras (sem pêlos).

**PEQUENOS LÁBIOS:** São duas pequenas pregas cutâneas localizadas medialmente dos grandes lábios. Na idade adulta, a pele que os recobre é lisa, úmida e vermelha. Ficam escondidos pelos grandes lábios, exceto nas crianças e na idade avançada, quando os lábios maiores contém menos tecido adiposo e conseqüentemente menor volume. No espaço entre os pequenos lábios e o vestíbulo da vagina, encontram-se o óstio externo da uretra, o óstio da vagina e os orifícios dos ductos das glândulas vestibulares.

**CLITÓRIS:** Como no sexo masculino, são formadas por tecido erétil, capazes de dilatar-se como resultado de ingurgitamento sangüíneo. O clítoris é o

homólogo do pênis, ou mais exatamente, dos corpos cavernosos. Possui duas extremidades fixadas ao ísquio e ao púbis – raízes do clitóris, que depois se juntam formando o corpo do clitóris, e que termina por uma dilatação – a glânde do clitóris. A glânde do clitóris é visível no local onde se funde anteriormente os pequenos lábios. O clitóris, e mais particularmente sua glânde, é estrutura extremamente sensível e ligada à excitabilidade sexual feminina.

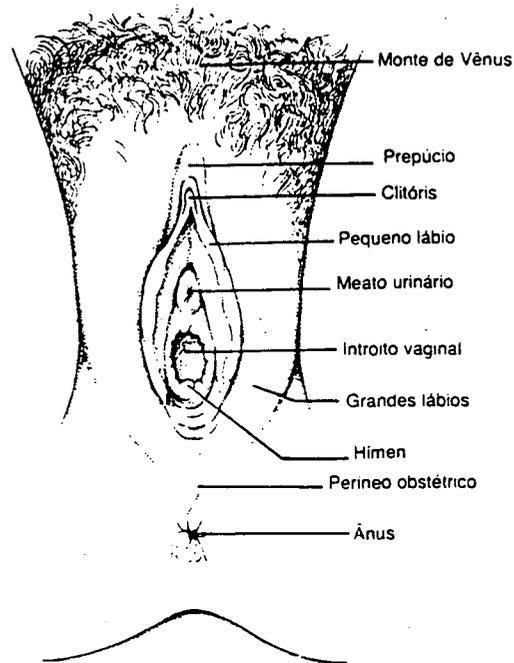
**GLÂNDULAS VESTIBULARES:** São em número de duas, situadas profundamente e nas proximidades do vestíbulo da vagina onde se abrem seus ductos. Durante o coito são comprimidas e secretam muco, que serve para lubrificar a porção inferior da vagina.

**HÍMEN:** É delgada prega de membrana mucosa vascularizada que separa a vagina do vestíbulo. 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 considerado como critério para a virgindade. (Kamers e Ramos, 1997).

**PERÍNEO:** O períneo é a região inferior da pelve delimitada anteriormente da sínfise púbica, anterolateralmente pelos ramos inferiores do púbis e pelas tuberosidades isquiáticas, e, posteriormente pela extremidade do osso cóccix. 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 tuberosidades isquiáticas. O triângulo anterior da linha é chamado de triângulo urogenital e contém os órgãos genitais externos. O triângulo posterior à linha é o triângulo retal que contém o ânus. As estruturas perineais são, as vezes, rompidas durante o parto. O rompimento pode estender-se ao orifício vaginal posteriormente através do períneo e lesar os esfíncteres anais. Para evitar este perigo, uma incisão é

deliberadamente feita no períneo imediatamente antes da passagem do feto através da vagina. Esta incisão (episiotomia) , permite abertura suficiente para passar a criança, minimizando assim as lesões do períneo.

### FIGURA I – GENITÁLIA EXTERNA



#### 3.1.1.2. ÓRGÃOS INTERNOS:

**VAGINA:** É o órgão de cópula feminino. O termo vagina vem do latim e significa bainha, nome dado a esta estrutura por analogia funcional, pois atua como uma bainha a ser penetrada pelo pênis durante a cópula. A vagina é um tubo cuja as paredes normalmente se tocam. No exame do cérvix uterino o médico coloca um aparelho (espéculo) para afastá-las. Comunica-se superiormente com a cavidade uterina, e inferiormente abre-se no vestibulo da vagina através do seu óstio. A cavidade uterina e a vagina constituem no conjunto o canal do parto, através do qual o feto passa no

momento do parto. Além de ser o órgão de cópula, a vagina dá passagem ao feto no parto e, mensalmente, aos produtos da menstruação.

**ÚTERO:** Envolvido pelo ligamento largo, tem em geral a forma de uma pêra invertida e nela se distinguem quatro partes: **fundo, corpo, ístmo e cérvix**.

O **corpo** comunica-se de cada lado com as tubas uterinas e a porção que fica acima delas é o **fundo**. O **corpo** é a porção principal e se estende até uma região estreitada inferior que é o **ístmo**. Este é muito curto ( 1 cm ou menos), e a ele segue o **cérvix** (ou colo do útero) , que faz projeção na vagina e se comunica pelo óstio do útero. O útero varia de forma , tamanho, posição e estrutura; estas variações dependem da idade, do estado de plenitude ou vacuidade da bexiga e do reto, e sobretudo, do estado de gestação. O **cérvix** tem sua extremidade voltada para trás e para baixo, de forma que existe uma discreta angulação ao nível do ístmo, com relação ao eixo da vagina, o útero faz um ângulo de cerca de 90°. Na sua estrutura o útero apresenta três camadas:

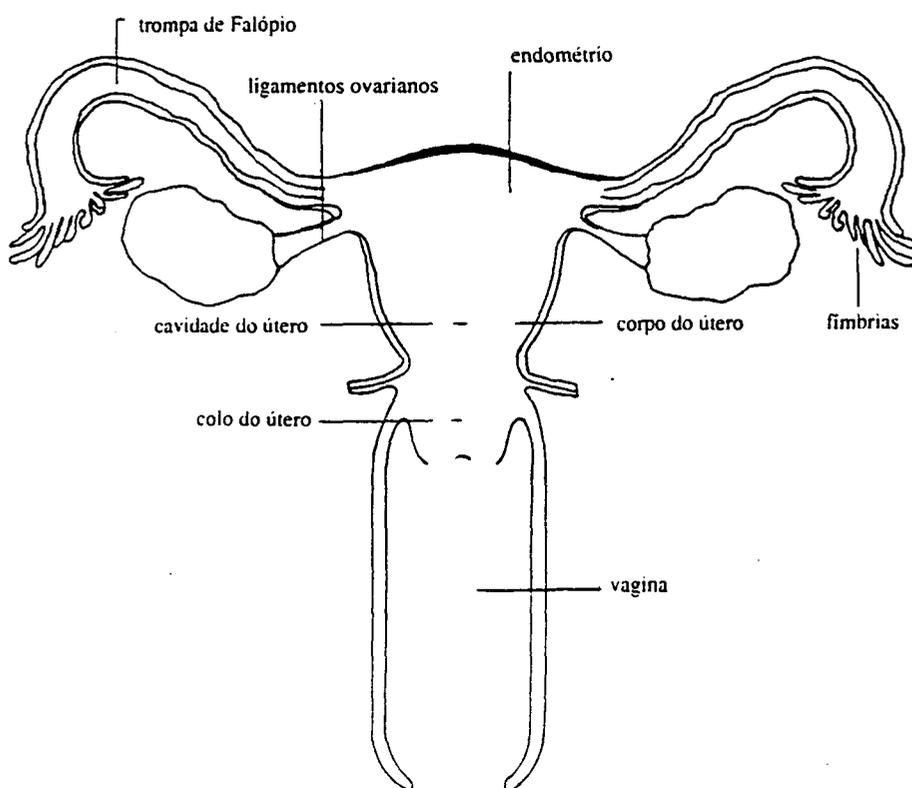
- a) Interna ou endométrio, que sofre modificações com a fase do ciclo menstrual, uterino ou na gravidez;
- b) Média ou miométrio, de fibras musculares lisas e constituindo a maior parte da parede uterina;
- c) Externa ou perimétrio, representada pelo peritônio. As camadas do útero são espessas em razão da musculatura, mas a cavidade uterina é relativamente estreita no útero não grávido.

**TUBAS UTERINAS:** Transportam os óvulos que romperam a superfície do ovário para a cavidade do útero. Por elas passam, em direção oposta, os espermatozóides e a fecundação ocorre habitualmente dentro da tuba. A tuba uterina está incluída na borda superior do ligamento largo do útero; é um tubo de luz estreita cuja extremidade medial (óstio uterino da tuba) se comunica com a cavidade uterina e

cuja extremidade lateral (óstio abdominal da tuba) se comunica com a cavidade peritoneal. O óstio abdominal da tuba permite a comunicação da cavidade peritoneal com o meio exterior (através da tuba, cavidade uterina, vagina e vulva), comunicação esta inexistente no sexo masculino, onde a cavidade peritoneal é dita fechada. A tuba é subdividida em quatro partes que, seguindo do útero para o ovário, são: uterina (na parede do útero), ístmo, ampola e infundíbulo.

**OVÁRIOS:** Produzem os gametas femininos ou óvulos ao final da puberdade. Além desta função gametogênica, produzem também hormônios, os quais controlam o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários atuam sobre o útero nos mecanismos de implantação do óvulo fecundado e no início do desenvolvimento do embrião. Os ovários estão fixados pelo mesovário à face posterior do ligamento largo do útero, mas não são revestidos pelo peritônio. Antes da primeira ovulação o ovário é liso e rosado, mas depois torna-se branco acinzentado e rugoso, devido às cicatrizes deixadas pelas subsequentes ovulações. Na velhice, diminuem de tamanho.

**FIGURA 2 – ANATOMIA DO APARELHO REPRODUTOR**



### **3.1.2. FISIOLOGIA DE PROTEÇÃO VAGINAL SEGUNDO SMELTZER E BARE (1994)**

A vagina é protegida contra infecção por seu pH normalmente baixo (3,5 a 4,5), que é mantido pelas ações dos bacilos de Doëderlein (parte da flora vaginal normal) e do hormônio estrogênio. O risco de infecção torna-se maior se a resistência da mulher for reduzida, o pH for alterado e o número de organismos invasores aumentar.

Os distúrbios vulvovaginais são problemas comuns em mulheres. O enfermeiro desempenha papel básico no fornecimento de informações que auxiliarão na prevenção e no tratamento de várias dessas condições. As meninas e mulheres precisam compreender a anatomia feminina, higiene pessoal adequada e as vantagens das roupas íntimas de algodão.

O epitélio da vagina é altamente responsivo ao estrogênio, o que induz a formação de glicogênio. A decomposição do glicogênio em ácido láctico produz um baixo pH vaginal. Quando o estrogênio diminui, como durante a lactação e menopausa, há uma redução do glicogênio. Em adolescentes e mulheres jovens que usam contraceptivos orais, a flora vaginal normal e a formação de glicogênio são reduzidas. Tornando o problema ainda mais complexo, nessa faixa etária há o desenvolvimento de hancne, com prescrição de tetraciclina para seu tratamento; essa droga destrói ainda mais a flora vaginal normal, necessária para manter o pH baixo que inibe o crescimento da maioria dos organismos. Com a redução da formação de glicogênio, as infecções são comuns e exigem cuidadoso diagnóstico para que seja prescrito tratamento adequado.

À medida que o epitélio vaginal amadurece durante os anos reprodutores, outros fatores iniciam infecções, como a relação sexual com um parceiro infectado, higiene feminina inadequada, e uso de roupas justas, sem ventilação que retém calor.

Durante o período da perimenopausa, quando cessa a produção de estrogênio, os lábios e tecidos vaginais podem tornar-se atrofiados e frágeis, tornando a área mais suscetível à lesão e infecção.

### **3.1.3. DOENÇAS CÉRVICO-UTERINAS**

#### **3.1.3.1. INFECÇÕES POR CHLAMYDIA:**

A infecção sexualmente transmitida por *Chlamydia trachomatis*, uma bactéria que está aumentando. As manifestações clínicas em mulheres assemelham-se àquelas da gonorréia (cervicite e secreção mucopurulenta). A clamídia afeta o trato geniturinário e pode causar disúria. A condição também pode ser assintomática. O diagnóstico pode ser confirmado por esfregaço direto ou cultura.

O centro de controle de doenças recomenda o tratamento com tetraciclina, doxiciclina ou eritromicina geralmente durante uma semana, em doses prescritas. As gestantes são aconselhadas a não tomar tetraciclina devido aos possíveis efeitos adversos sobre o feto. Os resultados do tratamento geralmente são bons, se for iniciado suficientemente cedo. As possíveis complicações do tratamento tardio são doença tubária, doença inflamatória pélvica, e infertilidade (Smeltzer e Bare, 1994).

#### **3.1.3.2. VAGINOSE BACTERINA (INFECÇÃO POR GARDNERELLA VAGINALIS):**

Trata-se de um coco-bacilo gram variável, imóvel e anaeróbio facultativo, denominado no passado de *Haemophilus vaginalis*. Quase sempre a vulvovaginite por *Gardnerella vaginalis* está associada com outros germes anaeróbios. A transmissão pode ocorrer no ato sexual. (Brasil, 1998).

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias. Esse aumento é associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos ( que normalmente são os agentes predominantes na vagina normal).

Os principais sinais e sintomas seguem:

- Leucorréia vaginal com odor fétido, mais acentuado depois do coito e no período menstrual;
- Leucorréia vaginal acinzentada, de aspecto cremoso, algumas vezes bolhosos;
- Dor às relações sexuais ( pouco freqüente); e
- Embora o corrimento seja sintoma mais freqüente, quase a metade das mulheres com vaginose bacteriana são completamente assintomáticas.

O diagnóstico da vaginose bacteriana se confirma quando estiver presente três dos seguintes critérios, ou apenas os dois últimos:

- Corrimento vaginal, geralmente acinzentado e de quantidade variável;
- PH vaginal maior que 4,5;
- Teste de amina positivo;
- Presença de “clue cells” no exame bacterioscópico, associada a ausência de lactobacilos.

Para o tratamento são utilizados Metronidazol, Tinidazol, Secnidazol, Tianfenicol, Clindamicina e Clindamicina Creme.

Os parceiros não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes (Brasil, 1999).

### 3.1.3.3. CANDIDÍASE VULVOVAGINAL:

É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio se torna favorável para seu desenvolvimento. A relação sexual já não é considerada a principal forma de transmissão, visto que estes organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas.

Os fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal são:

- Gravidez;
- Diabetes Mellitus (descompensada);
- Obesidade;
- Uso de contraceptivos orais de altas dosagens;
- Uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores;
- Hábitos de higiene e vestuário inadequado ( diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local);
- Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes;
- Alterações nas respostas imunológicas (imunodeficiência).

Os sinais e sintomas dependeram do grau de infecção e da localização do tecido inflamado; podem se apresentar isolados ou associados, e incluem: prurido vulvovaginal, ardor ou dor à micção, corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso, hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva, dispareunia, fissura e maceração da pele, e vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas aderidas a mucosa.

Para o tratamento utiliza-se Miconazol; Tioconazol; Terconazol; Clotrimazol e Nistatina.

Os parceiros não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes (Brasil, 1999).

#### 3.1.3.4. 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 são as queixas mais freqüentes que os ginecologistas encontram.

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

Uma colpíte 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.

a) Fisiologicamente:

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

a) 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 o corpo estranho;
- Doenças debilitantes: Ex: diabete mellitus;
- Transtornos hormonais: colpites por aumento de estrógeno;
- Tratamento com antibióticos ou radioterapia – propagação de colpíte e diminuição dos bacilos de Döderlein.

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

- Colpites por *Trichomonas vaginalis*;
- Colpites por *Cândida albicans*;
- Colpíte por *Haemophilus vaginalis*;
- Colpíte senil.

As duas primeiras classes são encontradas com maior frequência.

### 3.1.3.5. TRICOMONÍASE GENITAL:

É uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório a vagina e a uretra. Sua principal forma de transmissão é a sexual. Pode permanecer assintomática no homem, e na mulher principalmente após a menopausa. Na mulher, pode acometer a vulva, a vagina e a cérvix uterina, causando cérvico vaginite.

Os principais sinais e sintomas são: corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso, com mau cheiro; prurido e/ou irritação vulvar; dor pélvica (ocasionalmente); sintomas urinários (disúria, polaciúria); e hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpíte difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa; teste de Schüller “onçóide”) (Brasil, 1999).

O tratamento visa primeiramente à erradicação do *Trichomonas*. A irritação e a dor que estão freqüentemente associados, desaparecem quando eliminamos o agente etiológico e o epitélio agregado regenera-se espontaneamente (Kamers e Ramos, 1997).

As drogas mais utilizadas para o tratamento são Metronidazol, Tinidazol, Secnidazol. Tratar sempre ao mesmo tempo a cliente e o seu companheiro, com o mesmo medicamento e dose. Durante o tratamento deve-se suspender as relações sexuais (Brasil, 1999).

#### 3.1.3.6. CERVICITE MUCOPURULENTA:

Cervicite, ou endocervicite, é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino). Classicamente, as cervicites são classificadas como gonocócicas ou não gonocócicas, levando em consideração o seu agente etiológico. Novos estudos têm demonstrado que a etiologia das cervicites está relacionada principalmente com *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, além de bactérias aeróbicas e anaeróbicas da própria flora cérvico-vaginal.

Embora assintomática na maioria das vezes, a mulher portadora da cervicite poderá vir a ter sérias complicações, quando a doença não for detectada a tempo. Por isso, é importante como rotina, a verificação da presença de fatores de risco, além da realização da anamnese e do exame ginecológico minucioso em todas as mulheres que procuram assistência médica, por qualquer motivo. Alguns sintomas genitais leves como corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta. O colo uterino fica habitualmente edemaciado, sangrando facilmente ao toque da espátula, às vezes pode ser verificada presença de muco/pus no orifício externo do colo. Uma cervicite prolongada, sem o tratamento adequado, pode se estender ao endométrio e às trompas, causando Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e

suas principais seqüelas, ou seja, esterilidade, prenhez ectópica, dor pélvica crônica (Brasil, 1999).

Dada à impossibilidade da realização dos procedimentos diagnósticos no momento da consulta e à alta prevalência de gonococos e clamídia nas cervicites e endocervicites, além da necessidade de se prevenir as seqüelas da DIP, preservando-se assim a saúde reprodutiva da mulher, justifica-se o tratamento combinado: Azitromicina, Doxiciclina, Ofloxacina, Ciprofloxacina, Cefixima, Ceftriaxina, Tianfenicol.

### 3.1.3.7. INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV):

É uma doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo.

O Papilomavírus humano (HPV) é um DNA-vírus não cultivável do grupo papilomavírus. Atualmente são conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em 3 grupos de acordo com o seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros cofatores, tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino.

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Podem apresentar-se clinicamente sob a forma de lesões exofíticas. A infecção pode também assumir uma forma denominada subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação e após a aplicação de reagentes, como ácido acético. Este vírus ainda é capaz de estabelecer uma infecção latente em que não existem lesões clinicamente identificáveis ou subclínicas, apenas sendo detectável seu DNA por meio de técnicas moleculares em tecidos contaminados.

Alguns estudos prospectivos têm demonstrado que em muitos indivíduos a infecção terá um caráter transitório, podendo ser detectada, ou não. O vírus poderá permanecer por muitos anos no estado latente e após este período originar novas lesões. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau (displasias moderada, displasia acentuada ou carcinoma *in situ*) são os tipos virais presentes e co-fatores, entre eles o estado imunológico, tabagismo e outros de menor importância.

Os condilomas, dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos. Quando presentes no colo uterino, vagina, uretra e ânus, podem também ser sintomáticos.

Na forma clínica as lesões podem ser únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, no homem localiza-se mais freqüentemente na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal e, na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo.

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia, embora isto raramente seja necessário.

O diagnóstico definitivo da infecção pelo HPV é feito pela identificação da presença do DNA viral por meio de testes de hibridização molecular. O diagnóstico por colpocitologia nem sempre está correlacionado com a identificação do DNA do HPV. As alterações celulares causadas pelo HPV no colo uterino têm o mesmo significado clínico que as observadas nas displasias leves ou neoplasia intra-epiteliais de grau I. Mais recentemente, ambas as condições têm sido denominadas indistintamente como lesão intra-epiteliais escamosa de baixo grau (LSIL), com grande chance de regressão sem tratamento.

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das verrugas sintomáticas, levando a períodos livres de lesões em muitos pacientes. Verrugas genitais freqüentemente são assintomáticas. Nenhuma evidência indica que os tratamentos atualmente disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. A remoção da verruga pode ou não diminuir sua infectividade. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número. Nenhuma evidência indica que o tratamento do condiloma previne o desenvolvimento de câncer cervical.

Os tratamentos disponíveis para condilomas são: crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, ácido tricloroacético (ATA) e exérese cirúrgica.

Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos, e a experiência do profissional de saúde. Mais raramente, o tratamento pode resultar em síndromes dolorosas incapacitantes, como vulvodínia ou hiperestesia do local tratado.

Os parceiros sexuais de pacientes com condilomas devem ser buscados, uma vez que poderão se beneficiar do exame médico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados, ou de outras DST.

Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir, mas não eliminar, o risco de transmissão para parceiros não contaminados.

Pacientes com lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL) ou displasias moderada ou acentuada, ou carcinoma *in situ* NIC II ou NIC III, devem ser referidos a

serviços especializados para confirmação diagnóstica, afastar possibilidade de carcinoma invasivo e realização de tratamento especializado.

Mulheres com história ou portadoras de DST apresentam risco maior para câncer cérvico-uterino e para outros fatores que aumentam este risco, como a infecção pelo HPV. Estudos de prevalência mostram que as lesões precursoras do câncer cérvico-uterino são cinco vezes mais freqüentes em mulheres portadoras de DST do que naquelas que procuram outros serviços médicos como por exemplo, para planejamento familiar (Brasil, 1999).

#### 3.1.4. CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Para Souen (1992), o câncer cérvico-uterino é uma doença progressiva iniciada com doenças neoplásicas intraepiteliais 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 seguir uma taxa de cura próxima a 100%.

A causa etiológica no sentido biológico do carcinoma cervical, como a de todos os outros cânceres, é desconhecida. Histologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares, interiormente denominadas displasia (leve, moderada e acentuada). Atualmente estas lesões são classificadas como neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC I, II e III) sendo que NIC III corresponde à displasia acentuada e carcinoma *in situ* (Pires, 1996).

No Brasil, estima-se que o câncer do colo do útero seja o segundo mais comum na população feminina, só sendo superado pelo de mama. Este tipo de câncer

representa 15% de todos os tumores malignos em mulheres. É uma doença possível de ser prevenida estando diretamente vinculada ao grau de subdesenvolvimento do país.

De acordo com as estimativas sobre incidência e mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de colo do útero foi responsável pela morte de 5.760 mulheres no Brasil em 1997. Para 1998 a estimativa é de que 21.725 novos casos sejam diagnosticados, representando 8,08% do total de novos casos de câncer no país. A doença deverá ocasionar, este ano, 6.815 mortes, das quais 41,1% em mulheres ainda em fase produtiva, entre 40 e 59 anos de idade.

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero. Os fatores sociais, ambientais e os hábitos de vida, tais como: baixas condições sócio-econômicas, atividade sexual antes dos 18 anos de idade, pluralidade de parceiros sexuais, vício de fumar (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), poucos hábitos de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais, são os principais.

Apesar do conhecimento cada vez maior nesta área, a abordagem mais efetiva para o controle do câncer do colo do útero continua sendo o rastreamento através do exame preventivo. É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir em 70% a mortalidade do câncer do colo do útero na população de risco (INCA, 1999).

Uma vez que o câncer de colo de útero tornou-se invasivo, ele pode envolver localmente a parte superior da vagina, e parede pélvica, podendo atingir até a bexiga, e ureteres, causando obstrução e insuficiência renal. O tumor pode também invadir o sistema linfático atingindo linfonodos na parede pélvica. Metástases pelo sangue são muito raras (Sasse, 1999).

O câncer invasivo de colo uterino é em geral assintomático. Em certos casos, pode ocorrer fluxo ou forte sangramento pós-coito. Outras pacientes podem

apresentar adenopatias palpáveis, edema em membros inferiores, trombose venosa profunda ou obstrução uretral. Uma meta-análise revelou que a incidência de gânglios positivos em pacientes com estágio I é de 15,4% e 28,6% em estágio II (Pires, 1996).

Em geral é realizada cirurgia ou radioterapia, ou ambos para o tratamento, dependendo do estadiamento. Lesões pré-cancerosas podem ser eliminadas através de cauterização ou de uma cirurgia local. Não responde bem à quimioterapia (Sasse, 1999).

O exame preventivo do câncer de colo do útero – conhecido popularmente como exame preventivo de Papanicolau – é indolor, barato e eficaz, podendo ser realizado por qualquer profissional da saúde treinado adequadamente, em qualquer local do país, sem a necessidade de uma infra-estrutura sofisticada. Ela consiste na coleta de material para exame, que é tríplice, ou seja, da parte externa do colo (ectocérvice), da parte interna do colo (endocérvice), e do fundo do saco posterior da vagina. O material coletado é afixado em lâmina de vidro, corado pelo método de Papanicolau e então examinado ao microscópio.

Para a coleta do material introduz-se um espéculo vaginal e prossegue-se à escamação ou esfoliação da superfície do colo e da vagina com uma espátula de madeira. Em mulheres grávidas, deve-se evitar a coleta endocervical.

A fim de garantir a eficácia dos resultados, a mulher deve evitar relações sexuais um dia antes do exame, não usar duchas, medicamentos vaginais ou anticoncepcionais locais nos três dias anteriores ao exame e não submeter-se ao exame durante o período menstrual (INCA, 1999).

### **3.1.5. TÉCNICA PARA COLETA DE MATERIAL DO EXAME PREVENTIVO DE PAPANICOLAU (MANUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)**

Recomenda-se a coleta tríplice: fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice, em uma única lâmina, previamente limpa e identificada.

#### **Etapas da Coleta**

Local fundo de saco vaginal posterior: retirar o material do fundo de saco posterior com a extremidade arredondada da espátula de madeira, tipo Ayre, colocando-se em seguida na extremidade distal da lâmina.

Local ectocérvice: com a outra extremidade da espátula que apresenta uma reentrância, fazer um raspado da ectocérvice, periorifical, realizando um movimento rotativo de 360°. Em seguida, colocar a amostra no centro da lâmina.

Local endocérvice: introduzir no canal cervical e colher o material com um movimento rotativo, colocando na extremidade próxima da lâmina.

#### **Fixação do Esfregaço**

As células da amostra do colo de útero secam muito rapidamente, tornando-se difícil a visão para exame microscópico; assim, é essencial que a lâmina seja preparada e fixada rapidamente. O ideal seria o esfregaço ser preparado antes de se remover o espécuro.

Como a lâmina não é encaminhada imediatamente ao laboratório, é necessário que se tenha um recipiente adequado para colocá-las, pois não devem ficar acumuladas umas por cima das outras, prejudicando os esfregaços e misturando seus conteúdos, falsificando assim os resultados.

São três as técnicas de fixação recomendadas:

- b) Álcool a 95% - lâmina com material submerso no álcool 95%, em vidros de boca larga.
- c) Fixador citológico – pingar duas gotas de solução fixadora sobre o material. Deixar secar ao ar livre.
- d) Citospray – borrifar a lâmina com o spray fixador, a uma distância de 20 cm.

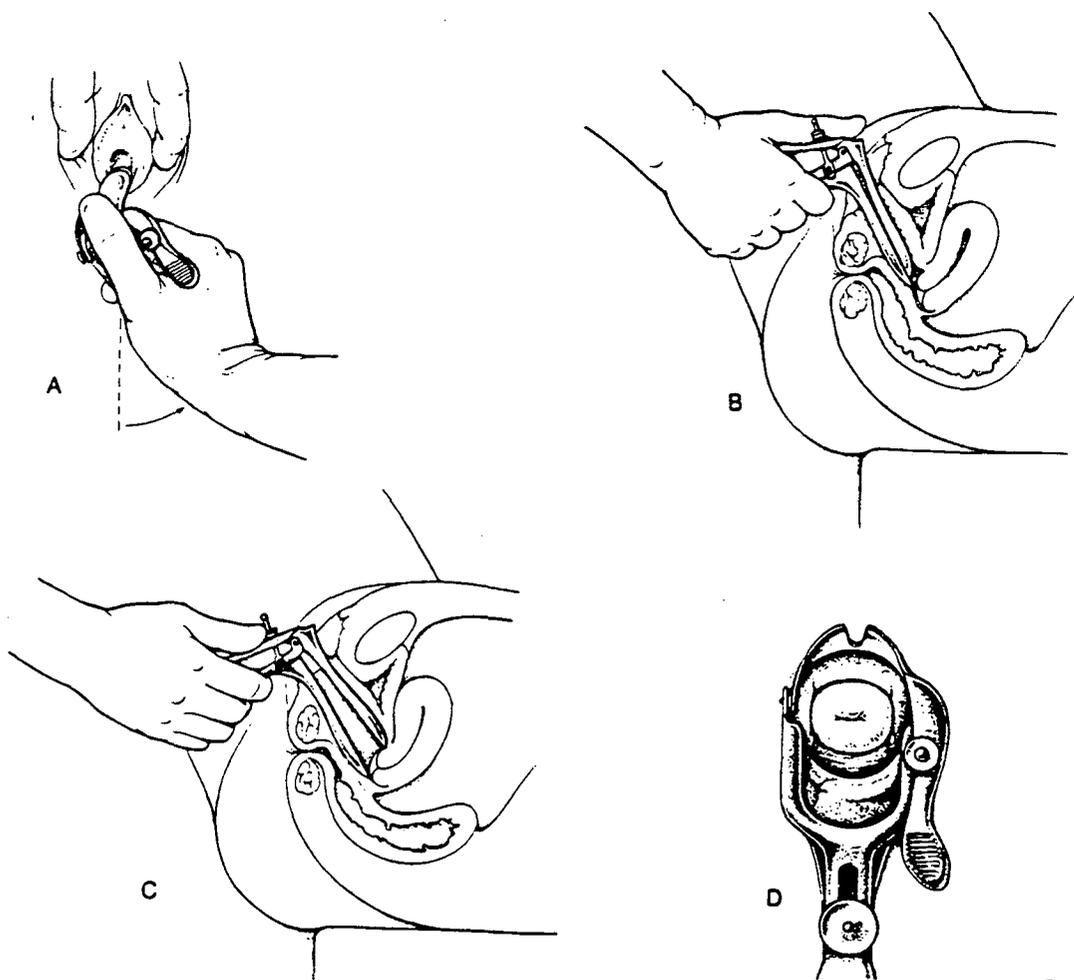
### **Teste de Shüller**

O teste de Shüller permite diferenciar as alterações da mucosa cérvico-vaginal, dada a propriedade que as células têm de impregnarem com uma solução de lugol (corando-se em grau variável conforme o teor de glicogênio que contém).

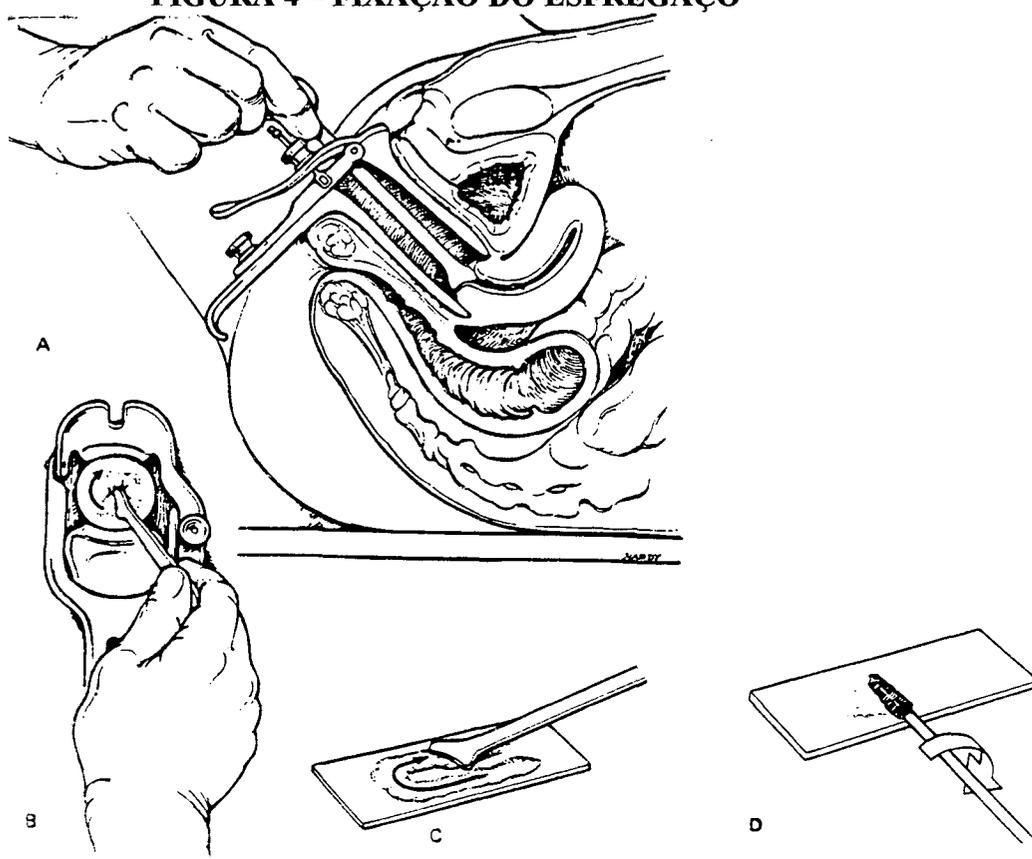
Este teste é feito com base no grau de fixação do iodo pelas células, como descrito a seguir:

<b>IMAGEM</b>	<b>INTERPRETAÇÃO</b>
Iodo positivo	Schüller negativo
Iodo claro	Schüller negativo
Iodo negativo	Schüller positivo
Iodo mudo	Schüller positivo

**FIGURA 3 – TÉCNICAS PARA TESTE DE SCHÜLLER**



**FIGURA 4 – FIXAÇÃO DO ESFREGAÇO**



Toda mulher com vida sexual ativa deve se submeter ao exame preventivo periódico, dos 20 aos 60 anos de idade. Inicialmente, o exame deve ser feito a cada ano. Se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada 3 anos.

O exame deve ser feito nas seguintes eventualidades: período menstrual prolongado, além do habitual, sangramentos vaginais entre dois períodos menstruais, ou após relações sexuais ou lavagens vaginais.

O exame deve ser feito dez ou vinte dias após a menstruação, pois a presença de sangue pode alterar o resultado. Mulheres grávidas também podem realizar o exame. Neste caso, são coletadas amostras do fundo-de-saco vagina posterior e da ectocérvice, mas não da endocérvice, para não estimular contrações uterinas.

#### **NOMENCLATURA UTILIZADA NA CITOLOGIA DO COLO UTERINO**

<b>PAPANICOLAU</b>	<b>OMS</b>	<b>SISTEMA BETHESDA</b>
Classe I (ausência de atipia)	Normal	negativo (normal)
Classe II (célula anormal sem malignidade)	Atipia	reativo, alterações regenerativas, células sem atipia ou de significado indeterminado (ASCUS)
Classe III (sugestiva mas não conclusiva de malignidade)	Displasia leve moderada/centuada	LGSIL HGSIL
Classe IV (fortemente sugestiva de malignidade)	Displasia acentuada/CIS	HGSIL
Classe V (conclusivo para malignidade)	Carcinoma escamoso ou adenocarcinoma	Positivo para malignidade adenocarcinoma

**ESTADIAMENTO DO CARCINOMA DO COLO UTERINO****(FICO - Câncer Comitê, 1986, MODIFICADO, 1994)**

<b>ESTÁGIO</b>	<b>COMPROMETIMENTO ANATÔMICO</b>
0	Carcinoma “in situ”
I	Tumor compromete apenas o colo
Ia	O carcinoma invasor é identificado apenas microscopicamente
Ia1	A invasão do estroma não excede 3 mm e não é maior que 7mm de extensão
Ia2	Componente invasivo mede entre 3 a 5mm de profundidade e não excede os 7mm de extensão
Ib	Tumor mais extenso que Ia2, limitando ao colo
Ib1	Ib1: lesões até 4cm de tamanho
Ib2	Ib2: lesões maiores que 4cm
II	Tumor estende-se além do útero, mas não compromete a parede pélvica ou o Terço inferior da vagina
IIa	Há extensão para o Terço superior da vagina
IIb	Comprometimento parametrial. Porém, não atinge parede pélvica
III	Tumor estende-se até a parede pélvica ou terço inferior da vagina
IIIa	Tumor envolve o terço inferior da vagina
IIIb	Tumor estende-se para a parede pélvica ou causa hidronefrose
IV	Há invasão de órgãos pélvicos e/ou metástases além da pelve
IVa	Tumor invade a mucosa da bexiga ou reto
IVb	Presença de metástases à distância

### 3.2. ANATOMIA DAS GLÂNDULAS MAMÁRIAS

As mamas são anexos da pele, pois seu parênquima é formado por glândulas cutâneas modificadas que se especializam na produção de leite após a gestação (Dangelo e Fattini, 1991).

Situam-se ventralmente com os músculos da região peitoral, entre as camadas superficial e profunda da tela subcutânea.

Na sua arquitetura, a mama é constituída de:

**PARÊNQUIMA:** de tecido glandular ou glândula mamária, composta de 15 a 20 lobos piramidais, cujos ápices estão voltados para a superfície e as bases para a parte profunda da mama. Ao conjunto destes lobos dá-se o nome de corpo de mama, que pode ser sentido pela palpação, como uma região de consistência mais firme que das áreas vizinhas.

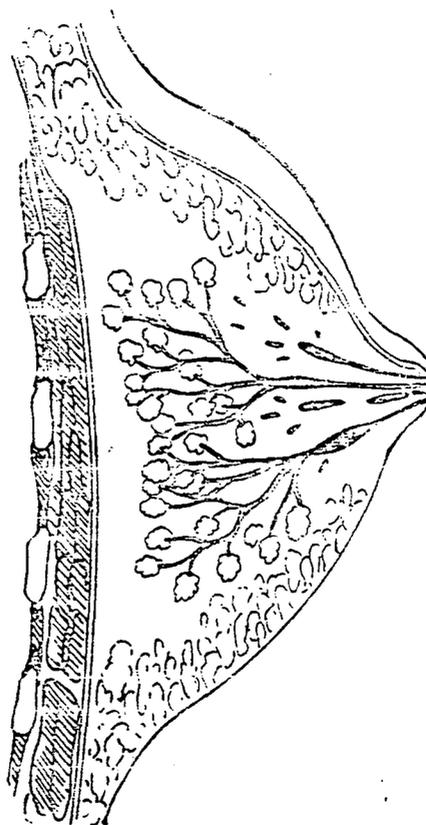
**ESTROMA:** de tecido conjuntivo, envolve cada lobo e o corpo mamário como um todo. Predomina o tecido adiposo e este é sustentado por inúmeros tubérculos de tecido conjuntivo denso. O tamanho e a forma da mama estão diretamente relacionados com a qualidade do tecido adiposo do estroma.

**PELE:** dotada de glândulas sebáceas e sudoríparas, muito fina e onde se notam por transparência veias superficiais (Dangelo e Fattini, 1991).

Quanto à morfologia externa, Dangelo e Fattini, (1991) afirmam que a forma da mama é geralmente cônica, mas há muita variação, dependendo da quantidade de tecido adiposo, estado funcional (gestação, lactação) e da idade. As mamas iniciam seu desenvolvimento na puberdade e com as gestações sucessivas ou no avançar da idade tornam-se progressivamente pedunculadas, fato explicado pela perda de elasticidade das estruturas de sustentação do estroma.

A papila mamária é uma projeção onde desembocam os 15 a 20 ductos lactíferos dos respectivos lobos da glândula mamária. A papila é composta principalmente de fibras musculares lisas podendo tornar-se rija. Ao redor da papila há uma área de maior pigmentação, a aréola mamária, onde existem glândulas sudoríparas e sebáceas (Dangelo e Fattini, 1991).

### FIGURA 5 – ANATOMIA DAS MAMAS



#### 3.2.1. INCIDÊNCIA DO CA DE MAMA

Em todo o mundo, o câncer de mama é diagnosticado em mais de 1 milhão de mulheres anualmente. A mortalidade continua a aumentar com a idade, exceto durante a menopausa, quando há uma ligeira redução da incidência, cuja razão é

desconhecida. Foram observadas diferenças raciais; as mulheres negras e orientais parecem possuir menores taxas que as mulheres brancas (Smeltzer e Bare, 1994).

Segundo Barros (1994), o período crítico de oncogênese da mama parece corresponder ao intervalo entre a menarca e a primeira gestação à termo. O lóbulo mamário, nessa fase, encontra-se em franca divisão celular. Quando a proliferação é intensa, a célula fica mais vulnerável a agentes carcinogênicos, tornando-se mais suscetível à manutenção e à transformação maligna.

Assim, a maioria dos fatores de risco atualmente identificáveis, parece atuar nessa “janela” de risco compreendida desde a puberdade até a idade de mais ou menos 20 anos. O desenvolvimento da doença é lento, expressa-se clinicamente com maior frequência a partir dos 35 anos e é cada vez mais frequente com o progredir da idade.

Acredita-se, também, que haja uma segunda “janela” de risco na idade da perimenopausa, período em que normalmente o tecido epitelial mamário deve involuir. Influências estimulantes da proliferação tecidual nessa fase, ao interferir com o equilíbrio funcional do órgão, podem precipitar a eclosão de um câncer. Em contrapartida, o período de menacme (período de atividade menstrual da mulher), existe uma certa refratariedade a estímulos carcinogênicos.

### **3.2.2. FATORES DE RISCO**

As causas de câncer de mama são ainda desconhecidas. O histórico familiar constitui o fator de risco mais importante, especialmente se o câncer ocorreu na mãe ou em irmã, se foi bilateral e se desenvolveu antes da menopausa. Outro fator de risco é a exposição à radiação ionizante antes dos 35 anos. A menopausa tardia (além dos 50 anos, em média), está associada a uma maior incidência, assim como a primeira

gravidez após os 30 anos de idade. No entanto, intencionalmente a gravidez após os 30 anos tem maior risco em relação àquelas cuja gestação não pôde ocorrer espontaneamente.

Continua sendo alvo de muita controvérsia o uso de contraceptivos orais no que diz respeito à sua associação com o câncer de mama. Aparentemente, certos subgrupos de mulheres, com destaque para as que usaram pílulas com dosagens elevadas de estrogênios ou por um longo período de tempo, têm maior risco. Outro fator é a ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidades moderadas, que gera aumento moderado do risco de câncer de mama (Instituto Nacional de Câncer - INCA, 1999).

### 3.2.2.1. FATORES GENÉTICOS

O antecedente familiar de câncer mamário aumenta o risco relativo para o desenvolvimento da doença, de forma geral duas a quatro vezes em relação à população geral. Além disso, nessa condição, a idade de aparecimento da neoplasia é mais precoce. O risco chega a 9,0% se a parente acometida for de primeiro grau e tiver câncer de mama bilateral na pré-menopausa.

Observa-se também a associação familiar entre várias formas de neoplasias (mama, endométrio, cólon e ovário), caracterizando a síndrome de câncer familiar.

Os casos de câncer de mama transmitidos hereditariamente tendem a ocorrer em idade mais precoce (em torno dos 40 anos) e apresentam mais chance de bilateralidade. Embora os mecanismos de transmissão genética não sejam bem definidos, eles são baseados em transmissão autossômica. Logo, os homens podem também transmitir genes deletérios para suas filhas. Sabe-se, atualmente, que mesmo as

lesões pré-neoplásicas, reconhecidas como lesões proliferativas do tecido epitelial glandular, parecem estar relacionadas com transmissão hereditária, obedecendo a padrões complexos de herança não bem conhecidos.

### 3.2.2.2. FATORES HORMONAIS

O câncer de mama é 100 vezes mais freqüente no sexo feminino, o que evidencia a importância dos fatores hormonais, em particular dos esteróides sexuais, na promoção da doença.

O ducto terminal é a unidade morfofuncional da glândula mamária e, provavelmente, a sede das primeiras alterações que podem resultar em câncer. Sua atividade mitótica fisiológica é regulada por vários estímulos, destacando-se entre eles os esteróides ovarianos. De forma diversa ao que ocorre no endométrio, a divisão celular no ducto terminal é mais intensa durante a fase secretora, possivelmente pela ação sinérgica da progesterona. A proliferação celular fisiológica está intimamente relacionada a ciclos ovulatórios, nos quais há formação do corpo lúteo e secreção ativa de progesterona. Assim, seria de se esperar que em condições onde há maior número de ciclos ovulatórios cumulativos, o risco oncogênico estaria aumentado, pois manteria o epitélio mamário sujeito à constante divisão celular. De fato, as evidências epidemiológicas apontam nesse sentido.

Quanto mais precoce a menarca e mais tardia a menopausa, maior será o número de ciclos ovulatórios e, conseqüentemente, maior o risco de desenvolvimento da doença. Por outro lado, a gestação precoce a termo, seguida ou não de lactação, além de diminuir a ocorrência de ovulações, induz diferenciação do lóbulo mamário, tornando-o menos susceptível à indução neoplásica por agentes mutagênicos. Gestações a termo

posteriores, ao estimular ainda mais a diferenciação, contribuem na diminuição desse risco.

A relação entre a pílula anticoncepcional e o câncer de mama é assunto muito importante. Existe grande número de publicações que estudaram genericamente as mulheres que tomaram anticoncepcionais(ACO), pelo menos por algum período de sua vida. A maioria não explicita detalhes da duração do uso de ACO, das suas diferentes formulações, etc. Apesar disso, é quase unânime a opinião de que o risco global de usuárias da ACO desenvolverem câncer de mama não difere de forma significativa da população geral, especialmente se as pílulas forem administradas durante o período do menacme.

A Organização Mundial de Saúde divulgou, em 1990, os resultados de um estudo colaborativo realizado em 19 países, do tipo retrospectivo e pareado caso-controle. O estudo foi baseado em entrevistas hospitalares de 2.116 mulheres com câncer de mama, e 12.077 casos-controle que foram selecionados na mesma idade e procedência. O risco relativo calculado de câncer de mama em mulheres que usaram ACO em pelo menos um período de suas vidas foi de 1,15, ou seja, o risco é pequeno e, quando bem indicados, as vantagens do uso de ACO superam os riscos.

Todavia, existe um aumento de risco em usuárias de ACO jovens, antes da primeira gestação, especialmente adolescentes. Pike e col., verificaram risco relativo de 4,0 com início de uso antes dos 5 anos e Olsson e col., verificaram risco de 11,5 para uso antes da idade de 19 anos.

No tocante à influência da reposição hormonal na pós-menopausa sobre a carcinogênese mamária, a literatura pertinente é muito contraditória. Podem ser encontrados desde relatos demonstrando aumento de risco, até aqueles concluindo estar o risco relativo diminuído ou inalterado. Os dados epidemiológicos são conflitantes,

talvez pela falta de uniformidade na metodologia empregada, pela tendenciosidade dos observadores e pelo tempo de seguimento clínico pequeno.

A reposição hormonal no climatério e na pós-menopausa pode e deve ser usada pelas mulheres, mas com moderação e equilíbrio por parte de quem prescreve e de quem recebe. Não deve ser realizada de maneira indiscriminada, em esquemas de administração comuns para toda a população, e sim de forma seletiva e individualizada conforme o perfil de cada mulher. A reposição hormonal traz grandes benefícios quanto à preservação da massa óssea, à proteção cardiovascular e ao aspecto cosmético da pele. Porém, existe justificativa preocupação quanto a possíveis riscos decorrentes dessa prática como, por exemplo, estímulo ao aparecimento de tumores malignos de mama, porque os hormônios empregados (estrogênio e progesterona) têm ação proliferativa sobre o tecido glandular do órgão. Alguns cuidados devem ser observados: a reposição hormonal deve ser dirigida principalmente às mulheres com risco elevado de osteoporose e problemas cardiovasculares; deve ser ministrada na menor dose e pelo menor tempo possível; aconselha-se evitar a reposição hormonal em mulheres com história familiar de câncer de mama em mães ou irmãs, ou com biópsias de mama prévias, revelando lesões consideradas pré-malignas; e deve-se evitar a associação de progesterona quando a mulher for hysterectomizada.

### 3.2.2.3. FATOR ASSOCIADO AO ÁLCOOL

Segundo Queiroz (1994), alguns estudos indicam haver maior risco com a ingestão moderada, porém outros estudos não confirmam esse fato. É provável que o consumo moderado de álcool esteja associado a outros fatores de risco.

#### 3.2.2.4. FATORES NUTRICIONAIS

A obesidade associa-se de forma positiva ao risco de desenvolvimento de câncer de mama na pós-menopausa. Nesta época, o tecido adiposo apresenta inusitada capacidade de converter androstenediona em estroma, pela ação das aromatasas. Embora de baixa potência estrogênica, a estroma poderia desencadear a longo prazo proliferação não só do tecido mamário quanto do endométrio.

A ingestão excessiva de gordura de origem animal, polissaturadas, aumenta por igual a chance de desenvolvimento de neoplasia mamária, talvez porque propicie o metabolismo intestinal dos esteróides biliares em estrogênio, sob ação de bactérias.

É interessante observar que a correção da dieta e a redução do peso talvez sejam ainda os únicos fatores de risco em que o mastologista possa realmente atuar de forma simples e decisiva, diminuindo o risco de câncer de mama em 15% a 20%.

Alguns relatos demonstram associação entre o hábito de ingestão alcoólica e câncer de mama, talvez pela metabolização inadequada dos esteróides sexuais circulantes, cuja sulfatação é feita no fígado. Esses resultados preliminares ainda necessitam de confirmação.

#### 3.2.2.5. FATORES HISTOPATOLÓGICOS:

Algumas neoplasias aumentam o risco relativo de desenvolvimento de câncer mamário, destacando-se entre elas as de cólon, ovário e endométrio. Além disso, a paciente com câncer de mama apresenta elevado risco de desenvolver a doença na mama oposta.

Uma questão prática importante é a possível relação das alterações fibrocísticas mamárias, impropriamente chamadas de displasia mamária, como o câncer

de mama. Em importante trabalho que está sendo reconhecido como marco referencial no estudo da associação displasia mamária e câncer, Dupont e Paget (1985) apresentam os resultados de seguimento de 3.303 pacientes que se submeteram a biópsia de mama e cujos laudos histopatológicos revelaram lesões displásicas por período médio de 17 anos.

Segundo esses autores, não há elevação de risco de câncer de mama no futuro diante de aenose, metaplasia apócrina, microcistos, macrocistos, perplasia leve (entre duas e quatro camadas de células epiteliais), ectasia ductal, fibrose de estroma e metaplasia escamosa. O risco relativo de câncer de mama eleva-se discretamente (1.5 a 2.0) na hiperplasia moderada (com mais de quatro camadas celulares acima da membrana basal, seja na forma de epitelióse ou na papilomatose) e na denose esclerosante. O risco relativo é alto apenas na hiperplasia atípica (4.0) e aumenta mais com história familiar de câncer de mama. Em termos de risco absoluto, uma mulher com hiperplasia atípica sem história familiar de câncer de mama tem 8% de chance de desenvolver câncer em 10 anos e outra com história familiar tem em torno de 20%.

Fica claro que nas alterações fibrocísticas o risco é substancialmente elevado somente nas raras formas de lesões proliferativas com atipias, que aliás não se constituem em atributo exclusivo das alterações fibrocísticas da mama e podem ser achados acidentais em biópsias praticadas por outras razões.

#### 3.2.2.6. FATORES DECORRENTES DE RADIAÇÃO:

As radiações ionizantes podem aumentar o risco para o desenvolvimento do câncer mamário, particularmente quando atuam na “janela” de risco entre a menarca e a primeira gestação à termo. Na prática, felizmente, os níveis de radiação necessários para atuar dessa maneira raramente são atingidos em se tratando de exames

radiográficos. Deve-se salientar que a dose ionizante da mamografia é pequena e parece não contribuir significativamente para o desenvolvimento da doença.

### 3.2.2.7. FATOR RELACIONADO À RAÇA:

Segundo Queiroz (1994), a incidência do câncer de mama é ligeiramente maior em mulheres da raça branca, quando comparadas com as da raça negra.

### 3.2.3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sintomas da doença são insidiosos. Um tumor indolor, que pode ser móvel, desenvolve-se na mama geralmente no quadrante superior externo, mas freqüentemente à esquerda que à direita. Noventa por cento são encontrados pelas próprias mulheres ou seus companheiros. A dor geralmente está ausente, exceto nos estágios posteriores. Poucas mulheres tomam consciência do seu problema pela primeira vez através de um desconforto bem localizado que pode ser descrito com queimação, ardência ou dor. Algumas mulheres não apresentam sintomas e não possuem tumor palpável, mas apresentam uma mamografia anormal. Finalmente, em casos avançados, sem detecção e tratamento, pode ser observado um aspecto ondulado ou em casco de laranja, que é devido ao edema produzido por obstrução da circulação linfática na camada dérmica. Ao exame no espelho, a paciente pode observar assimetria e uma elevação da mama afetada. Pode haver retração do mamilo evidente. Seguem-se ulcerações e metástases. O diagnóstico é feito mantendo-se um elevado índice de suspeita, anamnese completo e realização de um exame cuidadoso e um estudo mamográfico (Smeltzer e Bare, 1994).

### 3.2.4. FISIOPATOLOGIA

O carcinoma da mama não é uma condição patológica que se desenvolve em uma noite. Inicia-se com uma célula única, que se divide ou duplica de 30 a 210 dias. São necessários aproximadamente 16 tempos de duplicação para que um carcinoma atinja o tamanho de 1 cm ou mais, quando se torna clinicamente aparente. Considerando-se que são necessários 30 dias para cada tempo de duplicação, seriam necessários no mínimo dois anos e meio para que o carcinoma se torne palpável. Se o tempo de duplicação fosse de 210 dias, seriam necessários até 17 anos antes que o carcinoma fosse palpável.

O tumor também pode se propagar para os linfonodos regionais, principalmente axilar. Estes podem ser facilmente palpáveis em casos avançados de câncer de mama. Outros locais de disseminação linfática, podem incluir linfonodos subpeitorais, linfonodos subclaviculares, linfonodos da fáscia de Gerota, linfonodos mamários internos e linfonodos subcuticulares no lado oposto. Houve vários casos nos quais a paciente possuía câncer de mama do lado esquerdo com metástase para o linfonodo axilar direito; a doença propagou-se através dos canais linfáticos subcutâneos para a axila oposta. Outros locais comuns de metástase são os pulmões, fígado, ossos e cérebro (Smeltzer e Bare, 1994).

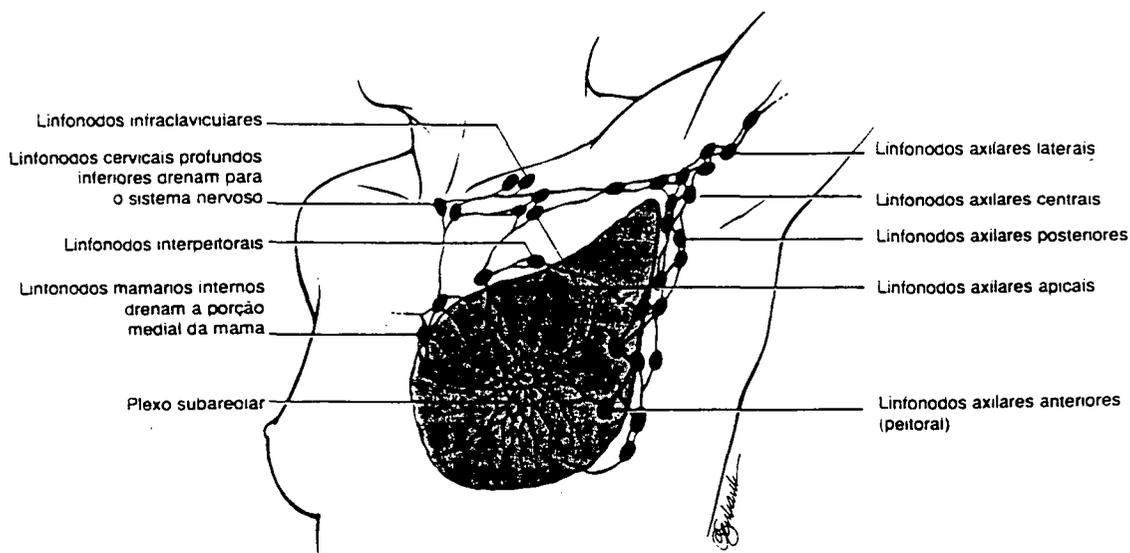
## FIGURA 6 – VARIAÇÕES NAS MASSAS MAMÁRIAS

As massas mamárias mais comuns são devidas a alterações fibrocísticas, fibroadenomas ou neoplasia maligna. Frequentemente é necessária biópsia para confirmação, mas as seguintes características são indicações do diagnóstico.

	Alterações Fibrocísticas	Fibroadenomas	Neoplasia Maligna
(As ilustrações mostram como o tumor pode ser percebido, porque geralmente é invisível.)			
			
Idade	20 anos até a menopausa	Puberdade até a menopausa	20-90 anos; mais comum aos 40-80 anos
Número	Única ou múltipla	Geralmente única	Geralmente única
Forma	Redonda	Redonda, discóide ou lobular	Irregular
Consistência	Flácida a firme	Geralmente firme	Firme ou rígida
Mobilidade	Móvel	Móvel	Pode ser fixa
Dor	Frequentemente dolorosa	Indolor	Geralmente indolor
Sinais de retração	Ausentes	Ausentes	Podem estar presentes

(Adaptado de Bates B. A Guide to Physical Examination, Philadelphia, JB Lippincott, 1991.)

## FIGURA 7 – DRENAGEM LINFÁTICA DA MAMA



### 3.2.5. EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

O Brasil, 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 (Kamers e Ramos, 1997).

O exame clínico é feito por um profissional da saúde treinado, que faz uma avaliação sistematizada das mamas. A eficiência do exame é proporcional ao grau de habilidade e experiência do profissional para detectar qualquer anormalidade nas mamas examinadas (INCA, 1999).

O exame de mama feminino é realizado durante qualquer exame físico geral ou ginecológico ou sempre que a paciente se apresente com suspeita, queixa ou medo da doença mamária. É recomendado um exame profissional da mama, no mínimo a cada três anos para mulheres entre 20 e 40 anos de idade, e a partir daí, anualmente. Um exame completo de mama, incluindo instrução sobre o auto-exame de mama (AEM) dura no mínimo 5 minutos (Smeltzer e Bare, 1994).

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

Como vários cânceres de mama são detectados pelas próprias mulheres, deve ser dada prioridade à orientação de todas as mulheres sobre como e quando examinar suas mamas (Smeltzer e Bare, 1994).

Para o exame clínico da mama costuma-se dividi-la em quatro regiões ou quadrantes e, para isso, traça-se pelo mamilo uma linha vertical e uma horizontal. Esta divisão facilita a descrição dos dados encontrados (Brasil, 1999)

O exame começa com a cliente sentada e é concluído com a cliente em posição deitada. Inicialmente, a cliente deve estar sentada na mesa de exames, com os braços rentes ao tórax, vestida apenas com um avental aberto na frente.

Os tempos obrigatórios do exame de mama são: **a inspeção, a palpação e a expressão.**

### **Inspeção:**

É realizado com a cliente em pé ou sentada. Tem por objetivos analisar a simetria, as dimensões e a forma das mamas, das papilas e da aréola e a presença de alterações da superfície representadas por depressões, abaulamentos, retrações da superfície da mama ou da papila, espessamento da pele (casca de laranja), coloração. A inspeção pode ser estática ou dinâmica.

Na inspeção estática a cliente fica com os braços localizados ao longo do corpo.

A inspeção dinâmica exige procedimentos que ponham em evidência a relação da mama com os planos profundos, principalmente com a aponeurose pré-peitoral, músculo peitoral e com os planos superficiais, e é constituída pelas manobras da mama pendente, da contratura dos músculos peitorais e do estiramento dos músculos peitorais.

Manobras das mamas pendentes: Com a cliente sentada, solicita-se que ela coloque as mãos sobre as coxas.

Manobra da contratura dos músculos peitorais: Com a cliente sentada, solicita-se que ela, com os braços na linha da axila e com as mãos entrelaçadas, faça contrações dos músculos peitorais.

Manobra de estiramento dos músculos peitorais: Com a cliente sentada, solicita-se que: 1) com as mãos em cada lado da cintura, force os braços para trás; 2) com as mãos entrelaçadas, eleve os braços acima da cabeça.

- Uma atenção especial deve, portanto, ser dedicada à descoberta dos seguintes sinais:
- Ruptura mínima do perfil mamário, depressão ou convexidade, quando a paciente realiza a inspeção dinâmica.
- A existência de uma verdadeira pele de casca de laranja, espontânea ou provocada pelo preechamento da pele.
- Mamilo retraído, umbilicado, ou até mesmo inteiramente em dedo de luva, desde que seja de aparecimento recente e assimétrico.
- Ulceração ou eczema mamilar, unilateral, crônico.

### **Palpação:**

A palpação deve ser iniciada pela mama supostamente normal. Cada mama deve ser palpada com a mão oposta, devendo o examinador pousar a outra mão sobre o ombro da cliente, ou seja, com a mão direita palpa-se a mama esquerda e com a mão esquerda palpa-se a mama direita.

Executa-se a palpação por quadrantes. O exame é feito com a face palmar dos dedos juntos, que vão percorrendo quadrante por quadrante. Concluída esta etapa, passa-se a palpação digital, realizando a manobra de Bloodgood, habitualmente chamada “manobra de tocar piano sobre a mama”.

Estas manobras podem ser feitas também “radiada”, isto é, partindo da papila mamária no sentido das regiões periféricas. Através delas o examinador poderá perceber tumores de menor diâmetro. Pode também, analisar com mais precisão as características da mama (superfície, consistência) e a presença ou não de dor,

relacionada à própria palpação. Se bem executados, estes procedimentos podem revelar, em mamas que não sejam muito volumosas, tumores de até 3 mm. Segundo o tamanho, os tumores podem ser classificados em: grandes (maior 5 cm); médios (2 a 5 cm); pequenos (1 a 2 cm.); infraclínicos ( - 1 cm) .

Terminada a palpação de um lado, ainda com a cliente sentada executam-se as mesma manobras do outro lado.

Após esta palpação, palpam-se os grupos de linfonodos, dos quais a rede linfática das mamas é tributária. Para isto procede-se da seguinte maneira:

Toma-se o braço da cliente com a mão homóloga do examinador (mão direita do examinador/braço direito da cliente) que é mantida em posição horizontal e apoiada sobre o braço do examinador, de modo a deixar livre o acesso ao oco axilar. Palpa-se a axila com a mão oposta, aprofundando tanto quanto possível à procura de linfonodos aumentados. Procura-se de igual maneira no outro lado.

A seguir examina-se as regiões infraclaviculares, as fossas supraclaviculares e as regiões laterais do pescoço.

Terminado o exame com a cliente sentada, passa-se a palpação da mama com a cliente deitada.

A cliente deve adotar o decúbito dorsal com as mãos atrás da cabeça, e os ombros apoiados sobre um travesseiro. O examinador coloca-se atrás da cabeça, palpando cada mama com a mão homóloga ao lado que examina.

Devido ao achatamento da mama sobre o gradil costal, nesta posição evidenciam-se melhor os tumores de pequeno tamanho ou de localização mais profunda.

**Expressão:**

Completa-se o exame com a expressão das papilas mamárias, que deve ser realizada com os dedos por quadrante, procurando localizar pelo tato o ducto do qual obtém-se secreção. O aspecto da secreção varia de citrino claro ao fracamente sanguinolento. As secreções esverdeadas e sanguinolentas costumam indicar patologia dos ductos mamários, tais como papilomas ou carcinomas intra ductais. Galactorréia mínima, banal na multipara, é isenta de significação patológica, contanto que não esteja associada a distúrbios do ciclo (indicada a exploração hormonal).

A descarga papilar (espontânea ou provocada) deverá ser colocada diretamente sobre uma lâmina.

Achados clínicos que podem ser identificados durante o exame das mamas e que devem ser esclarecidos:

<b>ACHADOS CLÍNICOS</b>	<b>SUGESTIVO DE MALIGNIDADE</b>	<b>SUGESTIVO DE BENIGNIDADE</b>
Nódulo duro, evidente	Único	Múltiplo
Ductos firmes, dispostos radialmente	Não	Sim (doença cística)
Engurgitamento 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 semelhante a casca 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. Normas e manuais técnicos. Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama. Brasília, Centro de Documentação do M.S. 1989.

O auto-exame de mama permite à mulher participar do controle de sua saúde, uma vez que permite identificar, precocemente alterações nas mamas.

A melhor abordagem é aquela do ensinamento prático, criando terminologia que ressalta a necessidade da mulher realizar AEM de modo regular, cuidadoso e completo.

Estima-se que apenas uma minoria de mulheres (25% a 30%) realize AEM a cada mês. Mesmo entre as mulheres que realizam o AEM, freqüentemente há demora em procurar atenção médica (Smeltzer e Bare, 1994).

O enfermeiro está em uma posição única para informar e educar todas as mulheres sobre os benefícios do auto-exame regular e diagnóstico precoce.

O momento ideal do auto-exame é entre o quinto e o oitavo dia do ciclo menstrual, considerando o primeiro dia da menstruação como o primeiro dia. A maioria das mulheres observa aumento da dor e dos grânulos antes do seu período menstrual; portanto, o auto-exame da mama é encorajado após a menstruação, quando a retenção de líquidos é menor. Se a mulher está no período pós-menopausa, é encorajada a examinar suas mamas no primeiro dia de cada mês para garantir regularidade e rotina (Smeltzer e Bare, 1994).

### As recomendações do Instituto Nacional de Câncer

<u>IDADE</u>	<u>AEM</u>	<u>ECM</u>	<u>MAMOGRAFIA</u>
Acima de 35 suspeita	Mensal	Pelo menos a cada 2 anos	Pelo menos a cada 2 anos
35 a 39 anos suspeita	Mensal	Pelo menos a cada 2 anos	Só se houver
40 a 49 anos	Mensal	Anual	Só se houver
50 anos ou mais	Mensal	1 a 2 vezes ao ano	Só se houver

Fonte: Instituto Nacional de Câncer – 1999.

\* **AEM**= Auto-exame das mamas.

\* **ECM**= Exame clínico das mamas.

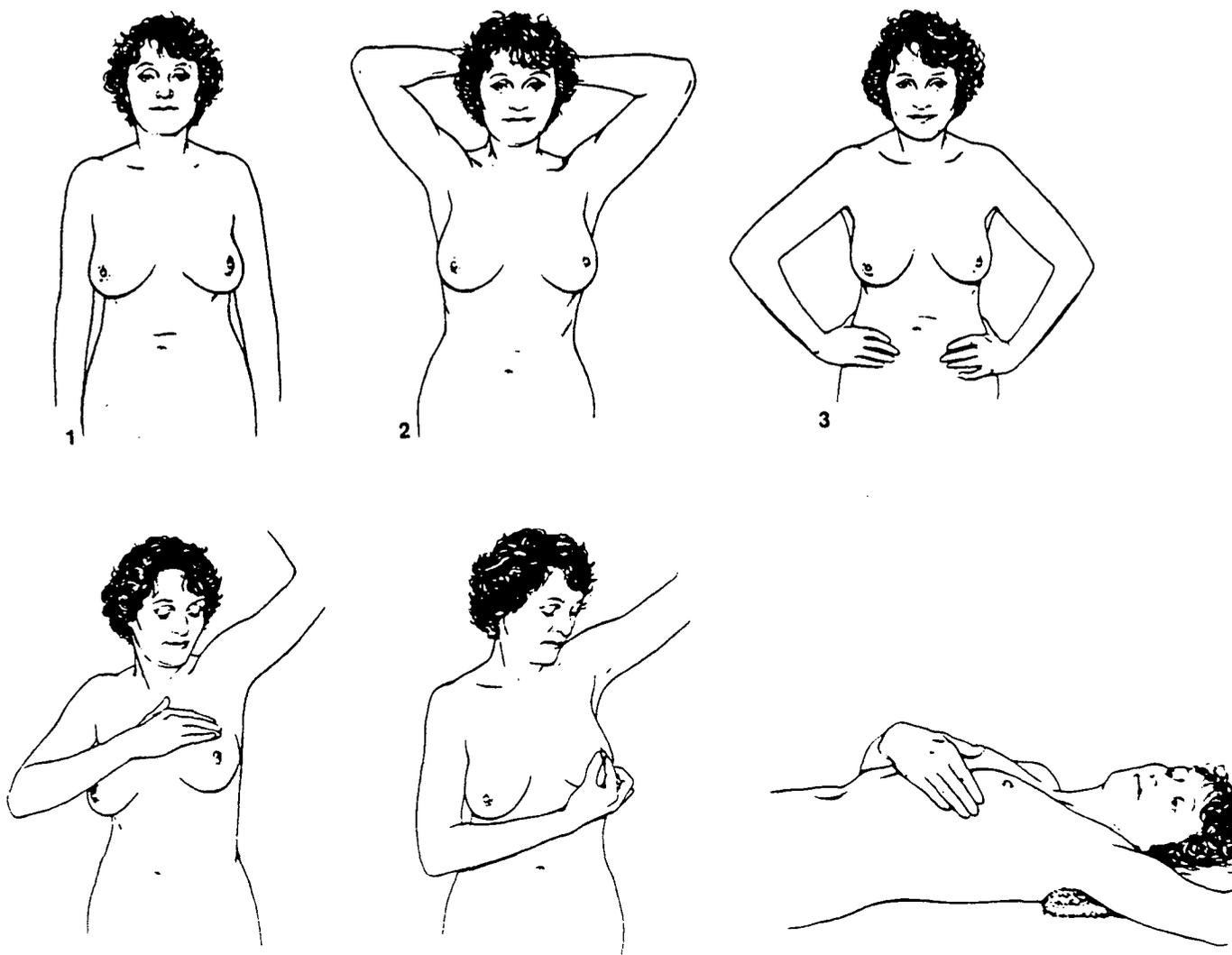
#### **Passos do auto exame de mama:**

- 1) De pé em frente a um espelho. Examine ambas as mamas verificando se há algo incomum. Observe se há secreção nos mamilos, pregas, ondulação ou descamação da pele. As duas etapas seguintes são realizadas para verificar se há qualquer alteração do formato ou contorno de suas mamas. Enquanto as segue você deve sentir músculos torácicos enrijecendo.
- 2) Olhar cuidadosamente no espelho, junte as mãos atrás da cabeça e pressione para frente.
- 3) A seguir, pressione as mãos firmemente sobre os quadris, e incline-se ligeiramente em direção ao espelho enquanto traz ombros e cotovelos para frente. Algumas mulheres realizam o exame durante o banho, onde seus dedos deslizam facilmente sobre a pele ensaboada, de forma que se possa concentrar para perceber alterações no interior da mama.
- 4) Levante o braço esquerdo. Use três ou quatro dedos da mão direita para palpar a mama esquerda de forma firme, cuidadosa e completa. Começando na borda

externa, pressione a parte plana dos dedos em pequenos círculos lentamente ao redor da mama. Siga gradualmente em direção ao mamilo. Certifique-se que examinou toda mama. Atenção especial à área entre mama e axila, incluindo a própria axila, verifique se há alguma tumoração ou massa incomum sobre a pele.

- 5) Gentilmente comprima o mamilo e verifique se há secreção ( caso haja, procure seu médico). Repita o exame na mama direita.
- 6) As etapas quatro e cinco devem ser repetidas na posição deitada. Coloque-se em decúbito dorsal, com o braço esquerdo sobre a cabeça e uma almofada ou toalha dobrada sobre ombro esquerdo. Essa posição achata a mama e torna mais fácil o exame. Use o mesmo movimento circular descrito acima. Repita na mama direita.

**FIGURA 8 – AUTO EXAME DE MAMAS**



**Sinais de alarme:**

Assimetria das mamas, presença de nódulo mamário, alteração da coloração da pele, retração da pele ou do mamilo, secreção mamilar (exceto leite), nódulos nas axilas, na região supraclavicular e edema de braço de origem desconhecida (Silveira, 1987).

A percepção de um nódulo doloroso na mama é típico, mas a dor pode aparecer tardiamente. Qualquer alteração da coloração, superfície ou textura da pele da mama, ou do mamilo (Sasse, 1999).

**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).

**Técnicas diagnósticas:**

**Mamografia:** É o exame radiológico dos tecidos moles das mamas e é considerado um dos mais importantes procedimentos para o rastreio do câncer ainda impalpável da mama. A sensibilidade da mama é alta, ainda que na maioria dos estudos feitos, sejam registradas perdas entre 10% a 15% dos casos de câncer detectáveis ao exame físico. A sensibilidade da prova é muito menor em mulheres jovens. A mamografia devido à sua pouca eficácia em mulheres com menos de 40 anos e mais de 70 anos, em termos epidemiológicos e de saúde pública, não deve ser usado em programas maciços, e sim indicadas no seguimento das mulheres de alto risco ou com suspeitas de doenças mamárias.

O rastreamento do câncer de mama feito pela mamografia, com periodicidade de 1 a 3 anos, reduz significativamente a mortalidade em mulheres de 50

a 70 anos. Nas mulheres com menos de 50 anos, existe pouca evidência desse benefício. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomenda que o exame clínico das mamas seja realizado a cada três anos pelas mulheres com menos de trinta e cinco anos, a cada dois anos pelas mulheres entre trinta e cinco e trinta e nove anos e anualmente pelas mulheres de quarenta a quarenta e nove anos. As mulheres na faixa etária entre cinquenta e setenta anos devem submeter-se ao exame anual ou semestralmente, sendo a mamografia indicada em casos suspeitos e de alto risco (INCA, 1999).

**Ultrassonografia:** É utilizado um transdutor para concentrar um feixe de ondas sonoras de alta frequência através da pele e da mama. O eco das ondas sonoras varia com a densidade do tecido subjacente. O eco então é representado em uma tela. A técnica tem precisão de 95% a 99% no diagnóstico de custo, mas não é definitiva na exclusão de malignidade (Kamers e Ramos, 1997).

**Aspiração com agulha – biópsia cirúrgica:** A biópsia da mama que envolve a obtenção de amostra de tecido para exame, pode ser realizado a nível ambulatorial. O procedimento pode ser realizado com ou sem anestésico local. Após a injeção de um anestésico local, uma agulha fina é direcionada para a área de onde será retirada a amostra. É aplicada aspiração a uma seringa e o tecido ou líquido é retirado pela agulha. Esse material é espalhado sobre uma lâmina e enviado ao laboratório. Várias lesões podem ser diagnosticadas com precisão por este método.

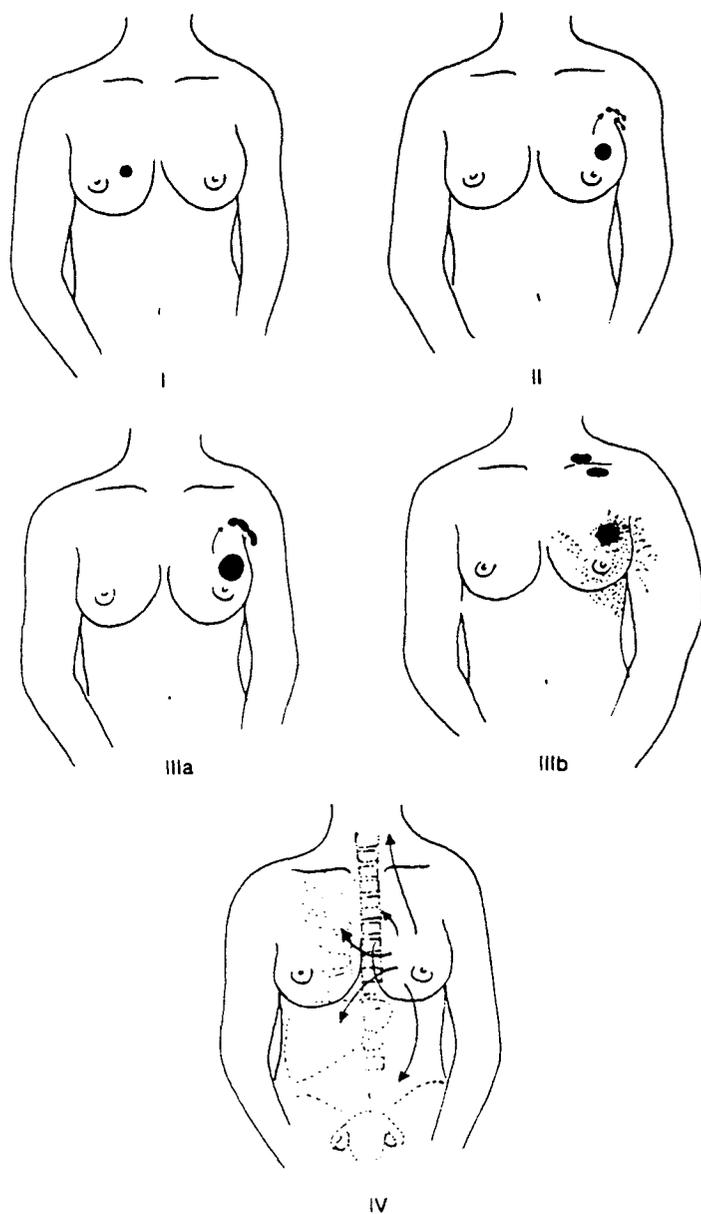
Outras biópsias são realizadas nas salas de cirurgia, sob a anestesia geral ou local. Geralmente é removida toda a lesão e são realizadas uma secção por congelamento e exame patológico. Se for diagnosticado câncer, o tecido também é testado quanto ao estado do receptor de estrogênio e progesterona. O tratamento hormonal pode ser utilizado em clientes com exame positivo para esses receptores, uma

vez realizado o procedimento cirúrgico definitivo. A localização por agulha é utilizada quando são observadas calcificações puntiformes, indicando uma possível malignidade.

### Estadiamento Clínico:

O estadiamento clínico é uma parte de avaliação do pré-tratamento e é realizado por exame histológico do tecido biopsiado e de amostra axilar para avaliar a extensão da doença, envolvimento e linfonodos, o estado da mama oposta e a possibilidade de metástase sistêmica (Smeltzer e Bare, 1994).

**FIGURA 9 – ESTADIAMENTO CLÍNICO**



- O estágio I consiste em um pequeno tumor, menor que 2 cm., com linfonodos negativos e sem metástases detectáveis;
- O estágio II consiste em um tumor maior que 2 cm., porém menor que 5 cm com linfonodos negativos ou positivos não fixos, e sem metástase detectáveis;
- O estágio III é um tumor maior, com mais de 5 cm., ou um tumor de qualquer tamanho com invasão da pele ou parede torácica ou linfonodos fixos positivos na região clavicular sem evidências de metástases;
- O estágio IV é um tumor de qualquer tamanho com linfonodos positivos ou negativos com metástases a distância (Smeltzer e Bare, 1994).

Há vários outros, nos quais estadiamento é expresso em símbolos TNM; T- representa o tumor primário; N- descreve o envolvimento de linfonodos; M- descreve metástase, se houver.

A atual classificação TNM para o carcinoma mamário foi estabelecido pela União Internacional Contra o Câncer ( UICC) no ano de 1988 e é a seguinte:

**T**= Tumor Primário

**TX**= Tumor primário não pode ser avaliado

**TO**= Não há evidência de tumor primário

**Tis**= Carcinoma *in situ* (intraductal ou lobular) ou doença de Paget sem tumor

**Nota:** A doença de Paget associada a tumor é classificada de acordo com o volume do mesmo.

**T1** = Tumor com até 2 cm na sua maior dimensão;

**\*T1a**= Tumor com 0,5 cm ou menos na sua maior dimensão;

**\*T1b**= Tumor com 0,5 cm a 1 cm na sua maior dimensão;

**\*T1c**= Tumor com 1 cm a 2 cm na sua maior dimensão;

**T2**= Tumor com 2 cm a 5 cm na sua maior dimensão;

**T3**= Tumor com mais de 5 cm na sua maior dimensão;

**T4**= Tumor de qualquer tamanho, com extensão à parede torácica ou à pele;

**\*T4a**= Extensão à parede torácica;

**\*T4b**= Edema ou ulceração da pele da mama, os tumores satélites confinados a mesma mama;

**\*T4c**= Ambas (T4a e T4b)

**\*T4d**= Carcinoma inflamatório.

**Nota:** Carcinoma inflamatório é caracterizado por endurecimento difuso e intenso da pele, com borda erisipelóide, geralmente sem massa palpável subjacente. Retração da pele e do mamilo ou outras alterações cutâneas, exceto aquelas incluídas em T4, podem ocorrer em T1, T2 e T3 sem afetar a classificação.

**N**= Linfonodos Regionais

**NX**= Linfonodos regionais que não podem ser avaliados;

**NO**= Ausência de metástases em linfonodos regionais;

**N1**= Metástase em linfonodo (s) angular (es) homolateral (is) movél (is).

**N2**= Metástase em linfonodos axilares fixos uns aos outros ou a outras estruturas;

**N3**= Metástase em linfonodos da cadeia mamária interna homolateral.

**M**= Metástase a distância

**MX**= Presença de metástade a distância não pode ser avaliada;

**MO**= Ausência de metástase a distância;

**M1**= metástase a distância (inclusive metástases para linfomodos supraclavicular.

A categoria M1 pode ser adicionalmente especificada, de acordo com as seguintes anotações:

**PUL** = Pulmonar

**MED**= Medula Óssea

**OSS** = Óssea

**PLE**= Pleura

**HEP** = Hepática

**PER**= Peritoneal

**CER** = Cerebral

**CUT**= Cutânea

**LIN** = Linfonodal

**OUT**= Outras

## **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 ". Como o Projeto que desejamos desenvolver se direciona para o autocuidado da mulher, nosso estudo terá definições e conceitos elaborados por Kamers e Ramos (1997), adaptados à mulher na prevenção do câncer ginecológico que estarão 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".

### **4.1. PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM CITADO POR GEORGE (1993)**

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;
- 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;

- 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;
- 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; as maneiras de encontrar as necessidade de autocuidado (processos, tecnologias e práticas de autocuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores;
- A enfermagem é um serviço de ajuda;
- A partir de seus pressupostos, Orem elaborou vários conceitos: Seres Humanos; Meio Ambiente; Autocuidado; Enfermagem; Saúde.

## **4.2. CONCEITOS RELACIONADOS COM A TEORIA DE OREM**

### **CITADO POR GEORGE (1993)**

#### **4.2.1. SER HUMANO**

Segundo Orem, citado por George (1993) o **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.

*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.*

#### 4.2.2. MEIO AMBIENTE

O **meio ambiente** está intimamente ligado ao ser humano, formando juntos um sistema integrado, relacionado ao autocuidado. 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 (George, 1993).

*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, e que juntos formam um sistema integrado.*

#### 4.2.3. AUTOUIDADO

Autocuidado é a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar. 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 (George, 1993).

Os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas autocuidado são designadas por Orem citado por George (1993) de requisitos de autocuidado. Três tipos de requisitos de autocuidado são identificados pela teórica:

- a) 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;
- b) 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;

- c) 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 (George, 1993).

*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.*

#### 4.2.4. ENFERMAGEM

Para Orem citado por George (1993) a necessidade da **Enfermagem**, justifica-se quando o indivíduo adulto tem 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.

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 seu meio ambiente. Estas ações podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob orientação da enfermeira quando as pessoas tem limitações que não podem ser imediatamente implantadas. Esta forma de relação de ajuda enfermeira/cliente é contratual. Como arte, enfermagem consiste na "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" (George, 1993).

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 ao indivíduo do grupo (George, 1993).

Como tecnologia, enfermagem refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou método para obtenção de resultados desejados através de um empenho prático deliberado, com ou sem o uso de materiais e instrumentos (George, 1993).

*Neste estudo a enfermagem ao se preocupar com a necessidade do indivíduo de autocuidar-se. A provisão e a 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 a qualidade de autocuidado para promoção e manutenção da saúde.*

#### **4.2.5. SAÚDE**

Segundo Orem citado por George (1993), **saúde** é um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento. Para Orem, 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 seu modo de funcionamento enquanto ser humano, conscientes da necessidade de prevenção de certas doenças, com enfoque no câncer cérvico-uterino e de mama.*

#### **4.2.6. EDUCAÇÃO**

Segundo Bernardes (p. 105 e 106, 1999) “Orem não conceitua educação, porém explica o que é aprendizagem: a aprendizagem e o uso de conhecimento orientados interna e externamente se constituem em elementos centrais na seqüência de ações de autocuidado (...) inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de práticas de autocuidado e habilidades relacionadas (Orem apud Santos, 1991,p. 112) citado por Bernardes (1999).

Zampieri (1998, p.55), em seu estudo, diz que o processo educativo pode ser um instrumento de capacitação, no âmbito individual ou coletivo, no que tange às questões relativas à saúde, contribuindo para a autonomia no agir e aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e de crise, tornando os envolvidos sujeitos do processo.

Freire, citado por Zampieri (1998, p.53), ressalta que a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante, continua dizendo, é ajudar o ser humano a ajudar-se. Fazê-lo agente de sua recuperação, com postura comumente crítica de seus problemas. Conclui, também, que a aquisição de conhecimento é um processo social e não simplesmente individual, no qual a participação do indivíduo é indispensável.

Brandão (1995) citado por Bernardes(1999), descreve alguns conceitos sobre a educação. Educação seria, para ele, um meio pelo qual o homem (a pessoa, o ser

humano, o indivíduo, a criança, etc.) desenvolve potencialidades bio-psíquicas inatas, mas que não atingiriam a sua perfeição (o seu amadurecimento, o seu desenvolvimento, etc.), sem a aprendizagem realizada através da educação. Segundo o autor referido, pode ser até que haja formas próprias de auto-educação, mas é de suas práticas interativas (interpessoais) coletivas, que emergem o educar. Deve ser realizada como um serviço coletivo que se presta a cada indivíduo, para que ele obtenha dela tudo o que precisa para se desenvolver individualmente. É atividade criadora que leva o ser humano a realizar as suas potencialidades físicas, morais, espirituais e intelectuais. É a ação de guiar o homem no desenvolvimento dinâmico, no curso do qual se constituirá como pessoa humana - dotada das armas do conhecimento - transmitiu-lhe ao mesmo tempo o “patrimônio espiritual” da nação e da civilização as quais pertence e conservando a herança secular das gerações.

Entendo a educação como dimensão do cuidado, instrumento de capacitação, no âmbito individual ou coletivo, no que tange às questões relativas à saúde, contribuindo para a autonomia no agir e auxiliando no desenvolvimento de suas capacidades e potencialidades, podendo superar os déficits e desvios de saúde. Zampieri (1998). São ações que fortalecem os seres humanos e os ajudam a desenvolver seus potenciais, suas capacidades e poder de decisão, orientados para autocuidado, tornando-os agentes de sua reprodução. Ações que exigem disponibilidade, respeito à crenças, valores e idéias, capacidade de ouvir, afetividade, alegria, sensibilidade, compromisso e responsabilidade. Um processo reflexivo, complexo pelo qual há troca de conhecimento e experiências (Zampieri, 1998, p.166)”.

*Concordamos com Bernardes (1999), para nós neste estudo, a educação como dimensão do cuidado implica em ações de enfermagem que tem como objetivo desenvolver os potenciais do indivíduo para auto-cuidar-se em relação as questões da*

*prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas. Aprofundar conhecimentos já existentes, respeitando os valores, crenças, história de vida da mulher, para que possa junto com o enfermeiro participar desse processo, e autocuidar-se.*

### **4.3. TEORIA DO DÉFICIT DE AUTO-CUIDADO**

A teoria do déficit de autocuidado constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Örem, porque delinea quando a enfermagem é necessária.

As pessoas necessitam da enfermagem porque elas estão sujeitas à limitações relacionadas à saúde, ou dela derivadas, que as tornam incapazes de eficientemente e/ou continuamente autocuidar-se e/ou a seus dependentes.

Örem identifica cinco métodos de ajuda:

- a) Agir, ou fazer para o outro;
- b) Guiar o outro;
- c) Apoiar o outro (física ou psicologicamente);
- d) Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;
- e) Ensinar o outro.

O enfermeiro pode ajudar o indivíduo, utilizando-se de qualquer um ou de todos os métodos, de modo a oferecer assistência com autocuidado.

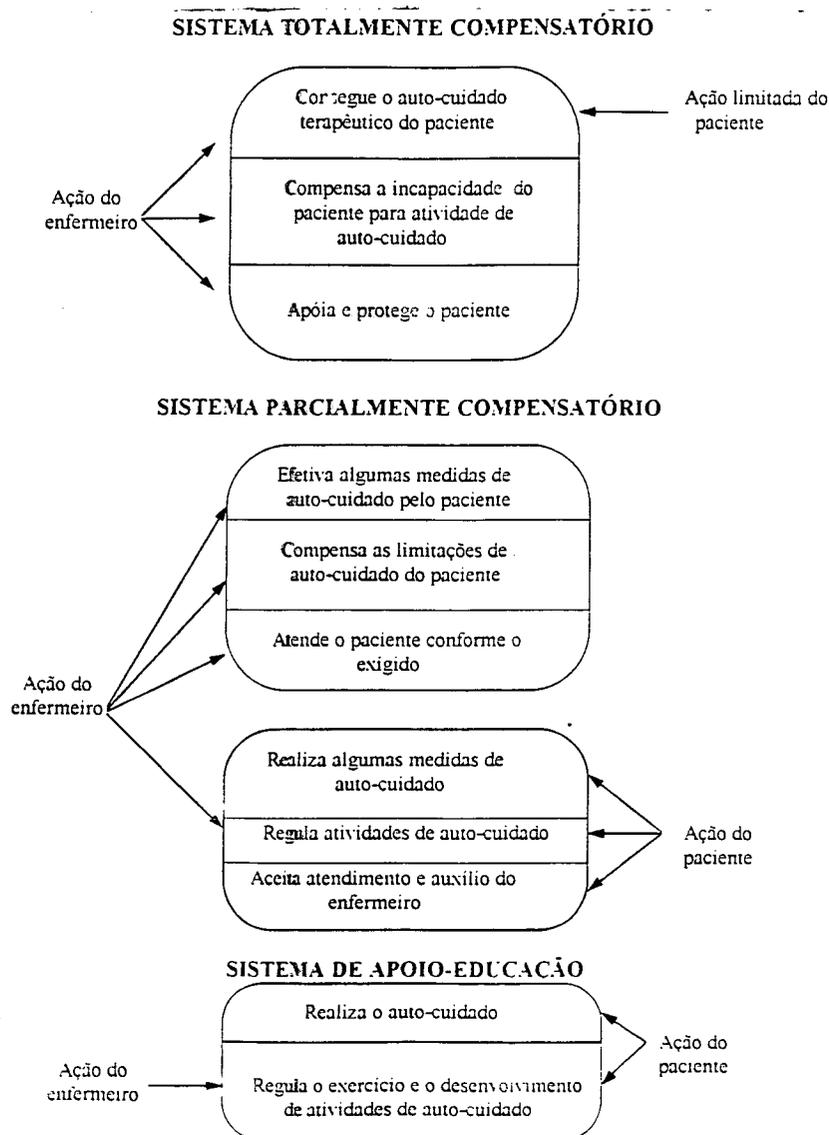
A competência da mulher para o autocuidado será aqui entendida como a capacidade e o potencial que ela possui para assumir as ações de autocuidado, a fim de satisfazer suas necessidades para manutenção e promoção da saúde.

#### 4.4. TEORIA DE SISTEMAS DE ENFERMAGEM

Está baseada nas necessidades de autocuidado e nas habilidades do ser humano de desenvolver atividades de autocuidado. Os sistemas são classificados em:

- **Sistema totalmente compensatório** - O enfermeiro desempenha todo o cuidado pelo cliente.
- **Sistema parcialmente compensatório** - O enfermeiro e o cliente desempenham o autocuidado.
- **Sistema de apoio-educação** - O enfermeiro ajuda a corrigir limitações de autocuidado. Este sistema vem a ser o mais adequado para a execução de nosso trabalho, pois trabalharemos com a orientação sobre a prevenção de câncer ginecológico, que se encontra deficitário nos padrões de saúde atuais.

Orem declara que "um ou mais de um dos três tipos (de sistemas) podem ser utilizados com um único paciente".



## 4.5. PROCESSO ENFERMAGEM

A abordagem do processo de enfermagem de Orem apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado. (George, 1993)

Os passos que compõem o processo de enfermagem de Orem, podem ser resumidos da seguinte maneira:

### **Passo 1:**

Orem define como base de diagnóstico e prescrição, determinando a necessidade, ou não, de cuidados de enfermagem. Nessa fase de avaliação, o enfermeiro coleta dados em seis áreas:

- O estado de saúde da pessoa;
- As perspectivas do médico em relação à saúde da pessoa;
- As perspectivas da pessoa quanto à sua saúde;
- As metas de saúde no contexto do histórico da vida, estilo de vida, e estado de saúde;
- As exigências de autocuidado da pessoa;
- A capacidade de a pessoa efetuar o autocuidado.

Os dados específicos são reunidos nas áreas das necessidades de autocuidado universal, desenvolvimental e de desvio de saúde do indivíduo.

São também coletados dados acerca do conhecimento, habilidade, motivação e orientação da pessoa. O enfermeiro buscará respostas às seguintes indagações:

- a) Quais são as exigências de cuidados terapêuticos do cliente? Atualmente e futuramente?
- b) O cliente possui alguma deficiência para comprometer atividades de autocuidado de modo a satisfazer a demanda de autocuidado?
- c) Em caso afirmativo, de que natureza é a deficiência e quais as razões da sua existência?
- d) O cliente deve ser auxiliado a evitar se engajar em atividades de autocuidado, ou a proteger capacidades de autocuidado já desenvolvidas para propósitos terapêuticos?
- e) Qual é o potencial do cliente para engajar-se em atividades de autocuidado num período de tempo ainda por vir? O de incorporar, de modo eficaz e sólido medidas básicas de autocuidado aos sistemas de autocuidado e vida cotidiana? Após reunidos estes dados devem ser analisados.

## **Passo 2**

Orem define o planejamento dos sistemas de enfermagem, bem como o planejamento de execução dos atos de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio à educação. As duas ações envolvidas no planejamento dos sistemas de enfermagem seriam:

- Realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos clientes.
- A seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes na tarefa de compensar ou sobrepujar os déficits de autocuidado dos clientes.

Com a utilização do modelo de Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando o cliente a se tornar um verdadeiro agente de autocuidado.

As metas são direcionadas pela declaração de reação do diagnóstico de enfermagem e tem seu foco na saúde.

Uma vez determinadas as metas, podem ser programados os objetivos.

### **Passo 3**

Orem inclui a produção e o gerenciamento do sistema de enfermagem.

É a implementação das ações de enfermagem e inclui trabalho como a evolução que é feita pela avaliação.

Visto que as ações a serem desenvolvidas realizar-se-ão em uma Instituição que já possui normas e rotinas específicas, adequaremos o processo de enfermagem proposto por Orem à realidade do Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico.

## **5. ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS**

### **5.1. ASPECTOS GERAIS DO CAMPO DE ESTÁGIO**

O local escolhido para o desenvolvimento do projeto foi a Policlínica de Referência Regional I do estado de Santa Catarina, situada à Rua Esteves Júnior, em Florianópolis-SC.

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 do Diabético
- Programa da Osteoporose
- Programa de Prevenção Precoce do Câncer
- Programa da Tuberculose
- Programa de Planejamento Familiar
- Programa ao Ostomizado
- 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 térreo. Estando diretamente ligado a ele uma enfermeira e uma técnica de enfermagem no turno da manhã e uma enfermeira e uma técnica de enfermagem no turno da tarde, que atuam numa área física composta por: sala de entrevista e recepção, 1 sala de coleta de

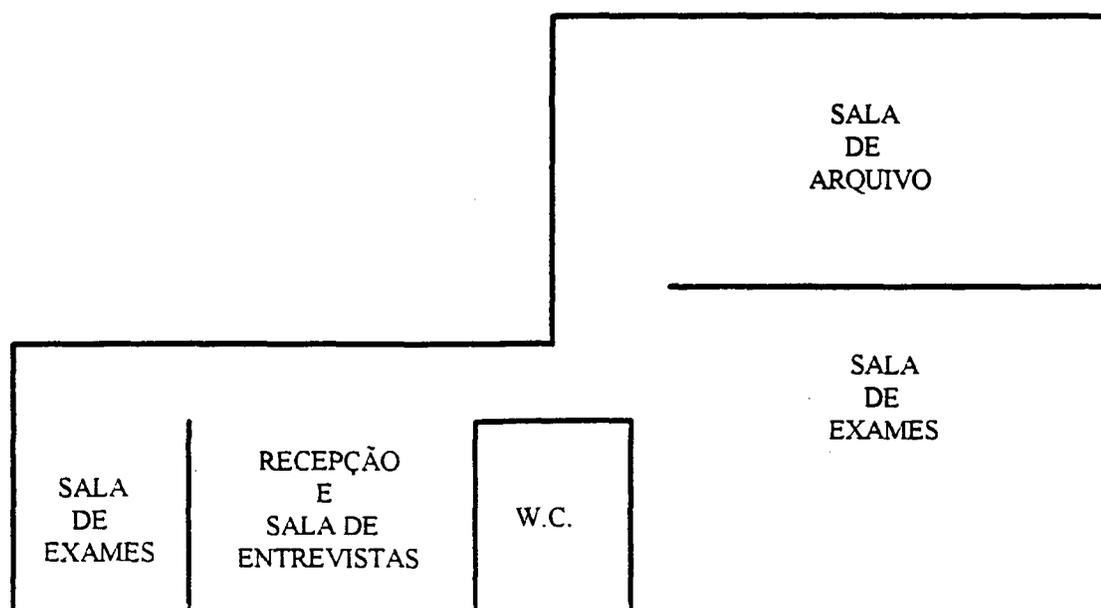
material com banheiro, 1 sala para arquivo. O Programa atende à mulheres da Grande Florianópolis e municípios vizinhos, sendo que diariamente são agendadas por demanda espontânea 12 clientes por turno (matutino e vespertino).

As lâminas do material colhido são encaminhadas à 3 laboratórios privados, sendo que o resultado leva em torno de 4 a 5 dias para ficar pronto.

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

O Programa conta com três médicos ginecologistas e um médico mastologista que atendem as clientes encaminhadas pelas enfermeiras.

#### **PLANTA FÍSICA DO PROGRAMA:**



#### **5.2. POPULAÇÃO ALVO**

A população alvo deste estudo será composta pelas mulheres usuárias do Serviço de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino e de Mama da Policlínica de

Referência Regional de Florianópolis, e por mulheres pertencentes a grupos que manifestem desejo em trabalhar as questões educativas da prevenção do câncer ginecológico.

### 5.3. PLANO DE AÇÃO

Ao iniciarmos a descrição do plano de ação, julgamos importante ressaltar que, antes da construção do mesmo, fizemos uma visita ao serviço onde nos reunimos com a enfermeira supervisora, em consideração, a qual solicitou como principal atividade a ser desenvolvida ações educativas na Grande Florianópolis.

Estas ações educativas visam principalmente a busca da conscientização das mulheres da importância do auto-exame de mama, pois, na sua prática, percebe que apesar de informadas e orientadas sobre o mesmo, as clientes têm “resistência” em adquirir o hábito de praticá-lo, com forma de promoção de sua saúde.

Visando atender esta reivindicação elaboramos um objetivo específico (vide objetivo 3).

Para o alcance dos objetivos foi estabelecido o seguinte plano de ação:

**OBJETIVO 1:** Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Programa de Prevenção de Câncer Cérvico-uterino e de Mama.

*AÇÃO:* Conhecer a área física e os serviços oferecidos pela Instituição.

*ESTRATÉGIA:* Visitar as instalações físicas da Policlínica, em especial a área do Programa do Câncer Ginecológico acompanhado da Enfermeira Supervisora do estágio.

*AÇÃO:* Interagir com funcionários do Programa em relação ao projeto.

*ESTRATÉGIA:* Reunir-se no 1º dia de estágio com funcionários, explicando o projeto e buscando parceria para o seu desenvolvimento. Reunir-se no último dia de estágio com os mesmos funcionários para avaliação das atividades desenvolvidas.

*AÇÃO:* Conhecer a estrutura operacional e normativa da Policlínica.

*ESTRATÉGIA:* Ler as normas e rotinas e fluxograma do programa. Observar a operacionalização do Programa.

*Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se forem implementadas as estratégias propostas na sua totalidade.*

**OBJETIVO 2:** Vivenciar a assistência prestada no Programa de Prevenção de Câncer Cérvico-uterino e de Mama, tentando buscar déficits de autocuidado.

*AÇÃO:* Realizar o exame preventivo do câncer cérvico-uterino e de mama de acordo com as normas e rotinas do programa, aplicando alguns conceitos da teoria de Orem.

*ESTRATÉGIA:* Seguir as normas técnicas e rotinas da coleta do exame colpocitológico e de mama.

Dar as orientações necessárias com ênfase no ensino do autocuidado.

Solicitar a cada cliente atendida após o exame, a demonstração do auto-exame de mama.

*Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se cada acadêmica proceder o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama em no mínimo, 15 clientes.*

**OBJETIVO 3:** Desenvolver ações educativas, com grupos de mulheres da Grande Florianópolis, visando prestar orientações sobre a prevenção do câncer ginecológico.

*AÇÃO:* Divulgar a grupos de mulheres ações de autocuidado na prevenção de câncer ginecológico, com ênfase no auto-exame de mama, residentes na grande Florianópolis.

*ESTRATÉGIA:* Propor a realização em creches, grupos de mães, escolas, igrejas, associações de bairro, empresas, palestras sobre prevenção de câncer de colo uterino e de mama, estimulando as mulheres a realização do exame Preventivo.

Buscar a divulgação da prevenção do câncer ginecológico e auto-exame de mama através de cartazes e folders educativos junto à Policlínica e comunidades da Grande Florianópolis.

*AÇÃO:* Divulgar junto aos meios de comunicação, a importância da prevenção do câncer ginecológico.

*ESTRATÉGIA:* Buscar a divulgação da Prevenção do câncer ginecológico em meios de comunicação em jornais, revistas, e redes de rádios e TV.

*Avaliação: o objetivo será considerado alcançado, se no decorrer do estágio forem viabilizadas palestras a, no mínimo, 6 grupos de mulheres e houver divulgação da importância da prevenção do câncer ginecológico, no mínimo 1(um) veículo de comunicação de massa.*

**OBJETIVO 4:** Identificar o nível de conhecimento das mulheres atendidas, quanto às ações de prevenção do câncer ginecológico, para subsidiar as ações educativas.

*AÇÃO:* Aplicar o instrumento criado por Cardoso dos Anjos (1989), para verificação do nível de conhecimento das mulheres sobre ações de prevenção do câncer ginecológico.

*ESTRATÉGIA:* Aplicar o instrumento elaborado por Cardoso dos Anjos (1989) a cada cliente atendida no Programa de Prevenção durante a anamnese.

*Avaliação: o objetivo será considerado alcançado se o instrumento for aplicado a 100% das mulheres atendidas pelas acadêmicas no decorrer do estágio.*

**OBJETIVO 5:** Avaliar periodicamente o desenvolvimento do projeto.

*AÇÃO:* Reunir-se com a Enfermeira Supervisora e orientadora para discussão e andamento do projeto.

*ESTRATÉGIA:* Agendar reuniões a cada 15 dias.

*Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se forem realizadas as reuniões propostas conforme agendamento.*

**OBJETIVO 6:** Buscar aprofundamento teórico-prático a respeito do câncer ginecológico.

*AÇÃO:* Participar de eventos científicos que abordem o tema, no período de desenvolvimento do Projeto.

*ESTRATÉGIA:* Procurar informar-se e inscrever-se em eventos científicos da área.

*AÇÃO:* Aprofundar o conhecimento teórico a respeito do tema.

*ESTRATÉGIA:* Buscar e conhecer as publicações relacionadas ao assunto, fazendo fichamento das mesmas.

*Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se houver participação de todas as acadêmicas em pelo menos 1(um) evento científico da área e houver fichamento de pelo menos 4(quatro) publicações recentes a respeito do tema.*

## CRONOGRAMA

O estágio será desenvolvido de 03/05 à 07/07 de 1999, nos períodos matutino, vespertino e noturno, conforme a necessidade das ações planejadas, num total de 220 horas, segundo o seguinte cronograma:

MESES	ABRIL				MAIO				JUNHO				JULHO				AGOSTO				
	1	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	
ATIVIDADES/SEMANAS																					
1. Elaboração do Projeto		X	X																		
2. Entrega do Projeto à Banca				X																	
3. Entrevista com a Banca				X																	
4. Apresentação do Projeto				X																	
5. Período de Estágio					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
6. Objetivos:																					
6.1. Conhecer estrutura física, operacional e normativa do PPCU e de Mama					X																
6.2. Vivenciar a prática do PPCU e de Mama					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
6.3. Desenvolver ações educativas visando a prevenção do câncer ginecológico (Policlínica/Comunidades)					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
6.4. Identificar nível de conhecimento das mulheres					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
6.5. Avaliar periodicamente o desenvolvimento projeto						X		X		X		X		X							
6.6. Buscar aprofundamento teórico-prático a respeito do Câncer Ginecológico					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
7. Encerramento Estágio														X							
8. Entrega Relatório Banca																			X		
9. Entrevista com a Banca																			X		
10. Apresentação Relatório																			X		
11. Entrega da versão final																			X		

## **7. DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS**

### **PROPOSTOS**

Foi realizado estágio prático no Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico da Policlínica de Referência Regional – centro – Florianópolis, durante 42 dias, no período matutino ( 8:00 – 12:00), continuado por palestras sobre Prevenção de Câncer Ginecológico realizadas em período matutino, vespertino e noturno.

O trabalho desenvolvido junto às clientes oportunizou o cuidado de enfermagem à mulher na prevenção de 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, trabalhando suas crenças, valores, medos e receios, na tentativa de eliminar sentimentos negativos em relação ao câncer.

A seguir passaremos 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, através do autocuidado à mulher na prevenção do câncer ginecológico, a partir de experiências vivenciadas na Policlínica de Referência Regional I de Florianópolis, fundamentado nos princípios da teoria de Dorothea Orem.**

**OBJETIVO 1:** Conhecer a estrutura física, operacional e normativa do Programa de Prevenção de Câncer Cérvico-uterino e de Mama.

*AÇÃO 1.1:* Conhecer a área física e os serviços oferecidos pela Instituição.

*ESTRATÉGIA:* Visitar as instalações físicas da Policlínica, em especial a área do Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico acompanhado da Enfermeira Supervisora do estágio.

*AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DA AÇÃO:* No primeiro dia de estágio, as instalações físicas do Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico foram visitadas, alertou para a possibilidade de utilizar um consultório extra para atendimento, apenas pelas acadêmicas. Tivemos conhecimento de todos os Programas oferecidos pela Policlínica de Referência Regional, o que nos facilitou o encaminhamento das clientes, que, atendidas no Programa necessitavam de outra assistência específica. Ressaltamos que tal objetivo foi indispensável para o desenvolvimento do trabalho.

*AÇÃO 1.2:* Interagir com funcionários do Programa em relação ao projeto.

*ESTRATÉGIA:* Reunir-se no 1º dia de estágio com funcionários, explicando o projeto e buscando parceria para o desenvolvimento do mesmo. Reunir-se no último dia de estágio com os mesmos funcionários, para avaliação das atividades desenvolvidas.

*AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DA AÇÃO:* No dia proposto nos reunimos com os funcionários do Programa, o que foi de grande importância pelo fato de termos conseguido parceria e colaboração para o desenvolvimento do projeto. No último dia de estágio nos reunimos com os mesmos, o que consideramos de grande valia, pois apresentamos uma conclusão do trabalho realizado e tivemos como retorno a opinião individual de cada um sobre as atividades realizadas no período de estágio.

Consideraram nosso trabalho bem realizado, parabenizando a atuação do grupo. Durante todo o estágio recebemos críticas construtivas, as quais nos orientaram para o aperfeiçoamento das técnicas do exame de mama e colpocitológico. Adquirimos, com isso, maior segurança e desenvoltura em nossas atividades o que favoreceu a consecução de nosso maior objetivo, que seria a conscientização para o autocuidado da mulher sobre o câncer ginecológico e sua prevenção.

O grupo também recebeu avaliações positivas por parte da clientela pelo atendimento prestado. Nos enriquecemos profissionalmente, uma vez que tivemos oportunidade de observar casos de alterações de mama e de colo, infecções, etc; além de poder oferecer assistência a cerca de 12, e não 6 mulheres por dia, como era rotina do programa.

Tivemos esta oportunidade e autonomia pela confiança que nos foi depositada. De acordo com as opiniões de nossa supervisora, em encontro e avaliação que aconteceu no último dia, os fatores mais positivos que o grupo apresentou foram a sua independência, ao atuar no desenvolvimento das atividades; a segurança adquirida com o passar dos dias e sobretudo a integração e amizade que sempre houve entre as alunas, funcionária e supervisora, laços estes que incentivaram ainda mais o trabalho e o tornaram prazeroso.

*AÇÃO 1.3: Conhecer a estrutura operacional e normativa da Policlínica.*

*ESTRATÉGIA: Ler as normas e rotinas e o fluxograma do Programa.*

Observar a operacionalização do Programa.

*AValiação da Execução da Ação:* Na semana proposta, além de conhecermos as normas, rotinas, fluxograma e operacionalização do programa, já passamos a executar alguns procedimentos, tais como: pedido de material; estatística diária/mensal; troca de material sujo / esterilizado; entrega de resultado; protocolo das requisições; anotação do resultado do exame no prontuário; marcação de exames. O conhecimento da estrutura operacional e normativa foi imprescindível para o bom andamento do projeto, além de facilitar a nossa interação e integração com o Programa.

*Este objetivo foi considerado plenamente alcançado.*

**OBJETIVO 2:** Vivenciar a prática do Programa de Prevenção de Câncer Cérvico-uterino e de Mama, tentando buscar déficits de autocuidado.

*AÇÃO 2.1:* Realizar o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama de acordo com as normas e rotinas do programa, aplicando alguns conceitos da teoria de Orem.

*ESTRATÉGIA:* Seguir as normas técnicas e rotinas da coleta do exame colpocitológico e de mama do Programa.

Dar as orientações necessárias com ênfase no ensino do autocuidado.

Solicitar a cada cliente atendida, após o exame, a demonstração do auto-exame de mama.

Estabelecer o perfil da clientela atendida.

*AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DA AÇÃO:* Durante o período de estágio, realizamos o exame colpocitológico em 255 mulheres e o de mama em 243 mulheres (95,3%). Solicitamos 48 (19,6%) pedidos de mamografia, de acordo com a rotina do Programa e necessidades de cada cliente. Em algumas situações, nas quais as clientes apresentavam alterações de resultado, estas foram encaminhadas aos médicos do Programa.

O exame de mama não foi realizado em 100% da clientela atendida, visto que parte da demanda atendida eram gestantes ou puérperas em período de lactação, situações estas que em que o exame não tem valor, pelas alterações peculiares que ocorrem na mama, totalizando 7,4% das clientes atendidas.

Salientamos que 100% da clientela foi orientada em relação ao autocuidado da mama. A cada cliente atendida, dávamos oportunizámos espaço para questionamentos e esclarecíamos suas dúvidas.

Paralelo a demonstração do auto-exame de mama e após à nossa explicação, solicitávamos à cliente a realização do mesmo com nossa ajuda.

De acordo com nossas observações, pudemos verificar que das 255 mulheres que foram atendidas, apenas uma minoria tinha informação e realizava o auto-exame de mamas correto e periodicamente (10,98%). Para a grande surpresa do grupo, (84,32%) das mulheres atendidas não realizavam o auto-exame de mamas, independente de terem ou não informação sobre o assunto.

Os motivos alegados para a não realização do auto-exame de mamas foram: incertezas e dúvidas quanto ao auto-exame de mamas por não saberem distinguir alterações da mama, ou por terem medo de perceberem alguma anormalidade, preferência em deixar este exame por conta de um profissional de saúde no momento da realização do seu exame ginecológico, uma vez ao ano.

O grupo, apesar de observar que a maioria das clientes não realizavam o auto-exame de mamas, empenhou-se em esclarecer e incentivar a clientela para sua prática.

Entendemos que a não execução do auto-exame de mamas pela maioria das mulheres deva ser motivo de preocupação, vindo a se constituir, na nossa percepção, num problema de saúde pública. Isto porque há um aumento crescente desta patologia em nosso país, com a conseqüente elevação da morbi-mortalidade das mulheres, na maioria da vezes mulheres jovens, em idade reprodutiva, mães da família, cuja perda tem grande repercussão social.

Por outro lado, no nosso entendimento, o contexto social no qual elas estão inseridas, levam estas mulheres a terem preocupações “mais sérias”, na sua visão, que dizem respeito a sobrevivência do dia-a-dia, fazendo com que o autocuidado à saúde seja deixado em segundo plano.

Quanto ao exame ginecológico, o grupo observou que a maior parte dos resultados foi Papanicolau classe II (citologia inflamatória – negativo para células neoplásicas) representado (95,6%) do total de atendimentos, ocorrendo casos de classe I (1,17%) e apenas um caso constatado “ASCUS” (alteração neoplásica); 63,5% apresentou inflamações moderadas, sobrepondo-se às leves (27,4%), às ausentes (1,17%) e às intensas (0,78%). Importante salientar que os resultados das inflamações não totalizam 100%, pois há diferenças de registro entre os laboratórios de análise trabalhados, os quais classificavam, muitas vezes, apenas casos de infecção e não os tipos de inflamação.

Em relação ao tipo de flora a maior incidência está relacionada aos bacilos de Doëderlein e flora mista, ambas consideradas normais.

Analisando dos resultados, o grupo percebeu que grande número de mulheres que desenvolveram infecções por Gardnerella (13,3%), Candidíase (3,5%), ocorreu um caso de Papilomavírus humano (HPV), caracterizado por presença de Condilomas acuminados em uma gestante e um caso de Papilomavirus humano, diagnosticado por análise laboratorial.

Constatando o elevado número de mulheres que apresentaram estas doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a Gardnerella, chegamos à conclusão que ainda há pouca conscientização desta população, quanto ao uso dos preservativos. Estes previnem tais doenças e, conseqüentemente, diminuem os riscos destas clientes desenvolverem o câncer cérvico-uterino, visto que estas patologias se constituem fatores de risco.

Outro questionamento a ser feito é que apesar das campanhas de conscientização para o uso de preservativos contra HIV, o uso da camisinha ainda não é um hábito adquirido por nossa população.

Ainda sobre este aspecto, o grupo observou que em muitos resultados positivos de Gardnerella, apresentavam-se bacilos curtos cocóides, o que trouxe dúvidas sobre esta infecção transmitida apenas através do ato sexual, como dizem alguns autores ou também por higiene íntima incorreta, visto que muitas clientes não se relacionavam sexualmente há um longo período.

Consideramos que nossa literatura carece de estudos mais aprofundados sobre esta patologia, haja vista que na busca do mesmo, encontramos controvérsia sobre ser sua transmissão, sendo exclusivamente por contato sexual ou por outras formas, havendo estudos que consideram que a mesma (Gardnerella) possa fazer parte da microbiota (agentes não patógenos de um determinado local) vaginal ou intestinal.

*Este objetivo foi considerado plenamente alcançado.*

**OBJETIVO 3:** Desenvolver ações educativas visando orientação sobre a prevenção do câncer ginecológico a grupos de mulheres da Grande Florianópolis.

*AÇÃO 3.1:* Divulgar a grupos de mulheres residentes na grande Florianópolis ações de autocuidado na prevenção de câncer ginecológico, com ênfase para o auto-exame de mama.

*ESTRATÉGIA:* Propor a realização de palestras sobre Prevenção de câncer de colo uterino e de mama em creches, grupos de mães, escolas, igrejas, associações de bairro, empresas, estimulando as mulheres à realização do exame Preventivo.

Buscar a divulgação da prevenção do câncer ginecológico e auto-exame de mama através de cartazes e folderes educativos junto à Policlínica e comunidades da Grande Florianópolis.

*AValiação da Execução da Ação:* Foram ministradas, pelo grupo, 16 palestras com intuito de orientar e esclarecer dúvidas sobre prevenção de câncer ginecológico onde participaram 441 ouvintes (Apêndice nº 1).

Abordamos assuntos sobre câncer cérvico-uterino e de mamas, utilizando uma série de materiais didáticos tais como fotos, cartazes, transparências, filme e folderes, visando a conscientização dos grupos de mulheres sobre a importância da prevenção desta patologia, fundamentados na revisão e prática sobre o assunto. O nível sócio-econômico-cultural dos participantes das palestras foi bastante diversificado, assim como a faixa etária, pois procuramos atingir as mais diversas camadas, não excluindo qualquer pessoa que se interessasse pelo tema.

Estas palestras foram realizadas a classes de mulheres trabalhadoras da Comcap (Companhia de Melhoramentos da Capital) e Telesc (Telecomunicações do Estado de Santa Catarina), alunos, professoras, funcionários e pais de alunos dos Colégios Hilda Teodoro Vieira (Florianópolis), Colégio Chapeuzinho Vermelho (São José), Escola Básica Manoel Dutra Bessa (Urubici), Creche Municipal Ana Correa (Urubici) e às comunidades de Espírito Santo e Rio Rufino (SC) e Itacorubi (Florianópolis). Foi realizada também “sala de espera” no Centro de Saúde II de Palhoça (SC).

Procuramos realizar as palestras em outras empresas, mas encontramos dificuldades tanto no aspecto de conciliar horários, como de falta de pessoas que tivessem interesse em participar das mesmas.

A experiência e a vivência das acadêmicas, na assistência e detecção do câncer cérvico-uterino e de mama no campo prático, no Programa, antes de se ministrar as palestras, foi por nós considerada fundamental. Isto facilitou respostas aos questionamentos que surgiram durante tais encontros. O grupo sentiu-se mais seguro,

tendo uma visão prática e não somente teórica sobre o tema. Adquirindo uma melhor postura ao abordar os ouvintes e explicitar o assunto.

Percebemos que os participantes das palestras assistiam as mesmas com muita atenção, interessando-se pelo assunto e posicionando-se de forma participativa, questionando e tentando esclarecer suas dúvidas.

O grupo foi bastante parabenizado ao final de cada palestra e desta forma foi motivado cada vez mais aprofundar o tema, na questão teórico-prática, para que os ouvintes tivessem um aproveitamento satisfatório e realmente compreendessem a importância do trabalho.

*AÇÃO3.2:* Divulgar junto aos meios de comunicação, a importância da prevenção do câncer ginecológico.

*ESTRATÉGIA:* Buscar a divulgação da Prevenção do câncer ginecológico em meios de comunicação em jornais, revistas e redes de rádios e TV.

*AValiação da Execução da Ação:* O grupo elaborou artigo sobre prevenção do câncer de mama, no qual constou informações da incidência, fatores de risco, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, além de publicar ilustrações dos passos do auto-exame de mamas. (Apêndice nº 2).

Procuramos viabilizar esta edição em três circulares, porém o resultado foi positivo em apenas um deles, na Associação dos Moradores do Parque São Jorge, sendo enviados para comunidade local um total de 360 circulares. Sentimos dificuldades de publicação nos meios de comunicação como revistas e em grandes jornais, pelo alto custo das mesmas. Na ocasião em que as palestras foram proferidas nos municípios de Urubici e Rio Rufino, foi através do rádio que foi feita a divulgação e convites para comparecimento da população aos encontros, dos quais compareceram 99 ouvintes.

Relacionando a quantidade de pessoas, com o pequeno período de tempo que tivemos para maiores divulgações, somadas às dificuldades para publicação do artigo em jornais, percebemos que através dos meios de comunicação que trabalhamos (circular / rádio), tivemos um resultado satisfatório.

Os trabalhos de prevenção visam atingir grandes massas populacionais, por isso vimos a importância dos meios de comunicação, neste aspecto, visto que estes fazem parte do cotidiano da população em geral.

*Este objetivo foi considerado plenamente alcançado.*

**OBJETIVO 4:** Identificar o nível de conhecimento das mulheres atendidas, quanto às ações de prevenção do câncer ginecológico, para subsidiar as ações educativas.

*AÇÃO 4.1:* Aplicar o instrumento criado por Cardoso dos Anjos (1989), para verificação do nível de conhecimento das mulheres sobre ações de prevenção do câncer ginecológico.

*ESTRATÉGIA:* Aplicar o instrumento elaborado por Cardoso dos Anjos (1989) a cada cliente atendida no Programa de Prevenção, durante a anamnese.

*AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DA AÇÃO:* No período proposto, não aplicamos o instrumento criado por Cardoso dos Anjos (1989), por solicitação da enfermeira supervisora, visto que as necessidades do Programa exigiam a implementação de um instrumento que, concomitante aos dados da cliente, possibilitassem diagnósticos necessários ao atendimento de cada uma, dentro das suas necessidades, crenças e valores.

Utilizamos tal instrumento, que foi elaborado por professoras da UFSC, juntamente com as Enfermeiras da Instituição, percebendo assim a sua maior utilidade e importância.

O grupo teve facilidades na utilização do instrumento do Programa, do ponto de vista de registros do cliente, porém tivemos grandes dificuldades nos Diagnósticos de Enfermagem, não tanto em percebê-los, mas como registrá-los. Este tornou-se peça de grande importância em nosso trabalho, pois através dele pode-se ter um controle de pacientes atendidas, (dados do paciente, observações complementares ao exame, e resultados) (Anexo nº 1).

*Este objetivo foi considerado plenamente alcançado.*

**OBJETIVO 5:** Avaliar periodicamente o desenvolvimento do projeto.

*AÇÃO 5.1:* Reunir-se com a enfermeira supervisora e orientadora para discussão e andamento do projeto.

*ESTRATÉGIA:* Agendar reuniões a cada 15 dias.

*AValiação da Execução da Ação:* Todas as reuniões agendadas com a enfermeira supervisora e orientadora para discussão e andamento do projeto aconteceram.

Durante o estágio percebemos a importância de tais reuniões. Foram nestes momentos que o grupo podia esclarecer dúvidas, trocar experiências, receber orientações e ajustar a proposta de trabalho ao desenvolvimento do mesmo. Isto motivou o grupo ainda mais no desenvolvimento de trabalhos teórico-práticos neste período.

*Este objetivo foi considerado plenamente alcançado.*

**OBJETIVO 6:** Buscar aprofundamento teórico-prático a respeito do câncer cérvico-uterino e de mama.

*AÇÃO 6.1:* Participar de eventos científicos que abordem o tema, no período de desenvolvimento do Projeto.

*ESTRATÉGIA:* Procurar informar-se e inscrever-se em eventos científicos da área.

*AValiação da Execução da Ação:* Procuramos nos informar em órgãos de saúde vinculados ao tema, a respeito de palestras, congressos, eventos científicos, a serem realizados durante o período de desenvolvimento do projeto, porém não houve a realização de qualquer tipo de evento desta área no referido período.

*AÇÃO 6.2:* Aprofundar o conhecimento teórico a respeito do tema.

*ESTRATÉGIA:* Buscar e conhecer as publicações relacionadas ao assunto, fazendo fichamento das mesmas.

*AValiação da Execução da Ação:* O grupo empenhou-se em aprofundar seus conhecimentos teóricos a respeito do tema, buscando informações em bibliografias durante todo o período.

No decorrer das palestras ministradas e situações vivenciadas pelas acadêmicas durante o estágio prático, surgiram dúvidas que também tiveram que ser esclarecidas através de bibliografias relacionadas ao assunto, enriquecendo nosso saber e assim melhorando cada vez mais as ações do grupo.

O fichamento das bibliografias não foi realizado, o que motivou não termos alcançado o objetivo proposto por completo, haja vista que consultamos informativos mais recentes sobre câncer ginecológico, aos quais tivemos acesso na elaboração do projeto.

## **8. DESCREVENDO AS AÇÕES RELIZADAS E NÃO**

### **PROPOSTAS NO PROJETO**

- Realização de palestras intermunicipais (Urubici – Rio Rufino): Iniciando o estágio pretendíamos realizar palestras somente na Grande Florianópolis, porém, por intermédio de uma das colegas do grupo, conseguimos viabilizar o trabalho no município de Urubici, e no município de Rio Rufino onde foram ministradas 4 palestras, totalizando 99 participantes. Achamos importante expandir nosso trabalho, em virtude da realidade que encontramos nestes municípios, no qual predominavam as classes menos favorecidas com menos acesso à informação. Estas palestras oportunizaram as mulheres sanar suas dúvidas, questionar e informar-se sobre o assunto, tornando-se mais conscientizadas para a problemática do câncer cérvico-uterino e de mama..
  
- Durante o nosso estágio prático, orientamos os alunos do Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Coração de Jesus, que tiveram atividades no Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico. Tivemos a oportunidade de lhes ensinar como proceder ao exame colpocitológico e de mamas, sempre informando e orientando sobre dúvidas que pudessem surgir durante a prática. Esta atividade foi de grande importância, pois após a realização das mesmas nos sentimos mais seguras e confiantes em nosso trabalho, uma vez que tivemos maior necessidade de nos aprofundarmos cada vez mais o assunto, para melhor instruir e orientar os estagiários.

- Também no período de estágio prático, ocorreu a transferência da enfermeira responsável pelo Programa e nossa supervisora, para a chefia do ambulatório da Policlínica de Referência Regional I, sendo que a nova responsável pelo Programa, assumiria suas atividades assim que nosso cronograma prático terminasse. Esta profissional foi também orientada sobre normas e rotinas, sobre a realização do exame colpocitológico e de mamas, pois já estávamos inteiradas de todo o processo. Tal experiência foi importante, pois sentimo-nos como profissionais. Ao mesmo tempo que estávamos aprendendo e tentando concluir nossas considerações, orientamos uma profissional com grande experiência relacionada aos aspectos oncológicos, que com nosso auxílio pode aperfeiçoar suas habilidades práticas, as quais já faziam parte de nosso cotidiano. Isto veio a se constituir para nós numa experiência prática de educação em serviço.

A somatória de nossos conhecimentos práticos, aos conhecimentos teóricos da mesma, enriqueceu nosso trabalho, nos fez sentir ainda mais capacitadas para atuar, e sem dúvidas, nos deixou orgulhosas por sabermos que somos capazes, mesmo com tão pouco tempo de experiências e vivências na área da saúde.

- Ao término da parte prática do nosso estágio, realizamos a orientação / supervisão dos acadêmicos da 4ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC, em estágio de Preventivo de Câncer Ginecológico, no bairro Saco Grande II, no município de Florianópolis, totalizando uma carga horária de 20 horas.

Mesmo não fazendo parte dos nossos objetivos iniciais, este nos foi sugerido por nossa orientadora, sendo um ato inovador no que diz respeito a um Projeto Assistencial de conclusão de curso. Foi um período limitado, porém foi possível

observar o quanto evoluímos em nossa vida acadêmica, tanto no que diz respeito ao conhecimento teórico, quanto a desenvoltura e postura ético profissional.

Somente agora pudemos perceber o quanto, na 8ª fase, atuamos a partir de nossos próprios alicerces, não tendo sempre ao nosso lado um professor, para que solucionasse nossos problemas e dúvidas como em fases anteriores do curso.

Esta experiência nos mostrou o quanto estamos aptas a assumir nossa profissão, com habilidades e conhecimentos adquiridos a partir da graduação e de nossas próprias iniciativas. Neste momento, agimos de maneira mais independente, o que nos fez abandonar a postura de estudante para assumir a de profissional.

Ressaltamos que para nós, foi enriquecedora a experiência de supervisão e orientação do estágio ensino de enfermagem às futuras profissionais da área.

- Criação de agenda e consultório exclusivo das acadêmicas: como o grupo teve oportunidade e apoio da Enfermeira Supervisora para manter um consultório exclusivo para atendimento pelas acadêmicas, vimos a necessidade de elaborar também uma agenda exclusiva, a fim de que pudéssemos ter um melhor controle de atendimentos e criar novos horários, aumentando assim a possibilidade de maior demanda, enriquecendo nossa prática com número de clientes atendidas por dia.

Este objetivo só foi possível de ser operacionalizado devido a confiança e apoio incondicional recebidos por parte da Enfermeira Supervisora do Programa, o que nos leva a afirmar que tal atitude foi fundamental para o nosso crescimento profissional. Perceber a importância de que enquanto futuros profissionais, devemos apoiar aos acadêmicos de enfermagem, contribuindo para sua formação, num claro compromisso com o aumento da qualidade de saúde oferecida à população.

Ressaltamos que além das clientes marcadas para atendimento em nosso consultório, prestamos assistência também às mulheres agendadas do Programa.

- Realização de cauterização de cliente com ectopia: durante as atividades desenvolvidas na prevenção do câncer de mama (orientação sobre Auto-exame de mama), e exame ginecológico (colpocitológico e de mama), diagnosticamos em uma das clientes, uma alteração importante no colo (ectopia de grande extensão). A mesma foi encaminhada ao médico do Programa e retornou do mesmo para aplicação de Albocresil, como tratamento da patologia. O grupo teve oportunidade de fazer tais aplicações, conhecendo melhor a patologia e sua forma de tratamento. Pudemos também acompanhar a cliente e a regressão do quadro, pois a acompanhamos durante 5 aplicações, as quais foram feitas uma a cada semana. Tal objetivo foi importante por se constituir em mais uma experiência a ser somada em nossos conhecimentos.

## **9. CONCLUINDO O TEMA**

Ao concluir este trabalho julgamos importante tecer algumas considerações: as atividades desenvolvidas enquanto enfermeiras junto à população atendida, nos desvendaram, entre outros, alguns elementos que facilitam e/ou dificultam o cuidado.

No aspecto do ensino do autocuidado especificamente, o trabalho desenvolvido nos leva a concluir que não é uma atividade onerosa, envolve além do conhecimento científico, tempo, boa vontade, paciência e interesse.

O fato de não ser onerosa e ser tão pouco trabalhada, nos leva a pensar que a socialização do saber científico em saúde, não desperta interesse real por parte de profissionais, tendo em vista que o ensino do autocuidado busca tornar a cliente independente, consciente da importância da prevenção, abalando a manutenção da hegemonia dos profissionais da saúde.

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

A detecção precoce do câncer Cérvico uterino e de mama, em massa, mostrou-se viável, operacional e econômica. É possível transmitir à população de risco ações educativas no ensino de medidas preventivas, sem nunca perder de vista que o câncer ginecológico atinge sobretudo mulheres jovens, em idade reprodutiva, mães de família, cuja perda tem grande repercussão social.

Outro aspecto observado foi que 84,32% das 255 mulheres atendidas não praticavam o auto exame de mamas, o que nos leva, enquanto enfermeiras, a repensar as formas de orientação e ensino deste exame.

Encontramos, na pesquisa dos motivos que levam à mulher a não praticar o auto exame de mamas, o resultado que Oliveira (1996), ou seja:

*“Medo de achar algo ruim”*

*“Não confiavam no 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”*

*“Tem dúvidas na realização do mesmo”*

Observamos que o câncer Cérvico uterino e de mama, no imaginário coletivo, ainda é algo muito abstrato, que acontece sempre “com a outra”...

Através da nossa prática, neste aspecto, concluímos que a demonstração de material ilustrativo com casos avançados de câncer ginecológico e suas possíveis seqüelas, ao causar forte impacto, trouxe a noção deste tipo de câncer para o concreto, auxiliando na conscientização para busca do autocuidado.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que o desenvolvimento do cuidado de enfermagem fundamentado na teoria de Dorothea Orem, foi para nós, uma experiência gratificante, que nos levou a concluir que o cuidado de enfermagem planejado e desenvolvido com base numa metodologia científica dá sentido a direção à atuação do enfermeiro, proporcionando-lhe a satisfação de um bom desempenho, atendendo à expectativa da clientela de receber uma assistência de qualidade.

Ao término desta etapa decisiva, que veio concluir o nosso curso de graduação em enfermagem, podemos afirmar que as experiências por nós vivenciadas,

foram de singular importância para o futuro profissional. Neste sentido, sentimo-nos como profissionais, vivenciando uma atuação participativa, buscando soluções, administrando, educando, enfim, cuidando em enfermagem.

Cientes de que o saber em saúde nem sempre é suficiente para 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, acreditamos que as metas estabelecidas foram alcançadas através das ações por nós realizadas e sentimo-nos gratificadas pelo resultado alcançado, ou seja: o ensino do auto-cuidado à mulher na busca da promoção a sua saúde.

## **10. FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES**

### ***ÀS FUNCIONÁRIAS DO PROGRAMA:***

Que continuem cada vez mais compromissadas com o serviço, apoiando as mudanças e contribuindo com as mesmas. Recebendo os acadêmicos de forma calorosa, para que continuemos nossos estudos.

### ***AOS FUNCIONÁRIOS DA POLICLÍNICA EM GERAL:***

Para que continuem nos identificando como pessoas que trazem idéias novas e contribuição ao serviço.

### ***ÀS FUTURAS ACADÊMICAS DA 8ª FASE QUE DESEJAM CONTINUAR ESTE TRABALHO:***

Que busquem nos meios de comunicação mais divulgação do trabalho na área de prevenção do câncer Cérvico-uterino e de mama.

Que busquem fundamento teórico-científico, na tentativa de se atualizar para melhor contribuir com o trabalho.

Que procurem divulgar ao máximo este projeto nas escolas e instituições não vinculadas à saúde, demonstrando assim compromisso com a vida.

### ***ÀS PROFESSORAS DA 8ª FASE EM GERAL:***

Que permitam aos acadêmicos a continuidade do trabalho apoiando-os no que for necessário.

Que, na medida do possível, proporcionem aos alunos de 8ª fase, a supervisão de alunos de graduação, como um dos objetivos dos projetos assistenciais.

## MINHA PERCEÇÃO ENQUANTO GRADUANDA DE ENFERMAGEM

O tempo passou, e nem percebi, ainda sou uma menina e tenho que decidir por uma profissão. Está na hora de fazer o vestibular, optei por enfermagem, pois algo na área da saúde me atraía. Foi a decisão mais acertada que já tive.

Já na faculdade, primeiras fases extremamente teóricas, achava aquelas matérias cansativas, muito distantes da realidade de uma profissão. Pensei em desistir, mas por insistência de minha família levei o curso adiante.

A terceira fase nos dá a possibilidade de deparar-mo-nos com a prática em si **HOSPITAL, ROUPA BRANCA, ESTÁGIO NOTURNO**. Comecei a me apaixonar por toda aquela novidade.

Na quarta fase, estágio em saúde pública; saúde da criança e a que mais gostei saúde da mulher. Foi nesta fase que pensei em realizar algum trabalho nesta área.

A quinta fase, a que mais exige do aluno, em contrapartida nos dá muita experiência da prática pessoais, dentre eles o falecimento de meu avô, pessoa que eu admirava muito, a quem eu era extremamente ligada. Sofri muito na época; mas como tudo um dia passa, ficaram apenas lembrança!

Comecei a trabalhar como bolsista no HU, local onde criei grandes vínculos, com funcionários, pacientes e adquiri grande experiência profissional.

Na Sexta fase tive contato com **UTJ** e **EMERGÊNCIA**, locais os quais temia, mas descobri que me sentia muito a vontade neles.

A sétima fase é linda, a emoção é grande na hora do nascimento; a entrada no Instituto Psiquiátrico foi mais deprimente que imaginei. Me defrontei com meu lado administrador, o qual gostei muito.

Contudo, a oitava fase é a que considero melhor, não hesitei em aceitar, quando fui convidada para desenvolver este trabalho. Nesta fase me senti enfermeira, tive que correr a trás, sem ter uma professora para me apoiar nos momentos de dúvidas. Meu grupo é ótimo, todas nos respeitamos e somos verdadeiramente **AMIGAS**.

Estou feliz por chegar até aqui. Também muito satisfeita em realizar este trabalho, que espero tenha surtido o efeito desejado às clientes atendidas e às pessoas que assistiram nossas palestras.

O tempo "voou", e nem percebi, foram anos de aprendizado, a época mais importante e inesquecível de minha vida.

Hoje me vejo como uma futura profissional, apaixonada por minha profissão.

**Alessandra**

## MINHA PERCEPÇÃO ENQUANTO GRADUANDA DE ENFERMAGEM

*Mal posso acreditar que cheguei até aqui!*

*Lembro-me ainda, que quando criança o que mais queria era ser veterinária!*

*Durante todo o primário e ginásio, achava que nenhuma outra profissão serviria para mim.*

*Fiz vestibular para veterinária, na UDESC em Lages, mas não passei. Desanimei muito e questionava minha capacidade para cursar uma faculdade. Neste momento o que eu mais queria era ir embora da minha cidade. Sentia necessidade de "libertar-me" das coisas que muitas vezes, já começavam a me incomodar.*

*Decidi prestar vestibular para Enfermagem, pois os índices estavam baixos, e aquela era minha grande chance.*

*Enfim passei, comecei a morar em Florianópolis e cursar Enfermagem na UFSC.*

*Assim que concluíram-se as primeiras fases, achava que não agüentaria chegar até o final. Surgiram várias dúvidas, continuar ou não? O que fazer?*

*Com o passar do tempo, quando tive contato com o que realmente era Enfermagem, vi que só dependia de mim fazer deste o melhor caminho.*

*Comecei a me interessar, e percebi que poucos tiveram a mesma oportunidade de estar onde eu estava, dando maior importância para ao que eu estava fazendo.*

*Neta oitava fase, é que as responsabilidades fazem realmente parte de nossa vida profissional. Hoje, sou mais independente o que me torna mais segura e apta à enfrentar o campo de trabalho.*

*Só agora me dou conta de que não sou mais uma acadêmica, que o tempo passou e que a partir de agora terei que pensar, agir e decidir de acordo com meus próprios princípios, tendo minhas próprias responsabilidades.*

*Agradeço sobretudo aos meus pais, os quais possibilitaram esta chance de crescimento. À Deus por me dar forças nas horas de fraqueza. Aos amigos e colegas que me divertiram, me acompanharam e que foram minha Segunda família. À todos os professores que me orientaram nesta caminhada.*

*Fernanda*

# MINHA PERCEÇÃO ENQUANTO GRADUANDA DE ENFERMAGEM

*Puxa! Como passou rápido, parece que foi há pouco tempo que entrei para a Universidade. Me lembro de tudo, do início. Tudo era novo, diferente do que imaginava. O início foi difícil, pois não sabia se era mesmo Enfermagem o que queria. Estava em dúvida, não sabia qual caminho seguir. Acho que este foi o motivo que me fez "levar" as duas primeiras fases, ao invés de realmente aproveitar.*

*A terceira fase foi a melhor. Estágio, técnicas, hospital e junto com tudo isso as primeiras responsabilidades. Foi nesse momento que pude perceber que realmente havia feito a escolha certa.*

*As fases seguintes foram de muito estudo e dedicação. Tive a oportunidade de passar por vários campos de estágio, tive vários professores e pude conhecer e ajudar várias pessoas, as quais me ajudaram a evoluir como profissional e como pessoa.*

*Impossível esquecer também todas as amizades que pude fazer durante o período que permaneci na faculdade. Foram pessoas que de alguma forma fizeram parte desta minha jornada.*

*Mas algumas destas foram muito especiais, foram realmente amigas. JÊ E ALÊ, lutamos, sofremos, crescemos, fomos grandes companheiras. Jamais vou esquecer dos bons momentos que passamos juntas e da amizade que construímos.*

*Hoje percebo que esta etapa está chegando ao fim, mas inicia-se uma nova fase em minha vida. A fase profissional, onde darei meus próprios passos.*

**Janaina**

## MINHA PERCEÇÃO ENQUANTO GRADUANDA DE ENFERMAGEM

*Desde pequena desejava trabalhar na área da saúde. Quando terminei o 2º grau, fiz vestibular para Medicina, mas não fui aprovada. E agora! Meu pai insistiu que eu tentasse realizar o vestibular em outra área, a qual eu gostasse. Fiz então o vestibular para Geografia (CEUB-Brasília-DF). Fui aprovada. Em 1982, viemos conhecer Florianópolis, cidade onde minha mãe nasceu, mas saiu muito pequena (3 meses) indo morar no Rio de Janeiro. Minha família se apaixonou por esta ilha, e logo meu pai (militar), solicitou sua transferência para cá e em 1983 nos mudamos. Acabei concluindo graduação em Bacharel de Geografia aqui. Não conseguindo trabalhar na área, comecei então a trabalhar como secretária em uma empresa. Após sete anos, decidi fazer novamente o vestibular. Resolvi então, fazer cursinho e prestar vestibular para Enfermagem. Fui aprovada. A alegria foi geral, tanto por minha parte como também pela minha família. A primeira e Segunda fase foram muito angustiantes, pois queria logo que chegasse a terceira fase, para iniciar assistência de enfermagem à população. Nesta fase pude perceber a importância de enfermeiro dentro de um ambiente hospitalar.*

*Da Quarta à Sexta fase foram períodos de muito estudo, elaboração de processos de enfermagem. Foi durante essas fases que pude conhecer professores competentes, dignos de serem enfermeiros, os quais marcaram muito minha vida acadêmica.*

*Sétima fase: durante fases anteriores, o que mais se comentava era o estágio na Colônia Santana (JPO). A realização do estágio de Enfermagem Psiquiátrica JJ, no JPO foi um período na minha vida que jamais esquecerei. Passei por uma experiência que nunca imaginei vivenciar. No início, confesso que estava muito apreensiva, ter que conviver com pacientes com doença mental, me deixou muito insegura, receosa e até um certo horror pela minha incapacidade de ação diante da aproximação de algum paciente. Mas com o passar dos dias, consegui me adaptar ao ambiente e acabei gostando muito, aprendi a olhá-los com carinho. São seres humanos que precisam de ajuda para poder sobreviver em uma sociedade preconceituosa. Foi uma experiência de grande importância para mim tanto do lado pessoal como também profissional. O estágio de obstetrícia para mim foi lindo. Gostei de poder vivenciar a hora do nascimento de um novo ser humano, prestar assistência ao RN e a mãe. Foram momentos muito gratificantes. O estágio de administração foi de grande valia, pois é com certeza a área que mais atuaremos como enfermeira.*

*Oitava fase: foi a fase que mais gostei. Vejo meu sonho se realizando. Reta final de cinco anos de muito estudo, estresse, noites mal dormidas. Mas valeu a pena. É durante esta fase que nos consideramos enfermeiras, porque você atua como tal, sem orientação direta de um professor. E é aí que você percebe o quanto você aprendeu durante todos esses anos de estudo.*

*Realizei meu trabalho de conclusão de curso em uma área que sempre gostei de atuar. Tive a felicidade de conviver com pessoas maravilhosas, com as quais aprendi muito mais sobre amizade e companheirismo.*

**Lísian**

## **11. CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA**

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Educação**. 33ªed, São Paulo: Brasiliense, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.

**Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.

**Controle do Câncer Cérvico Uterino e de Mama**. Brasília, 1996.

DANGELO, José Geraldo, FATTINI, Carlos Américo. **Anatomia Básica dos Sistemas**

**Orgânicos**. São Paulo: Ateneu, 1991.

GARCIA, Olga R.Z. **Colpites e Cervicites**. Florianópolis: Departamento de

Enfermagem - UFSC, 1994. Apostila da 4ª Fase do Curso de Graduação em

Enfermagem .

GEORGE, Julia B. **Teoria de enfermagem**: Os fundamentos para a prática profissional.

Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Instituto Nacional de Câncer, INCA. **Câncer de Mama e Câncer de Cólo de Útero**.

[Http://www.inca.org.br](http://www.inca.org.br), 1999.

KAMERS, Elizabeth Machado Paulo , RAMOS, Vanderléia Regina de Jesus,

**Cuidando e Buscando o Ensino do auto-cuidado à mulher na prevenção do**

**Câncer Ginecológico**. Florianópolis: UFSC, 1997. Trabalho de conclusão do

Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC apresentado à Disciplina

Enfermagem Assistencial Aplicada.

LEBARBENCHON, Rodrigo. As seis maiores incidências - Câncer de Mama. **Registro**

**Hospitalar de Câncer - Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina**.

Florianópolis, vol. 1, p. 40-44, 1998.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça, SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Vivência de Mulheres. O cotidiano da Prevenção do Câncer Cérvico Uterino. **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, n. 7, v. 23, p. 663-664, ago, 1995.

Ministério da Saúde. **Doenças Sexualmente transmissíveis**. [Http://www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), 1999.

MURAD, André Márcio, KATZ, Artur. **Oncologia: Bases Clínicas do Tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MURAD, André Márcio, TRIGINELLI, Sérgio Augusto. **Manual de Oncologia Ginecológica**. Rio de Janeiro: Health, 1996.

OLIVEIRA, Liliane Aparecida de. **Cuidando da Mulher na Prevenção do Câncer Ginecológico**. Uma experiência na Policlínica de Referência Regional I de Florianópolis, SC, 1996. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

PASTORE, Karina. A Melhor arma contra o pior câncer. **Revista Veja**: São Paulo nº.12, ed. 1488, ano 30, p. 16-80. Mar, 1996.

PIRES, Denise Pires de, **Câncer Cérvico Uterino e de Mama**. Florianópolis: Departamento de Enfermagem, UFSC, 1996. Apostila da 4ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem.

QUEIROZ, Racsoyule. **Câncer de Mama**. Brasília: Ciba, 1994.

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

RIBEIRO, Eddgar da Rosa, FONSECA, Nisio Marcondes. **Ginecologia Básica**. São Paulo: Savier, 1981.

- SANTOS, Evanguelia K. A **mulher como foco central na prática do aleitamento materno**: uma experiência assistencial. Fundamentada na teoria do Auto-cuidado de Orem. Florianópolis, p.112, dissertação (Mestrado em assistência de Enfermagem), curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de SC, 1991.
- SARDENBERG, Izalco. A Guerra ao Câncer. **Revista Veja**, São Paulo, v. 1440, nº 16, Ano 29, p. 76 – 85: abr, 1996.
- SASSE, André. **Câncer de Mama**. [Http://sitis.mpc.com.br/](http://sitis.mpc.com.br/), 1999.
- SILVEIRA, Luis Alberto, SILVEIRA, Mariette Vande Saúde. **Câncer o que você precisa saber**: Florianópolis, UFSC, 1987.
- SMELTZER, Suzane C., BARE, Brinda G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
- SOUEN, J.S., PINOTT J. A . **Manual do Câncer Genital Feminino**. São Paulo: Roca, 1992.
- ZAMPIERI, M<sup>a</sup> de Fátima M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Florianópolis, p.170 Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de S.C., 1998.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

**POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL SUS/SC  
PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO E DA MAMA**

**FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM**

Prontuário:.....

Externo: ..... Programa de osteoporose:..... Outros:.....

Nome:.....

Idade:.....DUM:..... Gestações: .....Partos:.....

Queixas:.....

.....

.....

.....

.....

Data: ..... Fone: .....Município (Procedência) .....

Colo:.....

.....

.....

.....

Mama:.....

.....

.....

.....

Resultado:.....

.....

.....

.....

Observações:.....

.....

.....

Plano de ações: .....

.....

.....

.....

.....

Diagnósticos de enfermagem	DATA	
	Identificado	Resolvido
1 Comportamento para elevar níveis de saúde relacionado com		
2 Déficit de conhecimento relacionado com		
3 Alterações nos padrões de sexualidade relacionado com		
4 Distúrbio da imagem corporal		
5 Medo (contaminação, habilidade do profissional, resultado do exame, vergonha de expor-se) relacionado com		
6 Risco para infecção relacionado com		
7 Constipação por adiamento relacionado com		
8		
9		
10		

Avaliação:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **ANEXO 2**



1ª CONSULTA - DATA: \_\_\_\_\_

OME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

ESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_\_\_ Nº EXAME: \_\_\_\_\_

PRESTANTE: \_\_\_\_\_ PUÉRPERA: \_\_\_\_\_ PÓS MENOPAUSA: \_\_\_\_\_

**FATORES RELATIVOS AO COLO UTERINO:**

1º Gestações: \_\_\_\_\_ P. Normais: \_\_\_\_\_ Cesárias: \_\_\_\_\_

Idade 1º Parto: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Curetagens: \_\_\_\_\_

Início AT. Sexual: \_\_\_\_\_ D.S.T.: \_\_\_\_\_ Cauterizações: \_\_\_\_\_

Fluxo Vaginal Prurido: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Qtidade: \_\_\_\_\_

Dispareunia: \_\_\_\_\_ Sangramento: \_\_\_\_\_ At. Sexual: \_\_\_\_\_

Sangramento Intermenstrual ou Pós Menopausa: \_\_\_\_\_

Radioterapia: \_\_\_\_\_ História Familiar: \_\_\_\_\_

Ciclo Menstrual: \_\_\_\_\_

Freq. Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Último Result: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Doenças: \_\_\_\_\_ Cirurgias: \_\_\_\_\_

**FATORES RELATIVOS À MAMA:**

Idade Menarca: \_\_\_\_\_ Menopausa: \_\_\_\_\_ Amamentação: \_\_\_\_\_

Tratamento Hormonal: \_\_\_\_\_ Mét. Anticoncepcional: \_\_\_\_\_

Obesidade: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_ Eliminações: \_\_\_\_\_

Fumo: \_\_\_\_\_ História Familiar: \_\_\_\_\_

**MAMA:**

Exames: \_\_\_\_\_ Auto Palpação: \_\_\_\_\_

Exame Clínico:

Volume: P  M  V  MV



I Estática \_\_\_\_\_

I Dinâmica \_\_\_\_\_

Palpeção D \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_

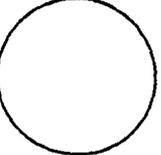
Axila D \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_

Secreção \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

Exame de Colo: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / SUS  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL  
PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER

**RESULTADO**

NOME: \_\_\_\_\_

NÚMERO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

**ORDEM DE CONSULTA MÉDICA**

NOME

DATA

CLÍNICA / PROFISSIONAL

RUBRICA DO SERVIDOR

PRIMEIRA CONSULTA  RETORNO



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

**ORDEM DE CONSULTA MÉDICA**

NOME

DATA

CLÍNICA / PROFISSIONAL

RUBRICA DO SERVIDOR

PRIMEIRA CONSULTA  RETORNO

 **JOSÉ CALDEIRA FERREIRA BASTOS - CRM - SC 617**  
**ANATOMIA PATOLÓGICA - CITOPATOLOGIA**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Nº do Exame: \_\_\_\_\_ Recebido em: \_\_\_\_\_

EXAME COLPOCITOLÓGICO

Idade: \_\_\_\_\_

Tratamento Hormonal \_\_\_\_\_ última menstruação \_\_\_\_\_

Radioterapia \_\_\_\_\_ Uso Diu \_\_\_\_\_

Exame Prévio \_\_\_\_\_

Dados Clínicos \_\_\_\_\_



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / SUS  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL  
PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO / MAMA

EXTERNO  PROGRAMA OSTEOPOROSE  OUTROS: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_\_\_

QUEIXAS: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

COLO: \_\_\_\_\_

MAMA: \_\_\_\_\_

RESULTADO: \_\_\_\_\_





**PREVENÇÃO É O MELHOR MÉTODO PARA  
CONSERVAR SUA SAÚDE!**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / SUS  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL  
SUPERVISÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS**

**FAÇA O EXAME DE MAMA MENSALMENTE, E A  
COLPOCITOLOGIA CONFORME AGENDAMENTO.**

**CARTEIRA - CONTROLE  
PROGRAMA:  
PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO**

**ESTA CARTEIRA SERVE PARA O SEU CONTROLE.  
TRAGA-A SEMPRE QUE REPETIR O EXAME.**

**FONE: 224-6744 (RAMAL 259)**

**NÚMERO:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**SOLICITAÇÃO DE REPRODUÇÃO DE MATERIAL**

Nº

MATERIAL A REPRODUZIR

**PROCESSO DE REPRODUÇÃO**

<input type="checkbox"/> XEROX	<input type="checkbox"/> MIMÉOGRAFO	<input type="checkbox"/>
QUANTIDADE		
ÓRGÃO SOLICITANTE		
LOCAL E DATA		

**ASSINATURAS**

SOLICITANTE	AUTORIDADE
-------------	------------

**OBSERVAÇÕES**

losec 52259

MCP-144

ESTADO DE SANTA CATARINA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / SUS  
 POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL  
 PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO COLO CÉRVICO UTERINO / MAMA

POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME DO CLIENTE: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA

\_\_\_\_\_ ENFERMEIRO





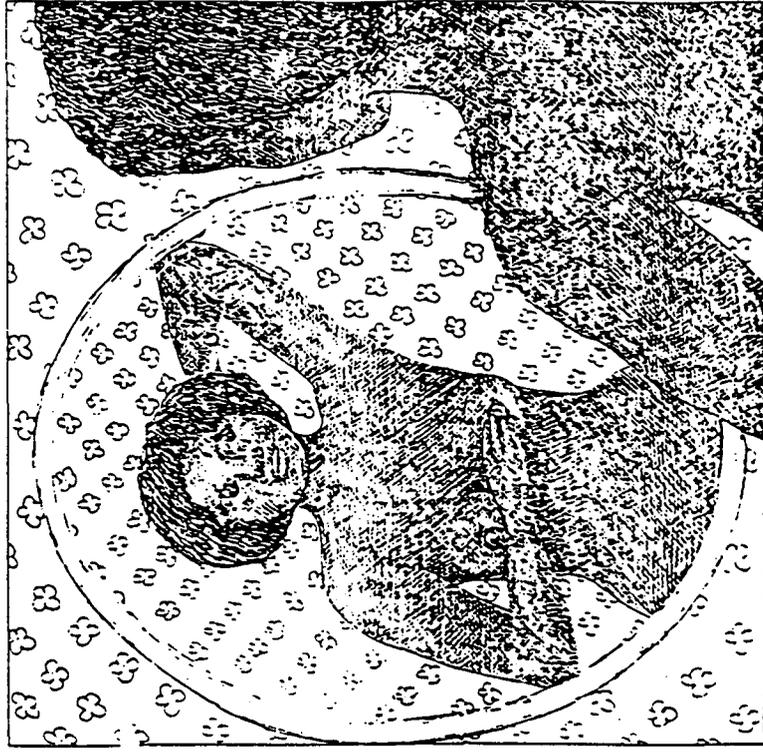
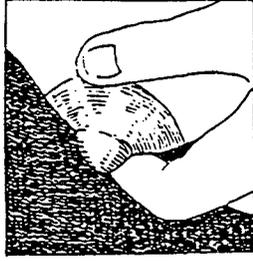


## **ANEXO 3**

# CÂNCER DE MAMA

Muitas mulheres morrem de câncer de mama no Brasil. Muitas dessas mortes podem ser evitadas se a doença for descoberta bem no início quando o tratamento tem sempre mais chances de cura.

O exame dos seios não leva mais do que cinco minutos. Se conseguirmos fazer dele um hábito, ficamos preparadas para perceber qualquer alteração.



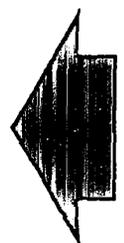
**INFORME-SE!  
DECIDA-SE!  
EXIJA  
SEU DIREITO!**

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

Fonte: Ministério da Saúde

# Como Prevenir o Câncer de Mama

(AUTO-EXAME)



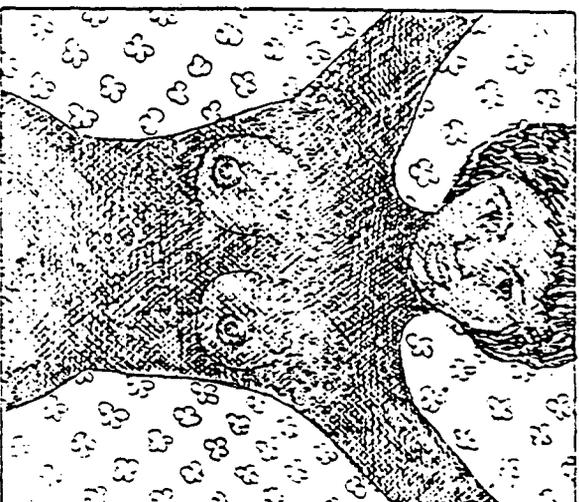
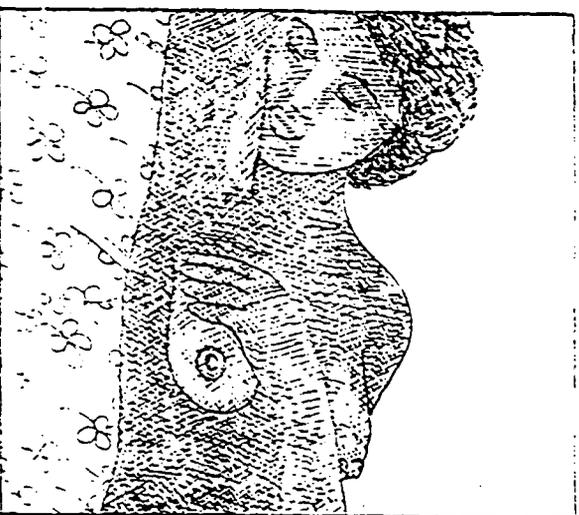
## O QUE É O CÂNCER DE MAMA?

É uma doença que aparece nos seios, como um caroço, que cresce rapidamente. Esta doença pode ser mortal, se não tratada a tempo.

O exame dos seios é parte obrigatória da consulta ginecológica. Mas fazê-lo uma vez por ano é pouco. Há certos tipos de câncer de seio crescem muito depressa, e é preciso encontrá-los logo.

Por isto, é importante que as mulheres façam seu auto-exame, ou seja, que elas mesmas examinem seus seios regularmente.

Em grande parte das vezes, o câncer que no princípio no auto-exame não é câncer, mas é preciso esclarecer com o médico logo que seja descoberto.



## ÉPOCA IDEAL

### PARA

### FAZER O

### AUTO-EXAME

Existem períodos em que os seios sofrem modificações que são normais:

— antes da menstruação, eles podem inchar e ficar doloridos;

**NA FASE DA  
MENOPAUSA, É  
ACONSELHÁVEL  
ESCOLHER UM DIA  
PARA REPETIR O  
EXAME TODOS OS  
MESES.**

— durante a gravidez, os seios se prepararam para produzir leite.

Nesta época podem aparecer pequenos caroços, que são normais.

A melhor época para o auto-exame é aquela em que os seios não estão sofrendo essas alterações.

ções. Devemos examinar-nos depois de cada menstruação.

## COMO FAZER O AUTO-EXAME

- 1) Em frente ao espelho, sem roupa da cintura para cima:— observe os seios e repare seu tamanho;— veja se existe algum ponto inchado, fundo ou avermelhado;— repare se os bicos dos seios (mamilos) apresentarem alguma alteração.

- 2) Sentada ou em pé (do preferível deitada durante o banho, após voltando que os braços estão unhas e dedos) e deslizam mo-lhor sobre a pele):— apalpe levemente um lado de cada vez, com os dedos, fazendo movimentos circulares na parte de baixo do seio até o mamilo, dando a volta completa;— examine também debaixo dos braços.
  - 3) Repita, deitada, o exame feito durante o banho:— para examinar o seio direito, coloque um travessão ou pano dobrado embaixo do ombro direito e levante o braço direito acima da cabeça, para o auto ficar muito inclinado. (Com a outra mão faça o apal-pamento);— agora é a vez do seio esquerdo, e o travessão é mudado de lado. Levante o outro braço e repita o exame no outro seio.
  - 4) Por último, examine suavemente os mamilos, para ver se sai algum líquido. Em algumas mulheres é normal sair um pouco de líquido, sem cor e sem cheiro. Se for diferente, procure o médico.
- Essas observações são muito importantes para ajudar o médico na hora da consulta.

# Previna-se do Câncer de Mama.



**Mulher que se ama se cuida.**

Programa de  
Prevenção do  
Câncer de Mama  
CEPON



**Prevenção, a verdadeira cura do câncer.**

## Como Descobrir

Através do auto exame das mamas. Toda mulher deve fazer o exame uma vez por mês, uma semana após a menstruação. Após a menopausa, examine as mamas no primeiro dia de cada mês. Após os 40 anos faça mamografia anual. Procure o seu médico para exame físico regular e palpação das mamas.

## No banho

Com seus dedos esticados, com a pele molhada ou ensaboada para deslizar melhor, pressione suavemente a superfície da mama procurando alguma saliência, caroço ou espessamento. Não esqueça: mão direita para examinar mama esquerda e mão esquerda para examinar mama direita.

## Deitada

Coloque a mão direita atrás de sua cabeça. Com os dedos indicador e médio da outra mão esticados pressione suavemente a mama direita, com movimentos circulares, da periferia da mama até o mamilo. Faça o mesmo para examinar a mama esquerda.

## Em frente ao espelho

Procure inchaço, depressão da pele ou alterações no mamilo de cada mama, primeiro com os braços caídos ao lado do corpo, depois com os braços para o alto, acima da cabeça. Poucas mulheres apresentam mamas exatamente iguais.

## Procurando secreção

Aperte suavemente o mamilo de cada mama, com os dedos polegar e indicador. Se aparecer secreção abundante ou sanguinolenta fale imediatamente com seu médico.

## Principais Sinais

- Qualquer nódulo na mama.
- Qualquer deformação ou alteração no contorno natural da mama.
- Qualquer retração ou desvio do mamilo.
- Qualquer saliência ou reentrância da pele da mama.
- Eczema em torno do mamilo ou da aréola.
- Perda de sangue ou derrame pelo mamilo.
- Caroço duro na axila.

## Como Prevenir

- Evite bebidas alcoólicas, excesso de peso e alimentos ricos em gordura animal.
- Coma alimentos ricos em vitamina A.
- Evite a primeira gravidez após os 30 anos.
- Use hormônios apenas com acompanhamento médico.
- Faça exercícios físicos regularmente.

## Tem cura?

O Câncer de Mama, quando descoberto a tempo, é curável. Quando notar qualquer um dos sinais, procure seu médico.



**CEPON**  
Centro de Pesquisas Oncológicas

SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE  
**GOVERNO DE  
SANTA CATARINA**



APOIO: Rede Feminina de Combate ao Câncer e Serviço de Radioterapia do Hospital de Caridade

# Câncer de Colo Uterino



**Mulher que se ama, se cuida.**

## Prevenção, a verdadeira cura do Câncer

### Como Descobrir

A partir do início da vida sexual ou ao completar 18 anos todas as mulheres devem fazer um exame preventivo por ano, e após dois exames normais (1 a cada ano), pode ser feito a cada 3 anos.

### Principais Sinais

Não existem sintomas na fase inicial da doença. Só o exame preventivo diagnostica. Se você tem alguns destes sintomas, procure seu médico:

- Sangramento vaginal ou dor durante a relação sexual;
- Corrimento vaginal fétido ou com sangue;
- Hemorragia vaginal.

### Fatores que aumentam o risco

- Início precoce da atividade sexual - antes dos 16 anos;
- Múltiplos parceiros sexuais;
- Falta de higiene íntima;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Fumo;
- Exposição ao papilomavírus, transmitido sexualmente.

### O câncer de colo uterino tem cura?

O Câncer de Colo Uterino é o tumor ginecológico mais frequente na mulher brasileira. É curável quando diagnosticado em fase inicial. Em estágio avançado não tem cura e mata.



SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE

GOVERNO DE  
SANTA CATARINA



# UAM

## Como evitar o câncer de mama?

De forma bem simples: fazendo o auto-exame das mamas. O câncer tem cura desde que diagnosticado no início.

## O que é o auto-exame das mamas?

É o exame das mamas efetuado pela própria mulher. É conhecendo suas mamas que você pode verificar qualquer alteração.

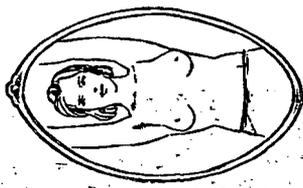
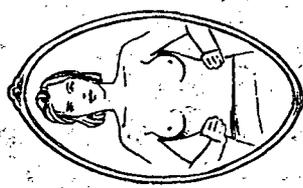
## Quando fazer o auto-exame?

Faça o auto-exame uma vez por mês. A melhor época é após a menstruação. Se você não menstrua mais, o auto-exame deve ser feito em um mesmo dia de cada mês como, por exemplo, todo dia 15.

# Como fazer o auto-exame?

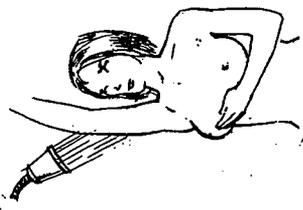
### ▶ Diante do espelho

Levante e abaixe os braços. Observe se há alguma anormalidade na pele, alterações no formato das mamas, como abaulamentos e retrações, ou alguma ferida ao redor do mamilo. secreções pelos mamilos.



### ▶ Durante o banho

Com a pele ensaboada, levante o braço direito e deslize os dedos da mão esquerda suavemente sobre a mama direita, estendendo até a axila. Faça o mesmo na mama esquerda. Observe se há caroços nas mamas ou nas axilas e secreções pelos mamilos.



### ▶ Deitada - posição 1

Coloque um travesseiro debaixo do lado esquerdo do corpo e a mão esquerda sob a cabeça. Com os dedos da mão direita, apalpe a parte interna da mama. Inverta a posição para o lado direito e apalpe da mesma forma a mama direita.



### ▶ Deitada - posição 2

Com o braço esquerdo posicionado ao lado do corpo, apalpe a parte externa da mama esquerda com os dedos da mão direita. Inverta a posição e apalpe da mesma forma a parte externa da mama direita com os dedos da mão esquerda.

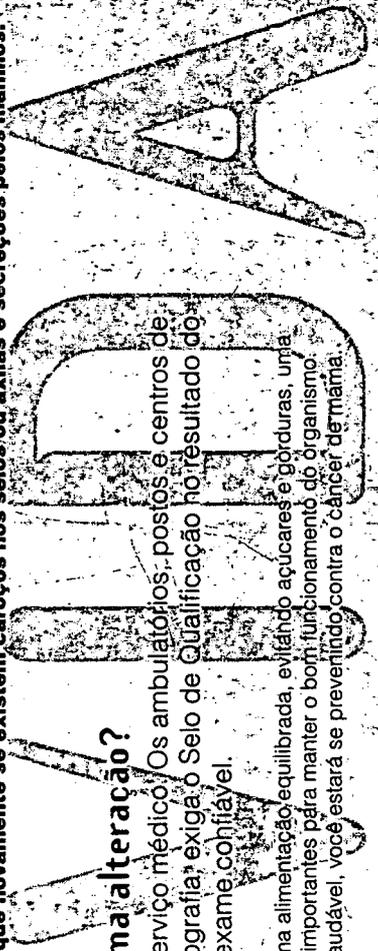


Verifique novamente se existem caroços nos seios ou axilas e secreções pelos mamilos.

## O que fazer se observar alguma alteração?

Se você notar alguma mudança nos seios, procure imediatamente um serviço médico. Os ambulatórios, postos e centros de saúde pública devem ajudá-la. E caso o seu médico solicite uma mamografia, exija o Selo de Qualificação no resultado do seu exame. Ele é a garantia de um exame confiável.

Lembre-se também que alguns hábitos saudáveis podem ajudá-la a evitar a doença. Uma alimentação equilibrada, evitando açúcares e gorduras, uma atividade física regular - como, por exemplo, uma caminhada diária - e não fumar são importantes para manter o bom funcionamento do organismo. Fazendo o auto-exame das mamas mensalmente e adotando um estilo de vida mais saudável, você estará se prevenindo contra o câncer de mama.



ANEXO 0

## **ANEXO 4**



# CERTIFICADO



Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na Escola Hilda Teodoro Vieira no período noturno, dia 21 de junho de 1999.

Florianópolis, 21 de junho de 1999.

  
Eliane Maria Fauth  
PI 1365/SED  
Diretora

# CERTIFICADO



Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANUÍNA OSSELIANNE** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na Escola Hilda Teodoro Vieira no período noturno, dia 21 de junho de 1999.

Florianópolis, 21 de junho de 1999.

*M. Fauth*  
Elizete Maria Fauth  
PI 1365/SED  
Diretora

# CERTIFICADO



Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÔSE** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na Escola Hilda Teodoro Vieira no período noturno, dia 21 de junho de 1999.

Florianópolis, 21 de junho de 1999.

  
Eliane Maria P.  
P/1365/SEL  
Diretora

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MIRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no Colégio Chapeuzinho Vermelho para os alunos do Curso Técnico de Enfermagem no período noturno, dia 24 de junho de 1999.

79 854 725/0001 - 057

Colégio Teresina de Jesus Alves Lach  
Rua: Ouri, Juiz de Fora, 582

BARREIROS - CEP 88111 - 500

SÃO JOSÉ - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no Colégio Chapeuzinho Vermelho para os alunos do Curso Técnico de Enfermagem no período noturno, dia 24 de junho de 1999.

79 854 725/0001 - 057

Colégio Teres: *instituição* *de* *ensino* *de* *superior* *de* *Florianópolis*  
*de* *Florianópolis*  
Rua: Otto Júlio Malina, 592

BARREIROS - CEP 88111 - 500

SÃO JOSÉ - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAINA OSELAME** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no Colégio Chapeuzinho Vermelho para os alunos do Curso Técnico de Enfermagem no período noturno, dia 24 de junho de 1999.

79 854 725/0001 - 057

Colégio Teresinha M. Alves Ltda.  
Rua: O. Antônio Malina, 582

BARREIROS - CEP 88111 - 500

SÃO JOSÉ - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÔSE** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no Colégio Chapeuzinho Vermelho para os alunos do Curso Técnico de Enfermagem no período noturno, dia 24 de junho de 1999.

79 854 725/0001 - 057

Colégio Teresiano de São José - SC  
Rua São João Batista, 582

BARREIROS - CEP 88111 - 500

SÃO JOSÉ - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MIRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na COMUNIDADE DO MORRO DO QUILOMBO - ITACORUBI no dia 26 de junho de 1999, no período vespertino.

76 554 781/0001 - 28

*Wilma Vieira*  
**Wilma Vieira**  
PRESIDENTE DA AMAI  
CPF: 586.251.199-72

Associação dos  
Moradores e Amigos de Itacorubi

Rua: Amaro Antônio Vieira, s/n

ITACORUBI - CEP 88030

FLORIANÓPOLIS - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na COMUNIDADE DO MORRO DO QUILOMBO - ITACORUBI no dia 26 de junho de 1999, no período vespertino.

*Wilma Vieira*  
Wilma Vieira  
PRESIDENTE DA AMAI  
CPF: 586.251.199-72



76 554 781/0001 - 28

Associação dos  
Moradores e Amigos de Itacorubi

Rua: Amaro Antônio Vieira, s/n  
ITACORUBI - CEP 89030  
FLORIANÓPOLIS - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na COMUNIDADE DO MORRO DO QUILOMBO - ITACORUBI no dia 26 de junho de 1999, no período vespertino.

*Wilma Vieira*  
**Wilma Vieira**  
PRESIDENTE DA AMAI  
CPF: 586.251.199-72

76 554 781/0001 - 28

Associação dos  
Moradores e Amigos de Itacorubi

Rua: Amaro Antônio Vieira, s/n

ITACORUBI - CEP 89000

FLORIANÓPOLIS - SC

APÓIO A.M.A.I.

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÔSE** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na COMUNIDADE DO MORRO DO QUILOMBO - ITACORUBI no dia 26 de junho de 1999, no período vespertino.

*Wilma Vieira*

**Wilma Vieira**  
PRESIDENTE DA AMAI  
CPF: 586.251.199-72

76 554 781/0001 - 28

Associação dos  
Moradores e Amigos de Itacorubi

Rua: Amaro Antônio Vieira, s/n

ITACORUBI - CEP 88030

FLORIANÓPOLIS - SC

**APOIO A.M.A.I.**

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MIRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no COLÉGIO CHAPEUZINHO VERMELHO, para o Curso Técnico de Enfermagem, no dia 28 de junho de 1999, no período vespertino.

170 854 725/0001 - 057

Colégio Teresinha Maria Lemos Alves Ltda.

Rua: Otto Julio Malina, 582

BARREIROS - CEP 88111 - 500

SÃO JOSÉ - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

*M. Lemos Alves*  
Teresinha Maria Lemos Alves  
Professora - Autorização n.º 1.261

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no COLÉGIO CHAPEUZINHO VERMELHO, para o Curso Técnico de Enfermagem, no dia 28 de junho de 1999, no período vespertino.

179 854 725/0001 - 057

Colégio Teresinha Maria Lemos Alves Ltda.

Rua: Otto Julio Malina, 582

BARREIROS - CEP 88111 - 500

SÃO JOSÉ - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

*M. M. Alves*  
Associação Maria Lemos Alves  
Rua: Alameda nº. 1.261

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no COLÉGIO CHAPEUZINHO VERMELHO, para o Curso Técnico de Enfermagem, no dia 28 de junho de 1999, no período vespertino.

79 854 725/0001 - 057

Colégio Teresinha Maria Leiros Alves Ltda.

Rua: Otto Julio Malina, 582

BARREIROS - CEP 88111 - 500

SÃO JOSÉ - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

  
Teresinha Maria Leiros Alves  
Professora - Autenticação nº. 1.261

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÔSE**,  
proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no COLÉGIO CHAPEUZINHO  
VERMELHO, para o Curso Técnico de Enfermagem, no dia 28 de junho de 1999, no período vespertino.

79 854 725/0001 - 057

Colégio Teresinha Maria Lenos Alves Ltda.

Rua: Otto Julio Malina, 582

BARREIROS - CEP 88111 - 500

SÃO JOSÉ - SC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

*M. M. Alves*  
M. M. Alves  
RESPONSÁVEL TÉCNICA  
Cursos Alves  
Florianópolis - Autorizada nº 50 nº 1.261

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MIRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no POSTO DE SAÚDE do Município de Palhoça – Sala de Espera, no dia 29 de junho de 1999, no período vespertino.

CENTRO SAÚDE II  
PALHOÇA - CENTRO

*Angela Luzia Neis*  
**Angela Luzia Neis**

Enfermeira  
COR-1N-SC 64692

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no POSTO DE SAÚDE do Município de Palhoça – Sala de Espera, no dia 29 de junho de 1999, no período vespertino.

**CENTRO SAÚDE II**  
**PALHOÇA - CENTRO**

*Angela Luzia Neis*

Enfermeira  
COREN-SC 64692

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no POSTO DE SAÚDE do Município de Palhoça – Sala de Espera, no dia 29 de junho de 1999, no período vespertino.

CENTRO SAÚDE II  
PALHOÇA - CANTINA

*Angela Luzia Neis*  
Angela Luzia Neis  
Enfermeira  
COREN-SC 64692

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÖSE** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" no POSTO DE SAÚDE do Município de Palhoça – Sala de Espera, no dia 29 de junho de 1999, no período vespertino.

CENTRO SAÚDE II  
PALHOÇA - CENTRO

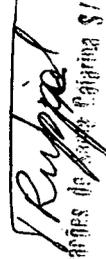
*Angela Luzia Reis*  
Angela Luzia Reis  
Enfermeira  
COREN-SC 64692

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MIRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" aos funcionários da TELESC - ESTREITO, no dia 02 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 1h e 30 minutos.

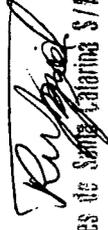
Florianópolis, 23 de junho de 1999.

  
Ruy Pereira  
Presidente do Conselho de Administração S/A - TELESC

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" aos funcionários da TELESC - ESTREITO, no dia 02 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 1h e 30 minutos.

Florianópolis, 23 de junho de 1999.



Telecomunicações de Santa Catarina S/A - TELESC

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" aos funcionários da TELESC - ESTREITO, no dia 02 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 1h e 30 minutos.

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

  
Ruben  
Comunicações de Santa Catarina S/A TELESC

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÔSE** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" aos funcionários da TELESC - ESTREITO, no dia 02 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 1h e 30 minutos.

Florianópolis, 23 de junho de 1999.



TELECOMUNICAÇÕES DE SÃO CATARINA S/A - INESE

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MIRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na Escola Básica Manoel Dutra Bessa – URUBICI, no dia 08 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2horas.

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

Escola Básica Manoel Dutra Bessa  
Decreto nº 1.000, de 1998  
CEP 08800-000

Legitimado



# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na Escola Básica Manoel Dutra Bessa – URUBICI, no dia 08 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2horas.

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

Escola Básica Manoel Dutra Bessa - Hegeremias

Decreto Estadual Nº 1.932

CGC 83.567.057/010100

CEP 88650-000 – URUBICI



Paulo

Paulo

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na Escola Básica Manoel Dutra Bessa – URUBICI, no dia 08 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

Hygênia



Escola Básica Manoel Dutra Bessa  
Pra. Pedro Dutra - Nº 311  
URUBICI - SC - 88650-000  
CEP 88650-000 - URUBICI - SC

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÖSE** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na Escola Básica Manoel Dutra Bessa - URUBICI, no dia 08 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

Escola Básica Manoel Dutra Bessa  
Rua Manoel Dutra Bessa, 100 - Fone: 333.1111  
Florianópolis - SC  
CEP: 88.000-000 - UNIFACI

*Argemina*



# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MÍRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre “**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**” na Creche Ana Côrrea URUBICI (SC), no dia 08 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

00 615 694 / 0001 - 71

Associação de Pais e Professores  
Creche Ana Rodrigues Corrêa

Rua Carlos Fco. Ghizoni

Traçado - CEP 88650-000

URUBICI - S.C.

*Alicia Tarunzetti Borges*

Urubici (SC), 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre “**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**” na Creche Ana Côrrea URUBICI (SC), no dia 08 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

00 615 694 / 0001 - 71

Associação de Pais e Professores  
Creche Ana Rodrigues Corrêa

Rua Cereza Fco. Ghizoni

Tracado - CEP 88650-000

URUBICI - SC.

*Alci Zaccari Borja*

Urubici (SC), 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre "**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**" na Creche Ana Côrrea URUBICI (SC), no dia 08 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

00 615 694 / 0001 - 71

Associação de Mulheres  
Cirurgiãs

F. e. e. G. 1999

Traçado - CEP 88600-000

URUBICI - SC.

*Alicia Larauzeta Buxego*

Urubici (SC), 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÔSE** proferiu palestra sobre "**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**" na Creche Ana Côrrea URUBICI (SC), no dia 08 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

00 615 694 / 0001 - 71

Associação de Mulheres  
Cidade de Urubici - SC

F. P. de C. de U.  
Traçado - CEP 86600-000  
URUBICI - SC.

*Alcei Lorenzetti Borges*

Urubici (SC), 23 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

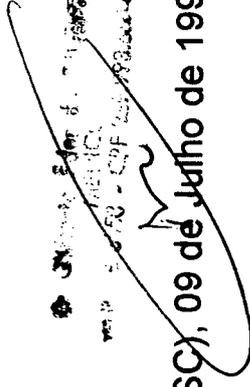
Certifico que a Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MÍRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**" na Comunidade do Espírito Santo, em **RIO RUFINO (SC)**, no dia 09 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

Dr. João Antonio Sider do Oliveira  
MÉDICO  
-R.G. nº 5558 - CPE 269.793.660-04

Rio Rufino (SC), 09 de Julho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**" na Comunidade do Espírito Santo, em **RIO RUFINO (SC)**, no dia 09 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

  
Rio Rufino, 09 de Julho de 1999.

# CERTIFICADO

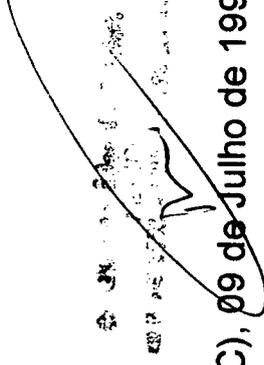
Certifico que a Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre "**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**" na Comunidade do Espírito Santo, em **RIO RUFINO (SC)**, no dia 09 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

A circular stamp is partially visible, containing the text "UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO RUFINO" and "FACULDADE DE ENFERMAGEM". A handwritten signature, possibly "MV", is written over the stamp.

Rio Rufino (SC), 09 de Julho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem LISIAN NASCIMENTO RÖSE proferiu palestra sobre “PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO” na Comunidade do Espírito Santo, em RIO RUFINO (SC), no dia 09 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains some illegible text, possibly a date or a reference number.

Rio Rufino (SC), 09 de Julho de 1999.

# CERTIFICADO

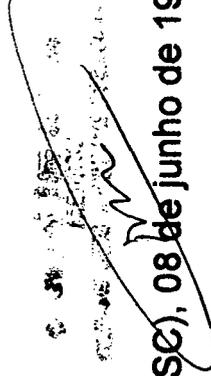
Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MIRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**" na Prefeitura Municipal de Rio Rufino (SC), no dia 09 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

U. J. JUNIOR  
MUNICÍPIO  
R. P. 15 203 - CEP 89.000-000

Urubici (SC), 08 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

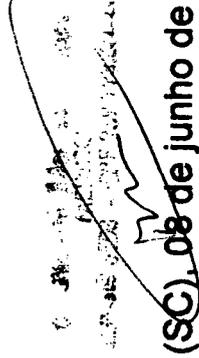
Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**" na Prefeitura Municipal de Rio Rufino (SC), no dia 09 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. S.', is written over a faint, illegible stamp or text.

Urubici (SC), 08 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

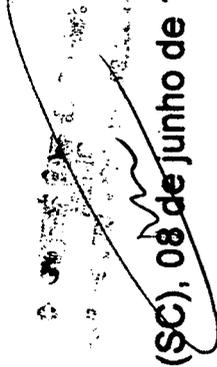
Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre “**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**” na Prefeitura Municipal de Rio Rufino (SC), no dia 09 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. O. de junho de 1999.', is written over a faint, illegible stamp or text.

Urubici (SC), 08 de junho de 1999.

# CERTIFICADO

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO ROSE** proferiu palestra sobre "**PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO**" na Prefeitura Municipal de Rio Rufino (SC), no dia 09 de julho de 1999, no período vespertino, com duração de 2 horas.



Urubici (SC), 08 de junho de 1999.

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **ALESSANDRA MIRIAM DE SOUSA** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na COMGAP nos dias 23, 24 e 25 de junho e dias 05, 06 e 12 de julho de 1999, no período matutino.

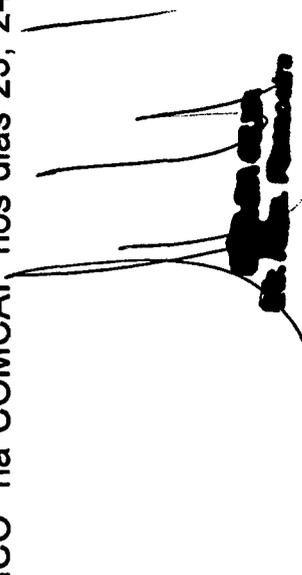


MARIA HELENA  
COORDENADORA

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **FERNANDA BRANCO SIMÃO** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na COMCAP nos dias 23, 24 e 25 de junho e dias 05, 06 e 12 de julho de 1999, no período matutino.



Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **JANAÍNA OSELAME** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na COMCAP nos dias 23, 24 e 25 de junho e dias 05, 06 e 12 de julho de 1999, no período matutino.

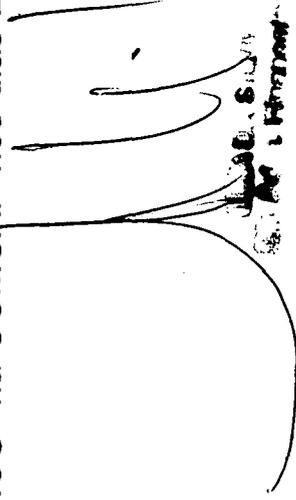


JANAÍNA OSELAME  
Enfermagem - FURAC

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

# **CERTIFICADO**

Certifico que a acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem **LÍSIAN NASCIMENTO RÔSE** proferiu palestra sobre "PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO" na COMCAP nos dias 23, 24 e 25 de junho e dias 05, 06 e 12 de julho de 1999, no período matutino.



LÍSIAN NASCIMENTO RÔSE

Florianópolis, 23 de junho de 1999.

## **APÊNDICES**

## **APÉNDICE 1**

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Escola Hilda Teodoro Vieira no dia 21/06/99, às 19:00h.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Mareci Alves dos Santos	15 anos	Babá
2. Robinson Duarte Ladeira	23 anos	Balconista
3. Lucimara dos Santos	17 anos	Babá
4. Elizabete Ap. Pereira	14 anos	Estudante
5. Cleura Larcot F.		
6. Inaci Epurecida M.	34 anos	Domestica
7. Jairo L. P. de Silva	17 anos	Office Civil
8. Vanessa Martel M.	17 anos	Estudante
9. Keithi Leilian F.	16 anos	Estudante
10. Glaciene Barbosa	17 anos	Estudante
11. Vanderleia Lenti	16 anos	Estudante
12. Renete Monteiro	17 anos	Estudante
13. Eliane Ladeira Fracaro	15 anos	Estudante
14. Eliane Pereira	19 anos	Estudante
15. Wierusta C. Vieira	16 anos	Estudante
16. RAFAEL PORFÍRIO ANTUNES	14 ANOS	<del>Estudante</del>
17. EUREO DA COSTA ARDIVO	15 ANOS	DEPENDENTE (RESTAURANTE).
18. Jani Himequ/Kolack	14 anos	Atendente
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Escola Hilda Teodoro Vieira no dia 21/06/99, às 19:00h.

	NOME	IDADE	PROFISSÃO
1.	Namoris	19 anos	Normeica
2.	Diana da Silva	16 anos	estudante
3.	Mareela R. Alfa-	17 anos	estudante
4.	Anderson J. Batista	16 anos	office boy
5.	Jonie Ribeiro	16 anos	office girl
6.	J. Michelle	16 anos	estudante
7.	Sandra Regina	19 anos	estudante
8.	Alexandra	17 anos	estudante
9.	Delange Rodrigues S	16 anos	estudante
10.	Sudate Lima Siqueira	16 anos	estudante
11.	Anna Paula Sutil	14 anos	estudante
12.	Gida Cristina Bessa:	15 anos	Alfilar
13.	Esione Gomes de Souza	22 anos	estudante
14.	E. Alessandra A. Rosa	16 anos	doméstica
15.	Magda	16 anos	estudante
16.	Marcos Borges de Oliveira	19 anos	estudante
17.	Júlia Maria Salfo	45 anos	Professora
18.	Mariette Maciel	18 anos	estudante
19.	Odinegêdo Louro Garcia	16 anos	estudante
20.	Paumari da Silva	43 anos	Professora
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na COMCAP no dia 23/06/99, às 11:00h.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. <i>Apuleia Conilo</i>	<i>48</i>	<i>Auxiliar operacional</i>
2. <i>Rogério Margarida</i>	<i>50</i>	<i>     </i>
3. <i>Deusa P. Araújo</i>	<i>40</i>	<i>     </i>
4. <i>Roseli P. Luy</i>	<i>39</i>	<i>     </i>
5. <i>Maria Borges</i>	<i>50</i>	<i>     </i>
6. <i>Maria Rízia da R.S.</i>	<i>38</i>	<i>     </i>
7. <i>Maria Rízia da S.</i>	<i>43</i>	<i>     </i>
8. <i>Izene Maria da Rosa</i>	<i>46</i>	<i>     </i>
9. <i>Manica Ferreira</i>	<i>54</i>	<i>     </i>
10. <i>Gródina</i>	<i>54</i>	<i>     </i>
11. <i>Feresinha Ribeiro</i>	<i>55</i>	<i>     </i>
12. <i>Celílio Mello</i>	<i>60</i>	<i>     </i>
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na COMCAP no dia 24/06/99, às 11:00h.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Elizangela M. Mamede	24	
2. Mariana Silveira Oliveira		
3. Cleusa da Persepolis		
4. Solange Venâncio		
5. Nilva Ap. Amorim		
6. Rosângela Maria Costa		
7. Fláudio M. Pereira		
8. Zulema de Ramos		
9. João Marques	46	
10. Pedro Henrique Buel		
11. Elvira Morte Soares Dias	57	
12. João, A. Costa		
13. Emelina Torres		
14. Armando M. da Silva		
15. Karmenilda de Santana	49	
16. João M. D.		
17. Kirocheline		
18. Mila E. de Carvalho		
19. Lourdes A. Dutra	0 59	
20. Magnolia de Lima		
21. André Ferreira		
22. Terezinha Bracete		
23. Silvano Roque		
24. Olga Sutil da Oliveira		
25. Maria Aurora da Silva		
26. Maria E. Silva	46	
27. Emadede P. Soares	34	
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada no Colégio Chapeuzinho Vermelho no dia 24/06/99, no período noturno, para o Curso Técnico de Enfermagem.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. ADILEUSA DA SILVA CARVALHO	19	—
2. DINAIR DE FATIMA	24	—
3. CATARINA R. SILVA	24	BRINQUELISTA
4. Teresinha M. S. da Pessa		
5. Giselle de Andrade	18	Estudante
6. GISELE ALVES	17	—
7. Joyce Maria Vilela	33	Estudante
8. Natani Beaventura	21	Estudante
9. Patricia da Silva	20	—
10. Priscila da Silva Costa	17	—
11. GABRIELA ALEXANDRE	17	—
12. Roberto Laurentino	16	Estudante
13. Cleonice Maria Nób	31	Secretária
14. Jean Batista Correia	24	Assist. Administrativa
15. Alvaro Pacheco	37	ESTUDANTE
16. Robinson Sousa	22	Cancelarias
17. Jennifer M. Oliveira	21	Estudante
18. Bruna Robinson	27	—
19. Odival de Oliveira	36 anos	Bancária
20. JULIANE DE SOUSA	20 ANOS	—
21. Francisca de Castro	19 anos	Estudante
22. Teresinha Azeite	29 anos	Estudante
23. Doraete L. Brito	17 anos	Estudante
24. Maria Dolores Alves	—	—
25. Marco A. G. Cardoso	19 anos	Estudante
26. Luane Cardoso	21 anos	—
27. ADORALICE BRESCIANI	41 ANOS	BANCARIA
28. Janete Saide	29 anos	Vigilante
29. Marcela Pinz da Santos	17 anos	Estudante
30. Viviane Pittencovet	24 anos	Estudante
31. Regina Ribeiro	36 anos	Estudante
32. Daíla Carpinim	19 anos	Estudante
M. de Lourdes Peres	47 anos	Func. Pública
Juliana S. Pinz	15 anos	Estudante
Borborio Fiuromento	33 anos	Estudante
Simone Paço Santos	16 anos	Estudante

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada no Colégio Chapeuzinho Vermelho no dia 24/06/99, no período noturno, para o Curso Técnico de Enfermagem.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. ANGELO OLIVA D. DE ARAUJO	21/01/68	Estudante
2. Mariana M. Amaral	17	Estudante
3. Karina B. Sant'ana	16	Estudante
4. Leidiane V. dos Santos	22	Estudante
5. Cinthia M. Pereira	27 anos	Estudante
6. FÁBIA MAIKA	21 anos	Estudante
7. Patrícia Rosa Teixeira	15 anos	Estudante
8. Joice Duriques	27 anos	Secretária
9. Eliane Schmitt	22 anos	Estudante
10. Sarah M. Valle	19 anos	Estudante
11. Elizangela Ramos	19 anos	Secretária
12. Kelly de A. Müller	19 anos	monitora
13. Jovani Marina Nascimento	19 anos	Auxiliar de Laboratório
14. Silene de Bourdes Feltz	17 anos	Balconista
15. Eliane Inabel Nunes	33 anos	
16. Carmem L. Kaeuzius	35 anos	autônoma
17. Rita Fagundes	31 anos	Téc. Laboratório
18. Alexandra J. Martins Jardim	23 anos	Secretária
19. Alcio Guessem	17 anos	Estudante
20. Eliziane dos Santos	24 anos	Aux. classe
21. Raphaela da Cunha Polato	18 anos	Estudante
22. Arlete D. Passos	29 anos	Balca
23. Lindair Simões	27 anos	balconista
24. Vera Lucia Silva de Oliveira	34 anos	Enfermeira
25. Geany Vieira	16 anos	Balconista
26. Dalora dos Santos	29 anos	Téc. Em CMA 2.º L.º
27. Jilma Ap. Maria Salvan	32 anos	Estudante
28. Luis Carlos Mattos Lima	34 anos	Estudante
29. Rogiane Lapini	26 anos	Aux. Contabil
30. Andréia de Moraes Melo	19 anos	Aux. Consultório Odontológico
31. Patrícia Barbosa das	30 anos	Estudante
32. Juliana Ferraz Viana	16 anos	Estudante

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na COMCAP no dia 25/06/99, às 11:00h.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Amélia Alino de Lencastre	33	Auxiliar operacional
2. Olandina Mendes	52	ll
3. Zúlia Bueno Fernandes	47	ll
4. Beatriz dos Santos	50	ll
5. Paureci Garcia	55	ll
6. Luíza de Paula	31	ll
7. Lúcia Olinda Amorim	55	ll
8. Maria Rêta	33	ll
9. Ana Machado	37	ll
10. Paureci Machado	37	ll
11. Salete	34	ll
12. Sônia	40	ll
13. Lindaura	50	ll
14. Maria Castano	58	ll
15. Glória Barbosa	56	ll
16. Jildeg	49	ll
17. Iza Louza de Moraes	46	ll
18. Vêta de Silva Rapz	59	ll
19.		ll
20.		ll
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Comunidade Moradora do Morro do Quilombo – Itacorubi, na residência da líder comunitária Sra. Vilma, dia 26 de junho, no período vespertino.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Rosa Moraes	40	Do lar
2. Glete Gomes	18	Do lar
3. Ronilda S. Ribeiro	37	Bimpeba
4. Glete T. Gomes	14	Costurante
5. Juliana Vereira	15	Empregada D.
6. <del>Rosa</del> Rosa Pereira	14	Estudante
7. Roselene Machado	31	Manicure
8. Gessi Gofeto	30	Do lar
9. Jacinete Pereira	21	Do lar
10. Elita Pereira	38	Do lar
11. Wilma Vieira	47	Presidente Amai
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada no Colégio Chapeuzinho Vermelho, para o Curso Técnico de Enfermagem, dia 28 de junho, no período vespertino.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Priscila da Silva Pelagio	16 anos	Estudante
2. Lillian Greyc Amorim	16 anos	Estudante
3. Maílza R. Pires Pereira	35 anos	Estudante
4. Valaúria N. de Melo	19 anos	estudante
5. Nilcéia L. Rosa de Melo	27 anos	estudante
6. Clóvis	49	estudante
7. Priscila Regina Calverde	16 anos	estudante
8. Elaine Mafra	16 anos	estudante
9. Maximus de Jesus	18	estudante
10. Patrícia Faustina da Silva	19 anos	Cursos - administrativa
11. Bianca da Graça V. Soares	49 anos	costureira
12. Karine M. Calazans	19 anos	Estudante
13. Eloy da Silva	16 anos	Estudante
14. Mª del Lourdes A. de Souza	42 anos	Auxi: de Enfermagem
15. Emanuel Urbano	16 anos	estudante
16. Cláudia T. de Faria	16 anos	estudante
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada no Colégio Chapeuzinho Vermelho, para o Curso Técnico de Enfermagem, dia 28 de junho, no período vespertino.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. <i>Carla Fatima de Souza</i>	16	— 0 —
2. <i>Elisângela da Cruz</i>	26	— 0 —
3. <i>Jaiane Mello Dias</i>	19	Institutora de Taekwondo
4. <i>Angela Behmitz de Souza</i>	24	Do lar.
5. <i>Rejane Santiago Casa Blanca</i>	19	— x —
6. <i>Gláucia Eveline Andrade</i>	22	Digitadora
7. <i>Almi Filippus da Oliveira</i>	16	— // —
8. <i>Dione Keffmann Circo</i>	16	
9. <i>Veron</i>	29	— // —
10. <i>Isiane M<sup>o</sup> Mendes Pereira</i>	23	— // —
11. <i>Guacomy Gid</i>	16	— // —
12. <i>Lúcia Fitz</i>	22	— // —
13. <i>Cláudia Müller</i>	17	— // —
14. <i>Adriana Muly Pereira</i>	16	— // —
15. <i>Aloneide de Jesus Filho</i>	18	— // —
16. <i>Andréa M. Andrade</i>	28	— // —
17. <i>Fanete da Silva</i>	31	Do lar
18. <i>Buliane Texeira</i>	16	— x —
19. <i>MARCELO DE SOUZA RUBIN</i>	16	DOUTOR
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada no Posto de Saúde do município de Palhoça – sala de espera, dia 29 de junho, no período vespertino.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Mayara M. Paimundo	26	
2. Geiana H. da Silva Andrade	28	do lar
3. Jolite F. Figueiredo	55	do lar
4. Maria S. Leite Silva	48	do lar
5. Dauchmeia de Assis	18	
6. Rita de Cássia B. Effring	21	Aux de Escritório
7. Clara Schindler de Silva	44	Do lar.
8. Valdete de Bitencourt	39	Do lar
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada aos funcionários da Telesc - Estreito, dia 02 de julho, no período vespertino – com duração de 1h e 30 min.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Jeronimo D. Goblechtes	41	Aq. administrativo
2. Walene A. Amadio	38	Tec. Telecomunicações
3. Adyan K. Pereira	17	estagiária
4. Caroline Reis	17	estagiária
5. Almandra Silveira	18	estagiária
6. Vanessa Reimbr	17	estagiária
7. Tussara de Mattos Rebelto	28	Telefonista
8. Giselle Furtado Schmitz	20	estagiária
9. Patricia Ventura	17	estagiária
10. Priscila Moraes		
11. Rubia Trippel	24	Tec. Telecomunic.
12. Juliana da Martins	25	funcionária-Tel.
13. Maria Tereza Oda	33	funcionária
14. Juliana G. Lissandro	34	funcionária
15. Dimeia Odete de Souza	31	estagiária
16. Carmen W. Dadald	41	Assist. Administr.
17. Cristiane S. Borengo da Silva	24	Tec. Telecomunicações
18. Wanckia S. Larias	38	Ass. Administrativo
19. Idene Maria Seque Frankeini	39	Ass. Administrativo
20. Priscila Rosa Feluberto	16	telefonista
21. Kelli Cristina Buller Pierrri	22	atendente de Serviço I
22. Lucenio Buens dos Reis	20	atendente de Serviço I
23. Daniela B. noal	19	Aq. Administrativo
24. SAMIRAS DO AMAREN	20	ASS. ADM III
25. Denise A. dos Santos	17	estagiária
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada aos funcionários da COMCAP, dia 05 de julho, no período matutino – com duração de 2 horas.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. m <sup>a</sup> do Carmo Ribeiro	46	Auxiliar operacional
2. Sueli Almeida Pedro	44	Auxiliar operacional
3. Perpétua E. C. de Almeida	43	Auxiliar operacional
4. Helena Gelme	55	Auxiliar operacional
5. Eliete da Silva Martins	47	Auxiliar operacional
6. Heloisa Ap. Vilhena	35	Auxiliar operacional
7. REGINA DE FATIMA	33	AUX. OPERACIONAL
8. NECI TEREZINHA	43	AUX. OPERACIONAL
9. J. M. Guimarães	50	aux de serviço
10. Anderson B. F. de Azevedo	41	aux de serviço
11. Tomazina da Rosa P. de Azevedo	38	aux operacional
12. Sônia Maria de Azevedo	44	aux de serviço
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada aos funcionários da COMCAP, dia 06 de julho, no período vespertino – com duração de 2 horas.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Elizabeth Cunha	40	Recepcionista
2. Mariana Regina C. Ricardo	46	Tec. Contabilidade
3. Dibora Silveira Lima	38	Pedagoga
4. Sereza Flávia Lopes de Souza	44	Assistente Administrativo
5. Noely R. Alves	42	Tec. Contabil
6. Rachel Pereira Garcia	43	Administradora
7. Janir Tereziusa Minetto	45	Administradora
8. Rosemary C. Zimmer	35	Aux. Administrativo
9. Rosane Jung Doneda	37	Bibliotecária
10. Joseane Ineli Alexandre Rosa	28	Aux. administ.
11. Maria Helena Caldeira	47	Secretária
12. Tânia da S. Homem	32	Tec. contábil
13. SÍDÉSIA JOANA FELICIO	31	AUX. ADM.
14. Mãe de Fátima M. J. Fette	20	Aux. Adm.
15. Aline de Souza	42	Aux. Adm.
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Escola Básica Manoel Dutra Bessa – Urubici, dia 08 de julho, no período vespertino – com duração de 2 horas.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Karine pereira melo	43 anos	estudante
2. Jucimara de Oliveira	17 anos	estudante
3. andréa aparecida andrade	14 anos	estudante
4. Jaiany Queremas de Oliveira	11 anos	estudante
5. Juliana Felicele laurido	13 anos	estudante
6. Juliana Zaidina	14 anos	estudante
7. Juliana da G. Martin	15 anos	estudante
8. MARCIA COSTA MOTA	31 ANOS	Do lar.
9. Rose M <sup>a</sup> Borá Thiel	32 anos	Mãe
10. Maria Jo. da Silva	14 anos	estudante
11. Ediane R. de Souza.	13 anos.	estudante
12. Quinia Cristine de Jesus.	14 anos	estudante
13. Daniela R. ANDRADE	14 anos	estudante
14. Marcia Felberuf	45 anos	mãe
15. marli Izolite Fiozabante	36 anos	mãe
16. margaret miguel silva	36 anos	mãe
17. Ervânia Dos Reis Oliveira Bordin	48 anos	mãe
18. Elvira F. de Jesus Davalino	63 anos	mãe
19. Marta Borges.	35 anos	Do lar.
20. Palmira De O Lima	57 anos	Do lar.
21. Belina Santos de Souza	58 anos	funcionária pública
22. Solite R. Sempran dos Santos	33 anos	agricultora
23. Darcil Jardimha J	38 anos	mãe
24. Terécia T. J. Pochst	32 anos	mãe
25. Marcia Fernandes	13 anos	estudante
26. Gláucia da Rosa	13 anos	estudante
27. Francini Israel	12 anos	estudante
28. Maria Aparecida de Barros	36 anos	mãe
29. Jonete Nedel Ribeiro	34 anos	do lar
30. Kátia C. Thiel	14 anos	estudante
31. Maria Felici J. Martin		
32. Ursine Zilli	12 anos	estudante

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Escola Básica Manoel Dutra Bessa – Urubici, dia 08 de julho, no período vespertino – com duração de 2 horas.

	NOME	IDADE	PROFISSÃO
1.	Bruna Lamerer	13 anos	estudante
2.	Silvana Pereira	13 anos	estudante
3.	Yésias Marques	15 anos	estudante
4.	Dominy dos Santos	13 anos	estudante
5.	Diogo A. meijir	14 anos	estudante
6.	Shelton Beckbauer	16 anos	estudante
7.	Marcelo Lins	13 anos	estudante
8.	Daniel Bachalar Gaspar	12 anos	Estudante
9.	Idesia Andrade da Silva	34	dular
10.	Terizimlea P. Jureco	33	dular
11.	Márcia Seleni Senna	51	do lar.
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Creche Ana Correa - Urubici, dia 08 de julho, no período noturno – com duração de 2 horas.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Palmira Ep. Palma	36 anos	Elucian S. gran
2. Eless Regina Lima	26	Domestica
3. Eliana do Nascimento	25	DOMESTICA
4. Neusa M <sup>o</sup> da Luz	35	Domestica
5. Geni dos Santos Cruz	29	Domestica
6. Olivi Laruzetti Borges	35	coordenadora de creche
7. Denis Oliveira	25	Domestica
8. Beatrizina Palmares	25 anos	Donzeira
9. Rosângela de Silva	27	Domestica
10. Angela M <sup>o</sup> das Santos	23 anos	Domestica
11. Sônia S. Muran	29 Anos	Donzeira
12. Teresinha N Martins	34 "	Cozinheira
13. Saldange dos Santos de Souza	27 "	Domestica
14. Vilza de Oliveira	42 "	Domestica
15. Rosch P Wolff	27	Domestica
16. Karla M. Nascimento Pira	19	Estudante
17. ALERIA DA SILVA	24	Domestica
18. Dagmar de Oliveira	23 anos	Domestica
19. Graciela de Santa Silva	29	Diarista
20. Inamete Costa Naira	27	Do lar -
21. GIOVANI DE SANTO	23	MILITAR
22. Sabte Aparecida Vieira Jardim		
23. Genilde R. B. Lagon	39	Do Lar
24. Almiria Antunes de	50	Costureira
25. Nelc das Graças Padilha	36	
26. Maria Cândida Andre Goubat	24	Do lar.
27. Francilina Ep. G. Bittencourt	30	Do lar.
28. Gláucia Bittencourt	26	Arquiteta
29. Saldangete P da Silva	36	Do lar.
30. Nádia Rita de C. B. Stang	30	Professora
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Creche Ana Correa - Urubici, dia 08 de julho, no período noturno – com duração de 2 horas.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Fátima da Souza Cruz	39 anos	Professora
2. Claudia M. Rodrigues Stange	27 anos	Professora
3. Amilge Terzintia Costa	22 anos	Professora
4. Edéja Borges Oliveira Lima	34 anos	Professora
5. Marlene das Graças Cerino	41 anos	Professora
6. Natia de L. da Silva	32 anos	Professora
7. Rita de Lúcia de Souza	32 anos	Professora
8. Otilia Luíza Lezzaris	37 anos	Professora
9. Sécia Jansen Silva	32 anos	Professora
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Comunidade do Espírito Santo – Rio Rufino, dia 09 de julho, no período vespertino – com duração de 2 horas.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Ester de Lourdes Coelho	36 anos	Dolar
2. Vandúlia A da Silva	29 anos	Professora 1
3. Rute P. Willemann	40	Agricultora
4. Maria Ap. Pellaccarini	51	agricultora
5. Juliana E. L. Sartor	21	Agente Social
6. Dêjda Pickler	48	Professora
7. Venídeh Antunes	24 anos	Dolar
8. Shirley J. W. Martinhago	41 "	merendeira
9. Maria do Carmo da Silva	50 "	doméstica
10. Lúcia	20 "	doméstica
11. Maureen de Lima	22	doméstica
12. Lucilene Silva Oliveira	25	Doméstica
13. Lucimar Silva Lima	30	Doméstica
14. Maria Helena de Jesus Da	33	Doméstica
15. Suzana Apacatama Lima	26	Doméstica
16. Reili Aparecida da Silva	37	Doméstica
17. Fereza da Silva Jersenti	57	agricultora
18. Rosene I. dos Santos	26 anos	Agricultora
19. Nezi Janita de Lima	49 anos	agricultora
20. Donizete da Silva Bonfim	57 anos	Lavrador
21. Helena Jorge Amorim	29 anos	agricultora
22. Antônia Jaceli da Silva	49 anos	agricultora
23. Margarida J. de Lima	49 anos	agricultora
24. Milita A. Willemann	50 anos	agricultora
25. Elreza da Silva	51 anos	agricultora
26. Myzetele G. Brera	39 anos	agricultora
27. Maristela Lima da Silva	20 anos	Doméstica
28. Carina de Lima	47	agricultora
29. Tereza Cláudia Cardoso	58 anos	Professora
30. Ana Maria Quitoff	37 anos	Aux. de Enfermeira
31. Rosa Rosa	58 anos	agricultora
32. Cecília Da Silva	37 anos	agricultora

Eliçia Rosa da Silva 35 anos agricultora.

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na Comunidade do Espírito Santo – Rio Rufino, dia 09 de julho, no período vespertino – com duração de 2 horas.

NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Cibele Martinhago	13	estudante
2. Karini D. Vieira	14	estudante
3. Francieli Martinhago	13	estudante
4. Betícia Miguel	15	estudante
5. Andréia de Souza	13	estudante
6. Geicehistina da Rosa	14	estudante
7. Patrícia Maccarini Moraes	12	estudante
8. Luciana Balduino Ghizoni	21	Prof.ª de Inglês
9. Maria Isabel Ferreira	13	estudante
10. Marilze Dias Oliveira	14	estudando
11. Aline Alexandre Santos	21	estudante.
12. Kátia Ferreira Melo	14	estudante.
13. Yanaina Luiza Apolinário	17	estudante
14. Andersonia de Souza	15	estudante
15. Rudimara da Silva	16	estudante.
16. Patrícia Moraes	14	estudante.
17. Jânia Andrade	29	do lar.
18. Aurea Baranzitti	39	do lar
19. Vilda Wróblewski	40	do lar
20. Zanai de Lapelini de Souza	56	Professora
21. Jaeti Lapelini Santos	50	Secretária de Educação
22. Lenata Apa Padoin	14	estudante.
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## LISTA DE PRESENÇA

Palestra realizada na COMCAP - Florianópolis, dia 12 de julho, no período vespertino – com duração de 2 horas.

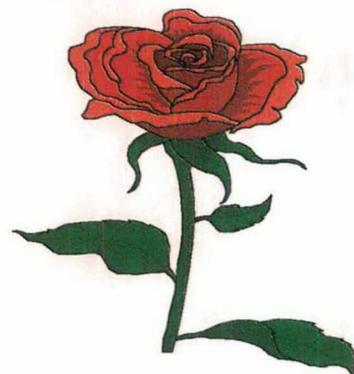
NOME	IDADE	PROFISSÃO
1. Elizabeth Estidendo Souza	37	auxiliar operacional
2. Amélia V. da Silva	47	
3. Vera	34	
4. Rogéria Aparecida R. Pereira	39	
5. Lúcia Maria D	50	
6. Paulo Roberto Pass	38	
7. Tânia	46	
8. Lígia Carriá	28	
9. Elene Giba da Silva	38	V
10. Marta Maria Ulineja	34	(
11. Maria de Lourdes Kermader	40	
12. M <sup>a</sup> de Lourdes Silva	33	auxiliar operacional
13. M <sup>a</sup> Leiria da Costa	60	
14. Guilhermina P. das Torres	40	Auxiliar operacional
15. Maria Isabel BRUDER	47	Auxiliar operacional
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

## **APÉNDICE 2**

# CÂNCER GINECOLÓGICO

- **Câncer Ginecológico** é uma doença que atinge os **órgãos sexuais femininos** (útero, ovário, trompas e vagina) e **os seios** (mamas).
- Há uma média de **45.000 casos de óbitos** por câncer de mama e/ou colo de útero a cada ano no Brasil. Muitas destas mortes podem ser evitadas se estas doenças forem descobertas bem no início, quando o tratamento tem mais chances de cura.
- No Brasil, o **câncer de útero é o segundo mais comum** na população feminina, sendo apenas superado pelo de mama. **Em 1997 foi responsável pela morte de 5.760 mulheres no Brasil.**
- Em Santa Catarina, segundo CEPON, em **1996** o câncer que apresentou **maior incidência** foi o de mama: **291 casos ( 36% )** dos casos registrados no sexo feminino, sendo que a idade média de ocorrência é aos **54 anos**.
- Ainda em Santa Catarina no ano de **1996**, o **câncer de colo de útero aparece em 135 casos ( 16% )** sobre o total de casos registrados, sendo a idade média de **46 anos**.

# CÂNCER DE MAMA



## 1. FATORES DE RISCO:

- História familiar de câncer mamário;
- Primeira gestação tardia (depois de 28 anos); não lactação;
- Nuliparidade;
- Disfunções hormonais (excesso de estrogênio);
- História de patologia mamária benigna (displasia mamária);
- Obesidade;
- Menarca precoce (antes de 16 anos)
- Menopausa tardia;
- Não lactação (amamentação);
- Estado nutricional rico em gordura (imunidade).



## **2. PRINCIPAIS SINAIS:**

- Qualquer nódulo na mama;
- Deformação ou alteração no contorno natural da mama;
- Retração ou desvio do mamilo;
- Saliência ou reentrância da pele da mama;
- Eczema em torno do mamilo ou da aréola;
- Perda de sangue ou pus pelo mamilo;
- Caroço duro na axila.

## **3. SINTOMAS DE ALARME:**

## **4. DIAGNÓSTICO PRECOCE:**

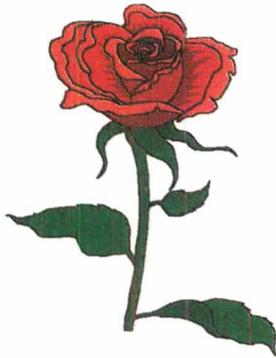
## **5. QUANDO COMEÇAR A FAZER O EXAME?**



## **6. COMO PREVENIR:**

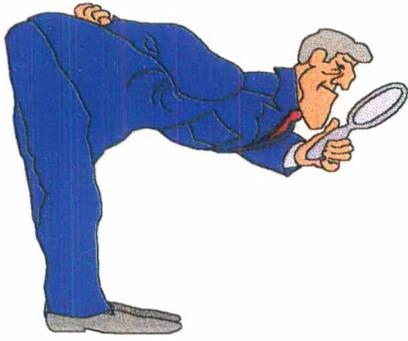
- Evitar bebidas alcóolicas;
- Evitar excesso de peso;
- Evitar alimentos ricos em gorduras;
- Coma alimentos ricos em Vitamina A;
- Evite a primeira gravidez após 30 anos;
- Use hormônios somente com acompanhamento médico;
- Fazer **auto-exame de mamas** mensalmente.

# CÂNCER CÉRVICO-UTERINO



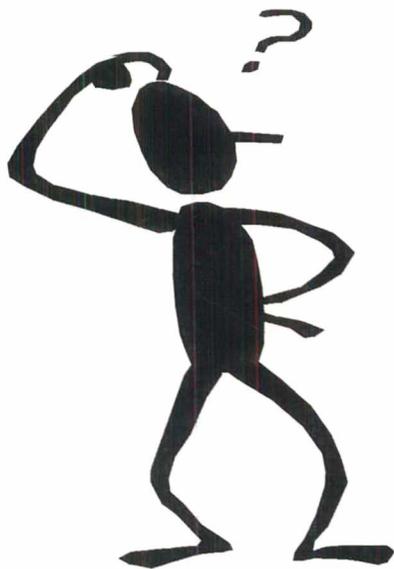
## 1. FATORES DE RISCO:

- Início precoce de relação sexual – antes dos 16 anos;
- Múltiplos parceiros;
- Falta de higiene íntima;
- Doença sexualmente transmitida (DST);
- Fumo diretamente relacionado com a quantidade de cigarros fumados;
- Carência nutricional de Vitamina A;
- Exposição ao Papiloma vírus, transmitido sexualmente;
- Baixo nível sócio – econômico.



## **2. PRINCIPAIS SINAIS:**

- Sangramento vaginal ou dor durante ou após a relação sexual;
- Corrimento vaginal fétido ou com sangue;
- Hemorragia vaginal.



## **3. QUANDO COMEÇAR A FAZER O EXAME?**



## **4. COMO PREVENIR:**

- Evite múltiplos parceiros;
- Realize higiene íntima adequada;
- Faça o exame Papanicolau anualmente;
- Não fume;
- Use camisinha.

## **ANÁLISE DE RESULTADOS – CA ÚTERO**

### **➤ Classes de citologia oncótica – PAPANICOLAU**

➤ MATERIAL INADEQUADO (SEM CLASSIFICAÇÃO)	0
➤ NEGATIVA PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS MALÍGNAS	I
➤ CÉLULAS ATÍPICAS PRESENTES (ATIPIA INFLAMATÓRIA, PORÉM NEGATIVO PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS MALÍGNAS)	II
➤ SUSPEITO PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS MALÍGNAS	III
➤ POSITIVO. ALTAMENTE SUGESTIVO PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS MALÍGNAS ( CA in situ”)	IV
➤ POSITIVO PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS MALÍGNAS (CA INVASOR)	V

### **➤ Classificação descritiva de acordo com Ministério da Saúde:**

➤ Negativo para células malignas	NIC I
➤ Atipias inflamatórias	NIC I
➤ Displasia leve	NIC I
➤ Displasia moderada	NIC II
➤ Displasia acentuada	NIC III
➤ Carcinoma in situ”	NIC III

## APÉNDICE 3



## MULHER: PREVINA-SE CONTRA O CÂNCER GINECOLÓGICO

Acadêmicas Enfermagem 8ª Fase - UFSC

Lisian, Janaina, Alessandra e Fernanda

Mulheres morrem de câncer de mama e/ou de colo do útero no Brasil. Muitas destas mortes podem ser evitadas se estas doenças forem descobertas bem no início, quando o tratamento tem mais chances de cura.

O câncer ginecológico é uma doença que atinge os órgãos genitais feminino (útero, ovário, trompas e vagina) e os seios (mamas). Os órgãos mais frequentemente acometidos são as mamas e o colo do útero. Se não descoberto no seu início, a doença poderá causar sérias conseqüências à saúde da mulher.

A mulher prevenirá o câncer ginecológico fazendo periodicamente o exame colpocitológico (exame preventivo), ou outros exames que poderão auxiliar no diagnóstico precoce deste tipo de câncer.

Quanto ao exame de mama, a própria mulher poderá fazer seu exame (auto-exame de mamas), uma vez a cada mês, uma semana após a menstruação. As mulheres que estão na menopausa, devem ter o hábito de fazer seu auto-exame também uma vez a cada mês, marcando um dia específico do mês para que não esqueçam. É bastante fácil a mulher conhecer seus seios, fazendo com que note qualquer espessamento, caroço ou secreção através do mamilo, palpando suas mamas.

O exame preventivo de câncer de colo de útero e de mama, podem ser feitos nos postos de saúde, hospitais, maternidades, com seu ginecologista ou nas Redes Femininas de Combate ao Câncer\*.

A seguir, conheça os passos do auto-exame de mamas:

- 1- **No banho procurando nódulos:** Examine suas mamas, durante o banho, pois as mãos deslizam mais facilmente sobre a pele molhada ou ensaboada. Com seus dedos esticados, pressione suavemente toda a superfície da mama, procurando alguma saliência, caroço ou espessamento. Utilize a mão direita para examinar a mama esquerda, e vice versa (Fig. 1).
- 2- **Em frente ao espelho, procurando modificações no formato das mamas:** Procure inchaço, depressão da pele ou alterações no mamilo de cada mama, em frente ao espelho, inicialmente com os braços caídos ao lado do corpo e depois com os braços para o alto, acima de sua cabeça. Poucas mulheres apresentam mamas exatamente iguais (Fig. 2).
- 3- **Deitada procurando nódulos:** Coloque a mão direita através de sua cabeça e com a mão esquerda e os dedos indicador e médio esticados, pressione suavemente a mama direita, com movimentos circulares, na periferia da mama e terminando no mamilo (Fig. 3)
- 4- **Procurando secreção do mamilo:** Aperte suavemente o mamilo de cada mama, com os dedos polegar e indicador. O aparecimento de secreção abundante ou sanguinolenta deverá ser relatado imediatamente a seu médico (Fig. 4).

Para qualquer sinal de anormalidade, procure seu médico.

\* Em Florianópolis - Rua Major Costa, 89 - Centro - Fone: 223-7722

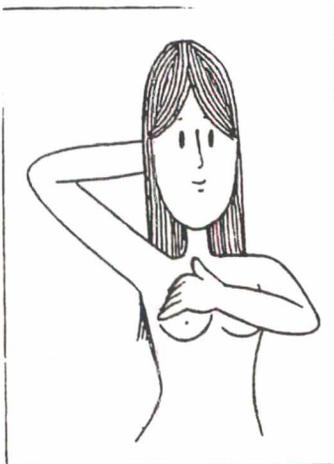


Fig. 1

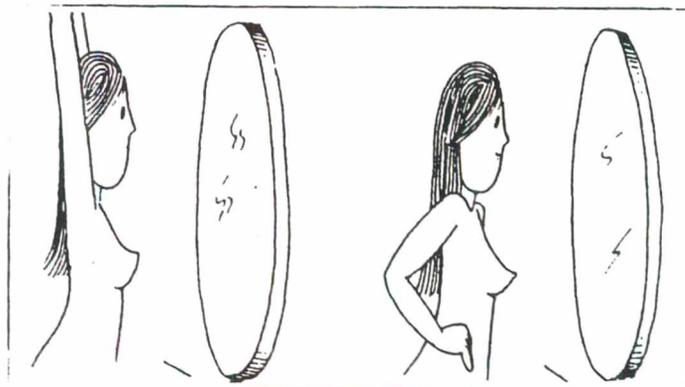


Fig. 2

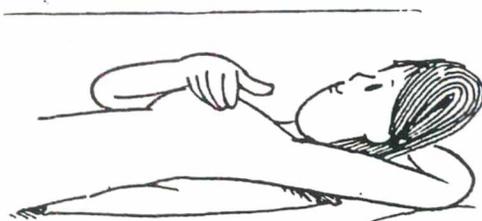


Fig. 3



Fig. 4

NOME:

DATA:

EVOLUÇÃO

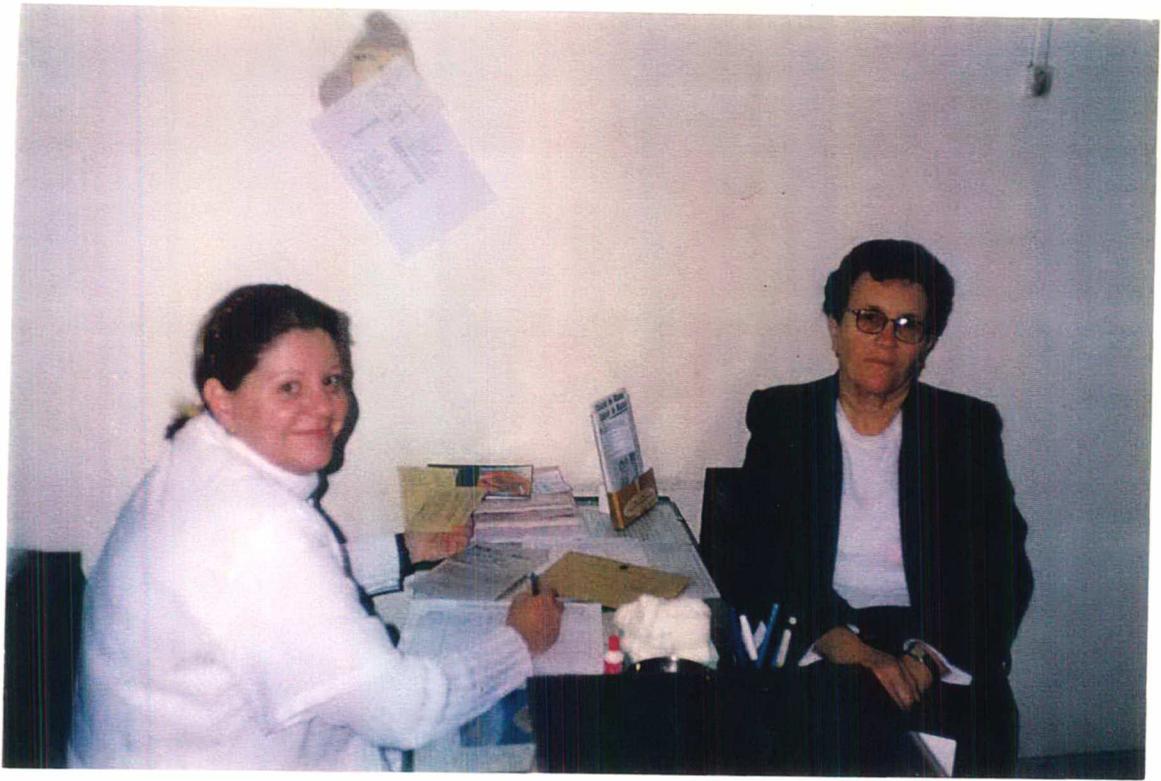
29.06.99

Eu, Maria Lófi Thiesen, autorizei durante meu exame ginecológico e consulta de enfermagem, que as acadêmicas de enfermagem, estagiárias de Preventivo de Câncer, fotografassem com propósito de ilustrar Trabalho de Conclusão.

Assinatura: Maria Lófi Thiesen

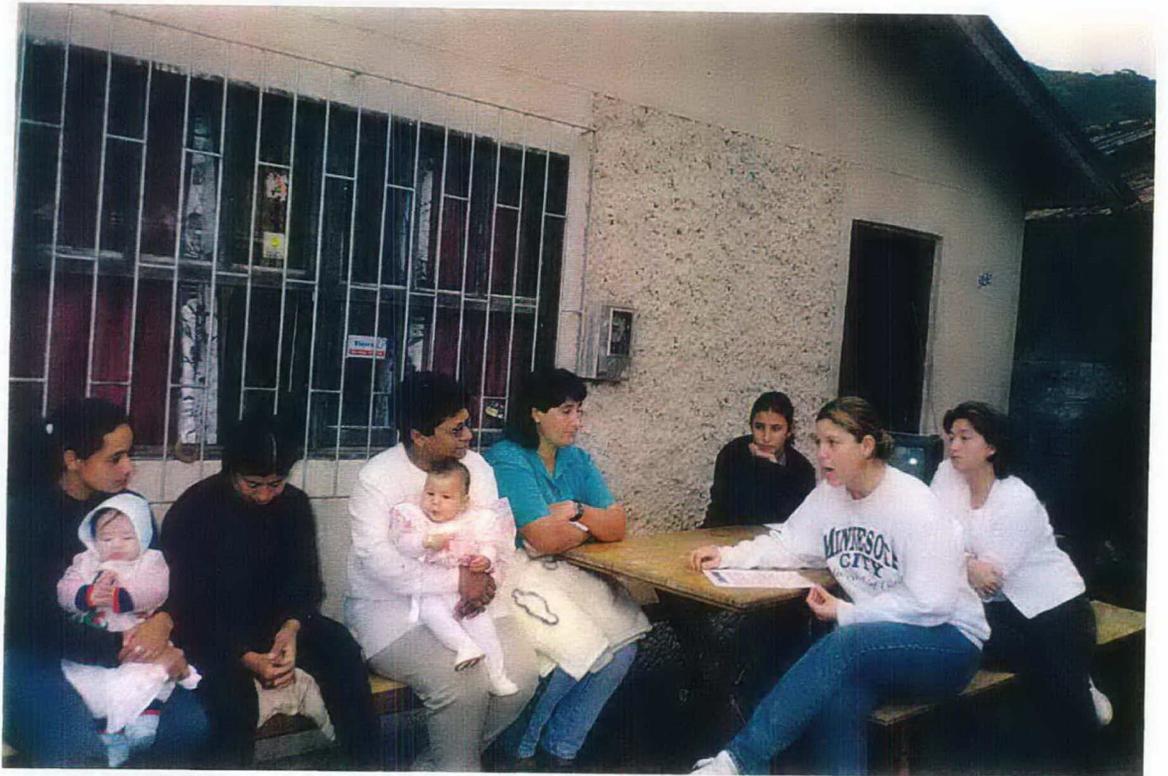
## APÉNDICE 5

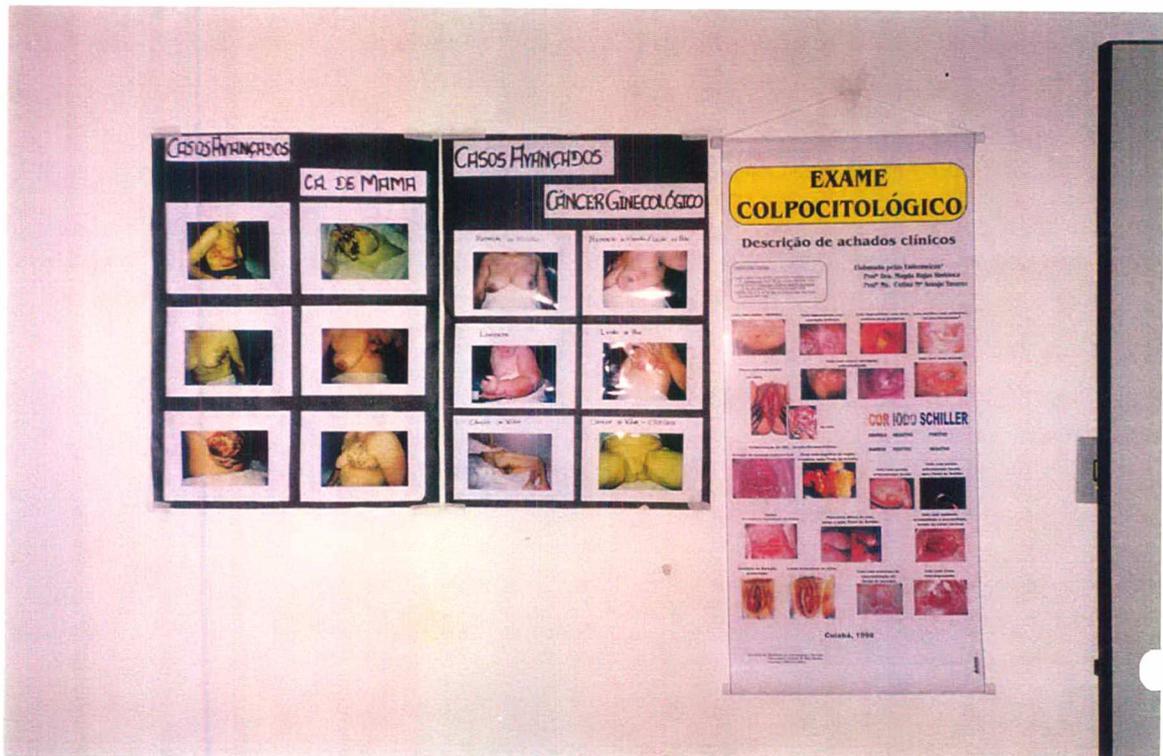












UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O RELATÓRIO

O relatório foi considerado pela banca avaliadora como de "ótimo nível", conclusivo e de acordo com a proposta estabelecida.

As correções sugeridas referiram-se tão somente à erros de digitação e reformulação na construção de algumas frases, o que foi feito pelas acadêmicas.

A nota final obtida pelas alunas na apresentação escrita e oral do relatório foi 10 (dez).

Data: 04, 08, 99

  
Assinatura