

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**A atitude e a utilização do exame colpocitológico como prática preventiva:
contribuições de enfermeiras vinculadas a duas instituições de saúde de
Florianópolis.**

Mestranda: Karin Cynthia Cardozo

Orientadora: Dr^a Maria de Lourdes de Souza
Co-Orientadora: Dr^a Vera Radünz

Florianópolis
Abril de 2001

Karin Cynthia Cardozo

**A atitude e a utilização do exame colpocitológico como prática preventiva:
contribuições de enfermeiras vinculadas a duas instituições de saúde de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de mestre. Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis

Abril de 2001



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

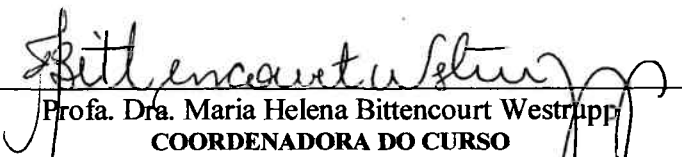
" A ATITUDE E A UTILIZAÇÃO DO EXAME COPOCITOLÓGICO COMO PRÁTICA PREVENTIVA: Contribuições de enfermeiras vinculadas a duas instituições de saúde de Florianópolis. "

AUTORA: Karin Cynthia Cardozo

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:


MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA




Prof.ª. Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp
COORDENADORA DO CURSO

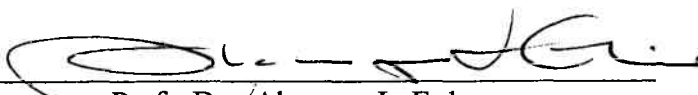
BANCA EXAMINADORA:



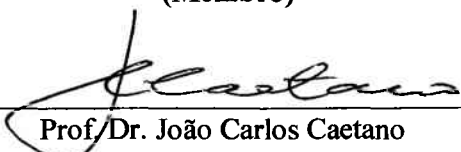
Prof.ª. Dra. Maria de Lourdes de Souza
(Presidente)




Prof.ª. Dra. Cleusa Rios Martins
(Membro)



Prof.ª. Dra. Alacoque L. Erdman
(Membro)



Prof. Dr. João Carlos Caetano
(Membro)



Prof.ª. Dra. Elza Berger Salema Coelho
(Suplente)

Não me deixe rezar por proteção contra os perigos,
mas pelo destemor em enfrentá-los.
Não me deixe implorar por alívio da dor,
mas pela coragem de vencê-la.
Não me deixe procurar aliados na batalha da vida,
mas a minha própria força.
Não me deixe suplicar com temor aflito para ser salvo,
mas esperar paciência para merecer a liberdade.
Não me permita ser covarde, sentindo sua clemência apenas no meu êxito,
mas me deixe sentir a força da sua mão quando eu cair.

Colhendo Frutos.
Rabindranath Tagore,
Apud Murad e Katz (1996).

AGRADECIMENTOS

Especialmente a Deus pelo dom da vida e por mostrar-se presente em cada momento desta, envolvendo-me com seu amor.

Aos irmãos Márcia, Helion, Claudine e José Ricardo pelo carinho, apoio e pelo auxílio na apresentação deste trabalho.

Aos meus pais, Helion Cardozo e Maria Lea, pelo carinho, incentivo, amor e por tantas horas de suas vidas dedicadas ao meu filho e a mim.

Ao meu querido filho, Jean Júnior, por superar minhas ausências em muitos momentos.

À orientadora Dr^a Maria de Lourdes de Souza pelo apoio, incentivo, tranquilidade, amizade e por ser alguém muito especial.

À co-orientadora Dr^a Vera Radünz pela colaboração, companheirismo e por iniciar-me na oncologia.

A todos os professores do Departamento de Pós-Graduação em Saúde Pública, especialmente à Dr^a Maria Helena Westrup Bitencourt.

Aos amigos e colegas da turma de mestrado 98.2, principalmente à Luciana, Salete, Conceição e ao Rubens.

Aos funcionários do CEPON e do Hospital Universitário, sem os quais esta pesquisa não seria possível.

A todos os meus amigos e amigas que compartilham do meu viver.

A CAPES pela provisão de recurso durante esta caminhada.

À Heloísa Côrtes Gallotti Peixoto pela dedicação em me auxiliar na sistematização dos dados.

À Silvia Modesto Nassar pelo auxílio no planejamento da amostragem.

Aos professores Nelson e Vera Blank por todo apoio durante o curso.

Aos funcionários da REPENSUL, em especial à Rosângela e ao Adriano, pela solidariedade manifestada em ações.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

Muito obrigado...

SUMÁRIO

Agradecimentos	v
Sumário	vi
Lista de Tabelas	viii
Resumo	x
Abstract	11
1 - Introdução.....	12
2 - Delimitação do Problema	16
2.1 O Câncer.....	16
2.2 Câncer Cérvico-Uterino	19
3 - Objetivos	22
4 - Metodologia	23
4.1 Delineamento do estudo.....	23
4.1.1 Características das Instituições definidas para o Estudo	24
4.1.1.1 CEPON	24
4.1.1.2 Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina	25
4.2 Tamanho da Amostra	25
4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	26
4.3 Coleta de dados	27
4.4 Análise dos dados	27
4.5 Compromissos Éticos.....	28
5 - Resultados e Comentários	29
5.1 Caracteres epidemiológicos da população de estudo.....	29
5.1.1 Faixa etária	29
5.1.2 Emprego.....	30
5.1.3 Renda <i>per capita</i>	30
5.1.4 Situação Marital.....	31
5.1.5 Número de Filhos	32
5.2 O Pensar e o Fazer na prevenção do câncer cérvico-uterino.....	33
5.3 Fatores de Risco	47
5.4 Cuidar do outro/Cuidar de si.....	59
6 - Conclusões.....	67

7 - Limitações e Compromissos.....	69
8 - Referências Bibliográficas.....	70
9 – Anexos.....	78
Anexo 1	79
Anexo 2	80
Anexo 3	81
Anexo 4	82
Anexo 5.....	84
Anexo 6	93
Anexo 7.....	95
Anexo 8	96

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS DA AMOSTRA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	29
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS DA AMOSTRA SEGUNDO SITUAÇÃO MARITAL E LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	31
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSIONAIS SEGUNDO A REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO E LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	36
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO CONHECIMENTO DO RESULTADO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO E O LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	40
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A GUARDA DO RESULTADO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO E O LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	41
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE REALIZAM O EXAME COLPOCITOLÓGICO E QUE POSSUEM PLANO DE SAÚDE. FLORIANÓPOLIS, 2000.	42
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS FACILIDADES/MOTIVAÇÕES ENCONTRADAS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO DE ACORDO COM O LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	43
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DO LOCAL MAIS COMUM PARA REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO DE ACORDO COM PLANO DE SAÚDE, FLORIANÓPOLIS, 2000.	45
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO, SEGUNDO O LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	46
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DE INÍCIO DE ATIVIDADE SEXUAL, SEGUNDO O LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	50

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS NO ÚLTIMO ANO, SEGUNDO LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	52
TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE POSSUEM O HÁBITO DE FUMAR SEGUNDO LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	54
TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ENFERMEIRAS QUE CONSIDERAM A IDADE COMO UM FATOR DE RISCO SEGUNDO LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	55
TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DA FAIXA ETÁRIA CONSIDERADA DE MAIOR RISCO PELAS PROFISSIONAIS, SEGUNDO LOCAL DE TRABALHO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	56
TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DAS PROFISSIONAIS SEGUNDO A REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO E O LOCAL DE TRABALHO.	58
TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DAS PROFISSIONAIS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO, FLORIANÓPOLIS, 2000.	59

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer a atitude e a prática de enfermeiras em relação à prevenção do câncer do colo do útero, bem como identificar se estas, como mulheres, conhecem os fatores de risco a que estão expostas.

Para isto foi realizado um estudo transversal com variáveis qualitativas e quantitativas, junto a profissionais enfermeiras de duas instituições de saúde de Florianópolis, sendo uma voltada ao atendimento de pacientes com diagnóstico de câncer e a outra um hospital geral centrado na assistência, no ensino e na pesquisa. Em ambos os grupos de 25 enfermeiras, não se observaram percentuais muito diferenciados quanto à atitude e à prática em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino. Sendo que estas reconhecem a importância do exame colpocitológico, pois 86% das profissionais realizam este, 68% na periodicidade de uma vez ao ano, 97,7% têm conhecimento do resultado e 72,1% guardam o mesmo consigo.

Quanto ao conhecimento dos fatores de risco, que como mulheres, as profissionais enfermeiras estão expostas, estas demonstraram não conhecer alguns fatores, e outros apesar de serem conhecidos, a atitude não condiz com a prática referida. Fatores como a multiplicidade de parceiros, doenças sexualmente transmissíveis e a idade demonstraram ser conhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

Em relação ao cuidar de si para cuidar do outro, 80% das enfermeiras do presente estudo concordam que o papel da Enfermagem é o cuidado ao ser humano; no entanto, apenas 66% das profissionais concordam que para cuidar eficazmente do outro, é preciso primeiro aprender a cuidar de si mesma.

Palavras Chaves: câncer cérvico uterino, enfermeira, prevenção, fatores de risco, cuidar de si, atitude.

ABSTRACT

This research had as its goal to become familiar with the attitude and the practice of nurses regarding uterine cancer prevention, and also to identify whether these nurses, as women, are aware of the risk factors to which they are exposed.

To that end, a cross-study was conducted having qualitative and quantitative variables, next to nurse professionals from two health institutions in the city of Florianópolis. One of these institutions offers attendance to patients with a cancer diagnosis, whereas the other is a general hospital centered on assistance, teaching and research. In both groups of nurses (n=25 each group) percentages were not too different as to attitude and practices regarding prevention of uterine cancer. These nurses are aware of the importance colpocytological exams have, as 86% of professionals perform this exam (68% once a year, 97.7% are informed of results, and 72.1% keep results filed).

As regards being informed of risk factors to which they are exposed as professionals, the nurses showed not to be knowledgeable on some of the factors, whereas in others, even when known, their attitude does not agree with practice. Factors such as the multiplicity of partners, sexually communicable diseases, and age are shown to be identified as risk factors for the development of uterine cancer.

As it refers to caring for oneself so as to be able to care for others, 80% of nurses in the present study agree on the role of nursing to be the care offered to human beings; nevertheless, only 66% of professionals agree that, to care efficiently for the other, one should learn first to care for oneself.

(Key words: Cervical-uterine cancer; nurse, prevention; risk factors; self care; attitudes).

1 - INTRODUÇÃO

Nos últimos séculos, com o avanço da ciência e da tecnologia, encontrou-se um tratamento eficaz para se obter a cura de muitas doenças consideradas incuráveis e males que afligiam a humanidade. No entanto, algumas patologias, entre elas o câncer, têm-se constituído no grande desafio a ser vencido. Conhecido desde a Antigüidade, pois, nos papiros egípcios já havia registros a seu respeito, o câncer continua a ser um problema por suas características nefastas. (Beyers e Dudas, 1989).

Mas, afinal, o que é o câncer? Como poderia ser conceituado?

Segundo Koifman (1995, p.143),

denomina-se câncer ao conjunto de doenças caracterizadas pela perda do controle no processo de divisão celular, gerando um contingente de células que apresentam crescimento anárquico, com perda da relação entre sua forma e função.

Murad e Katz (1996, p.3) conceituam o câncer como,

um tumor que se infiltra através das barreiras do tecido normal até as estruturas adjacentes, e então dissemina-se metastaticamente aos órgãos e tecidos distantes.

O câncer é um nome genérico que se dá a um grupo de doenças que tem em comum a presença de tumores malignos e é caracterizado pela alteração nos processos de divisão celular. O termo câncer é derivado do latim *cancer* e do grego *karkínos*. Ambos significam caranguejo. (Teixeira e Mendonça, 1998).

Segundo alguns autores o termo 'câncer' (caranguejo), relaciona-se com o fato de que este, através de suas patas, consegue penetrar facilmente na terra, assim como o câncer penetra e se locomove no interior do corpo humano. Entretanto, outros autores acham que o significado provém da associação entre os vários vasos sanguíneos presentes nos tumores externos e as várias pernas do caranguejo. Conforme os dizeres de Helena (1999, p. 1):

'O termo câncer remonta à Antigüidade, quando se descrevia a doença como massas enraizadas que aderiam aos tecidos como caranguejos. No meio científico, o termo 'câncer' ainda é aceito, mas vários autores usam o termo 'neoplasias malignas' para designar este grupo de doenças.

A patologia câncer, que para muitas pessoas simboliza tristeza, desespero e morte, para mim passou a ser de um significativo interesse de estudo desde 96. Quando, após assistir à apresentação da dissertação de mestrado da professora Vera Radünz, aos funcionários do Hospital Universitário, senti a importância do profissional de saúde em reconhecer em si a dimensão humana, sujeita também a doença. Na oportunidade a mesma enfatizou dois aspectos principais, quais sejam, 'cuidar de si, enquanto cuidador' e 'o enfoque da Enfermagem deve ser o cuidado ao ser humano e não unicamente a cura'.

No decorrer do ano de 1997 desenvolvi meu trabalho de conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC no Hospital do CEPON, prestando assistência de Enfermagem aos pacientes internados com diagnóstico de câncer e/ou família. A realização deste trabalho, na convivência com os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares, aumentaram minha inquietação sobre este assunto. A visualização da luta dos pacientes e os horrores decorrentes da doença, que povoam o imaginário popular, estariam contribuindo para um aumento da consciência preventiva na prática dos profissionais que trabalham na área de oncologia?

Portanto em 1999, a opção de desenvolver um projeto de pesquisa e posterior defesa da dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na UFSC, na área de prevenção do câncer cérvico-uterino, decorre de estudos anteriores e se fundamenta no que a seguir descrevo.

Mesmo sendo uma doença muito antiga, o cancer apresenta-se como um sério problema de saúde pública em nosso país, e segundo o Ministério da Saúde (1995), tem constituído-se em prioridade política nos programas de saúde.

Esta doença afeta pessoas de todas as idades, sexos, culturas e situações socioeconômicas. Os aspectos epidemiológicos das neoplasias malignas mostram-nos uma enfermidade comum a todas as comunidades, com repercussão econômica e de perdas de vidas. (Zancheta, 1993).

Para Vanzin e Nery (1997, p.21),

o câncer é caracterizado como um problema de Saúde Pública, controlável por ações de saúde e educativas, nos aspectos biológicos, estilo de vida, riscos auto-impostos e ambiente. No entanto, é necessário despertar a vontade política, a consciência coletiva e definir prioridades para reorientar a política de saúde, invertendo a hegemonia existente da atenção curativa para a preventiva.

O câncer enquadra-se no rol das doenças crônico-degenerativas¹, uma das mais temidas atualmente, mesmo sendo a única que apresenta real possibilidade de cura se diagnosticada precocemente. Isto ocorre, porque na maioria dos casos o câncer é diagnosticado em fase avançada, quando a cura já não é mais possível. Desta forma, ele continua a carregar o peso e o significado de morte.

Um dos cânceres que retrata bem este quadro é o câncer cérvico-uterino, pois este, possui altas taxas de incidência, prevalência e mortalidade entre as mulheres brasileiras, apesar de estar disponível na maioria dos serviços de atendimento á saúde, recursos para a realização do exame colpocitológico.

¹ Segundo Ministério da Saúde (1995, p. 7), Doença Crônico Degenerativa é uma doença que apresenta uma evolução prolongada e progressiva, exceto se for interrompida em alguma de suas fases. As Doenças Crônico Degenerativas em geral caracterizam-se por um longo período de latência; fase assintomática prolongada; envolvimento de múltiplos fatores de risco, com participação importante dos fatores ambientais; e ausência, na quase totalidade delas da interação entre espécies animais, além da humana, no seu quadro epidemiológico.

Exame este, eficiente na detecção precoce e eficaz na redução destas taxas. Isto é enfatizado por Lopes (1995, p.505),

o câncer cérvico-uterino no Brasil, ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, apresenta altas taxas de mortalidade e morbidade, em decorrência dos diagnósticos serem, geralmente, feitos em estágios avançados, apesar deste tipo de câncer ser facilmente diagnosticado e apresentar altas taxas de cura quando esse diagnóstico é feito precocemente.

Sendo que a Enfermagem tem se caracterizado como a arte e a ciência de desenvolver o cuidado ao ser humano, e por reconhecer que este cuidado engloba a promoção, prevenção, tratamento e a reabilitação, e, além disso, considerando que os enfermeiros desempenham um papel fundamental no encaminhamento e realização do exame colpocitológico, os questionamentos que suscito nesta pesquisa são assim constituídos:

Sendo as enfermeiras uma categoria privilegiada, pelo acesso às informações na área e pelas possibilidades para a realização do exame colpocitológico, elas reconhecem a importância deste e o realizam periodicamente?

As profissionais reconhecem esse exame como uma forma eficaz de prevenção ao câncer?

Conhecem alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino?

Reconhecem ser importante primeiro aprender a cuidar de si para depois cuidar do outro?

Através desses questionamentos e com a concretização deste trabalho, viso contribuir para a reflexão acerca da importância da prevenção e da detecção precoce do câncer cérvico-uterino, e sobre as possibilidades de mudança de hábitos no que se refere ao cuidar de si, pois, os profissionais enfermeiros muitas vezes se constituem modelos quanto a atitudes e práticas de clientes, familiares e amigos.

2 - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 O CÂNCER

O câncer é uma doença que desde a Antigüidade carrega o fardo de mitos, fantasias e temores. O termo câncer geralmente é associado a palavras como: dor, sofrimento e morte. Isto também é acentuado por Murad e Katz (1996), quando afirmam que, desde o tempo de Hipócrates os pacientes reagem com medo, angústia e desespero ao diagnóstico de câncer. E isto ocorre, principalmente, devido ao crescente aumento na incidência dessa doença e também à letalidade de alguns tipos de câncer.

A Organização Mundial da Saúde estima que para o ano 2000, no mundo todo, ocorrerão mais de 10 milhões de casos novos de câncer. (Boyle, 1997 citado pelo Ministério da Saúde, 2000a). E estes números não podem ser olhados com indiferença por quem trabalha na área da saúde.

Teixeira e Mendonça (1998) afirmam que nos últimos sessenta anos a proporção de câncer aumentou progressivamente, dobrando nos países de alta renda *per capita* (...)

O quadro brasileiro não é muito diferente, pois, ao se analisar as taxas de mortalidade das macrorregiões do país, o câncer encontra-se em diferentes posições, mas sempre incluído entre as quatro primeiras causas de morte (Ministério da Saúde, 1997).

E a tendência é que a situação torne-se ainda mais complicada, haja vista que, com o aumento da expectativa de vida da população brasileira entre homens e mulheres, que no início do século era de menos de 35 anos e ao final dele será de aproximadamente 70 anos, aumenta também, o número de pessoas que passam a compor as faixas etárias que apresentam maior risco de desenvolver um câncer. Isto porque o câncer é uma patologia que ocorre predominantemente

na população adulta, sendo que sua incidência, prevalência e mortalidade aumentam à medida que, aumenta a vida média da população. (Ministério da Saúde 1997).

Rouquayrol (1988), citado pelo Ministério da Saúde (1995, p. 7), enfatiza que,

o aumento da esperança de vida implica não só uma maior chance de exposição aos diversos fatores de risco presentes no ambiente para determinada doença (relação causa efeito), como também uma exposição mais prolongada a estes fatores (relação entre dose e efeito).

A estimativa do número de casos novos no Brasil para o ano 2000, considerando ambos os sexos, é de 284.205. Estes se distribuem da seguinte forma, de acordo com a localização primária: 42.305 de câncer de pele, não-melanoma; 28.340 de câncer de mama; 17.251 de câncer de colo de útero, 19.860 de câncer de estômago; 20.082 de câncer de pulmão; 13.473 de câncer de cólon e reto; 14.830 de câncer de próstata; 10.890 de câncer de boca; 8.941 de câncer de esôfago; 6.826 de leucemias, melanoma e 101.407 de casos novos de outros. Há ainda a estimativa de 113.959 óbitos por câncer no Brasil para este mesmo ano, entre homens e mulheres. Estes óbitos, segundo a localização primária do tumor, distribuem-se em: 10.700 por câncer de estômago; 14.522 por câncer de pulmão; 8.245 por câncer de mama; 3.625 por câncer de colo de útero; 6.725 por câncer de cólon e reto; 5.162 por câncer de esôfago; 6.850 por câncer de próstata e 50.193 por outros tipos de câncer (Ministério da Saúde 2000a). Estas taxas foram estimadas a partir de dados de registro de base populacional (RCBP), hospitalar (RHC) e os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. (Ministério da Saúde 2000a).

As estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 habitantes e de número de casos novos e de óbitos por câncer em homens e em mulheres, segundo localização primária para a Região Sul, encontram-se em anexo. (Anexo 1).

Para Santa Catarina, a estimativa para o ano 2000 no número de casos novos de câncer, considerando-se ambos os sexos e a localização topográfica, é de: 1.030 de câncer de pele não melanoma; 1.290 de câncer de traquéia, brônquios e pulmão; 760 de câncer de estômago; 640 de

câncer de mama; 440 de câncer de próstata; 430 de câncer de colo de útero; 400 de câncer de cólon e reto; de um total de 10.170 casos novos. Neste mesmo estado e ano, a estimativa do número de óbitos, considerando-se ambos os sexos e a localização topográfica, é de: 30 por câncer de pele não melanoma; 660 por câncer de traquéia, brônquios e pulmão; 250 por câncer de mama; 460 por câncer de estômago; 130 por câncer de colo de útero; 210 por câncer de cólon e reto; 210 por câncer de próstata; de um total de 4.510 óbitos. (Ministério da Saúde 2000a).

O câncer tem-se caracterizado como um problema de saúde pública, pois, apesar da tecnologia existente para o diagnóstico precoce, na maioria das vezes, este diagnóstico é feito quando a doença já se encontra em um estágio avançado e incurável. Isto é ressaltado pelo Ministério da Saúde (1995), quando informa que, mesmo com a incorporação dos avanços técnicos e científicos, o coeficiente de mortalidade por câncer no Brasil não tem se modificado nos últimos cinquenta anos. Isto demonstra que a grande preocupação centra-se na cura das doenças e não na tentativa de preveni-las.

Daniel (1983), afirma que, apesar de ocorrerem grandes descobertas a fim de ajudar o homem a manter e a recobrar a saúde, as tentativas de prevenir as doenças ainda são ofuscadas pela tendência de tratá-la. É, pois, necessário modificar a mentalidade curativa que se encontra embutida na população, nos profissionais e nas instituições de saúde, buscando torná-la mais preventiva.

Como o câncer é uma doença crônica, o Ministério da Saúde (1995) relata que os investimentos nas áreas de prevenção e diagnóstico precoce poderiam trazer um maior benefício social e econômico.

Mas, um grande contingente de pessoas não tem consciência sobre as medidas de prevenção e detecção precoce e, por isso, nas últimas décadas, tem-se destacado a importância atribuída ao câncer cérvico-uterino, devido aos indicadores de risco e coeficientes encontrados. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (1992), citado por Lopes (1996), este tipo de câncer vem apresentando um aumento importante em todas as camadas sociais, encontrando-se como segunda localização topográfica de mortalidade cadastrada entre as mulheres no Brasil.

Cunha (2000) afirma que, mesmo com a evolução tecnológica da medicina e principalmente os avanços na área de conhecimento oncológico, o câncer do colo do útero permanece com sua incidência em ascensão em nosso país.

2.2 CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

O câncer cérvico-uterino vem merecendo destaque entre os programas de saúde da mulher no Brasil, haja vista que, apesar de existir o exame colpocitológico que, permitindo a detecção precoce, deveria influenciar as taxas de mortalidade por este tipo de câncer, isto não ocorre. Teixeira e Mendonça (1998) relatam que, na América Latina os coeficientes de ocorrência de câncer variam muito de um país para o outro, coexistindo importantes contrastes. Os registros brasileiros de câncer foram os que mantiveram as mais altas incidências de câncer de colo de útero no mundo, ao passo que em outros países, como Porto Rico, foi observada redução rápida na incidência desse mesmo tipo de tumor maligno.

Nos dados do Ministério da Saúde (2000a) é possível reconhecer que o câncer cérvico-uterino merece atenção especial, pois as maiores taxas de incidência entre as mulheres brasileiras são: as neoplasias de mama (33,58/100.000), pele (24,17/100.000), colo do útero (20,48/100.000) e estômago (7,3/100.000).

A estimativa para o ano 2000 do número de casos novos de câncer de colo de útero nas mulheres brasileiras é de 17.251, de um total de 145.450. E a estimativa do número de óbitos por câncer de colo de útero é de 3.625, de um total de 52.437. Em Santa Catarina a estimativa para o ano de 2000 no número de casos novos de câncer de colo de útero é de 430, de um total de 4.850. E a estimativa do número de óbitos por câncer de colo de útero é de 130, de um total de 1.830. (Ministério da Saúde 2000a).

Neste mesmo estado, a relevância da temática é apontada por Peixoto (1997, p.76), onde a autora utiliza como indicador: Anos Potenciais de Vida Perdidos-Apvp (que põe em relevo a mortalidade prematura), esta constatou que,

independente do critério utilizado (quantidade de óbitos ou Apvp tolhidos), as duas principais localizações de neoplasias como causa de morte em mulheres em Santa Catarina em 1995, são: Câncer de mama e o de colo de útero. No entanto, observa-se que com a utilização do indicador Apvp, aumenta a importância relativa desses dois grupamentos: As neoplasias de mama, que representam 15,6% do total de óbitos, são responsáveis por 17% do total de Apvp, e as de colo de útero passam de 9,6% do total de óbitos, para 12,4% dos Apvp.

Sendo assim, verificamos que não só a mortalidade deve ser destacada, mas também os anos potenciais de vida perdidos, pois, através deste índice, é possível visualizar os problemas que o câncer cérvico-uterino pode acarretar, visto que demonstra a mortalidade prematura de mulheres. Através da tabela (Anexo 2), da referida autora, podemos observar que apesar de o câncer de colo do útero aparecer em segundo lugar, como causa de óbito no ano de 1995 em Santa Catarina, este diminui mais os anos potenciais de vida de cada uma de suas vítimas do que o câncer de mama. Enquanto o câncer de mama responde por uma perda de 18,6 anos, o câncer de colo do útero responde por uma perda de 22,2 anos. Esta diminuição dos anos potenciais de vida perdidos acaba por acarretar implicações socioeconômicas graves, tendo em vista que, as mulheres, atualmente, além de realizarem suas tarefas domésticas, são responsáveis também, em sua grande maioria, por auxiliar ou até mesmo por manter o orçamento financeiro da família.

A tabela de mortalidade em Florianópolis (Óbitos por Residência, por faixa etária, segundo ano do Óbito), por Neoplasia Maligna do Colo do Útero no período de 1996 a 1998, segue em anexo (Anexo 3). Nos dados desta tabela podemos observar que no ano de 96 houve um total de 10 óbitos por neoplasia maligna do colo do útero em Florianópolis, em 1997 houve em total de 08 óbitos e em 1998 houve 13 óbitos.

Porém, estas estimativas e taxas poderiam ser diferentes caso fossem implementados programas de prevenção e detecção precoce, que garantissem o acesso e qualidade dos serviços em todo o território Nacional. Segundo o Ministério da Saúde (2000b), o controle do câncer do colo do útero no Brasil representa atualmente um dos grandes desafios para a saúde pública, pois,

as ações de prevenção do câncer do colo do útero não trouxeram impacto sobre a incidência e mortalidade. Os dois principais motivos relacionados à esta falta de impacto, é a inexistência de uma política nacional que permita a articulação das diferentes etapas de um programa de forma equitativa em todo o país, e a avaliação adequada dos resultados obtidos.

Campos (2000), afirma que o câncer do colo uterino é uma das raras moléstias malignas que obtém um índice de cura de 100% quando diagnosticado precocemente. Demonstrando desta forma a importância de programas adequados para se alcançar à redução das taxas de incidência e mortalidade.

Murphy (1996) relata que,

“como resultado de la detección realizada mediante examen citológico cervicovaginal (ECCV) con el método de Papanicolaou (Pap), el riesgo de desarrollar un cáncer cervical a lo largo de la vida has disminuido en las mujeres tanto de raza blanca como de raza negra”.

O contexto relativo ao câncer justifica a escolha do tema de estudo, direcionado pelos seguintes objetivos.

3 - OBJETIVOS

a) Conhecer a atitude e a prática das enfermeiras em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino como um dos caminhos para cuidar de si.

b) Identificar se as enfermeiras, como mulheres, reconhecem os fatores de risco para desenvolvimento do câncer cérvico-uterino a que estão expostas.

Com a perspectiva de concretizar o alcance destes objetivos, foi eleita uma metodologia para o estudo, descrita na seção seguinte.

4 - METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Optou-se por realizar um estudo com delineamento transversal. Este tipo de desenho é concebido por Pallás e Villa (1991 p.15) como,

“los estudios en los que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo. Estos datos pueden corresponder a la presencia, ausencia o diferentes grados de una característica o enfermedad, como ocurre, por ejemplo, en los estudios de prevalencia de una enfermedad en una comunidad determinada, o bien examinar la relación entre diferentes variables en una población definida en un momento del tiempo determinado”.

Para a definição por este tipo de estudo foi levado em conta, principalmente, trabalhar com variáveis qualitativas e quantitativas (Anexo 4), no processo de conhecer a realidade da Enfermagem de uma instituição de ensino (Hospital Universitário) e de outra da especialidade relativa ao câncer (CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas), em relação à prática do exame colpocitológico e reconhecimento de fatores de risco.

Segundo Minayo (1989), citada por Vieira (1998) sabe-se que em,

uma amostra quantitativa, definida a população busca-se um critério de representatividade numérica, que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Numa busca qualitativa preocupamos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão em relação, seja ao grupo social, a uma organização, a uma instituição, a uma política ou a uma representação. Seu critério não é numérico.

4.1.1 CARACTERÍSTICAS DAS INSTITUIÇÕES DEFINIDAS PARA O ESTUDO

4.1.1.1 CEPON

O CEPON é uma instituição que presta serviço público de referência no tratamento de pacientes com diagnóstico de câncer no Estado de Santa Catarina; é também, Centro de Referência da Organização Mundial da Saúde para Cuidados Paliativos no Brasil. Esta instituição é mantida por recursos de uma Fundação Privada, a FAHECE (Fundação de Apoio ao Hemosc e CEPON).

Atualmente o CEPON é designado como órgão central do Sistema Estadual de Oncologia, estabelecendo suas competências como órgão de caráter normativo, coordenador e controlador da política, ações de prevenção, controle e tratamento das oncopatologias.

O CEPON é constituído por três unidades distintas e em diferentes endereços: um Hospital, um ambulatório e uma Unidade de Transplante de Medula Óssea e tem como missão desenvolver ações na área de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer, conscientizando a população e os profissionais da saúde através da informação, capacitação e treinamento.

O Hospital do CEPON localiza-se a rua General Bittencourt nº 326. Este Hospital é o antigo Hospital de Apoio, que passou por uma ampla reforma. Foi inaugurado no dia 11 de setembro de 1996, tendo sido planejado para oferecer um tratamento humanizado ao paciente com diagnóstico de câncer e a sua família.

O Hospital do CEPON destina-se à internação de pacientes clínicos oncológicos, onco-hematológicos e que necessitam de cuidados paliativos, adolescentes e adultos de ambos os sexos. Tem capacidade para 43 leitos e uma equipe de aproximadamente 124 funcionários, sendo 17 enfermeiros.

O Ambulatório do CEPON, que se localiza na rua Irmã Benwarda, 205, é vinculado ao Sistema Estadual de Oncologia, tendo por responsabilidade uma programação terapêutica ambulatorial.

A Unidade de Transplante de Medula Óssea localiza-se no 4º andar do Hospital Governador Celso Ramos, possuindo 12 leitos e uma equipe de 8 enfermeiros. É destinada ao tratamento de pacientes com diagnósticos confirmados de leucemia e que tenham indicação para este procedimento.

Em todo o seu quadro profissional, o CEPON possui 30 profissionais enfermeiros.

4.1.1.2 Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

O Hospital Universitário é um hospital geral de referência pública e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde, tendo como finalidade, além da assistência, o ensino e a pesquisa. Foi inaugurado em 2 de maio de 1980, sendo programado, projetado e construído para cumprir as diretrizes recomendadas pela Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura.

Com área física total construída de 25.185m² divididos em quatro pavimentos, conta com 304 leitos (58 não ativados). Presta atendimento ambulatorial, emergencial (emergência adulto, pediátrica e triagem obstétrica), cirúrgico (centro cirúrgico e obstétrico), e internações (clínicas médicas, cirúrgicas, pediátrica, alojamento conjunto/puerpério e neonatologia), e de tratamento intensivo (UTI, UTI neonatal e gestante de alto risco) e tratamento dialítico, além de possuir serviços diagnósticos e terapêuticos.

Em seu quadro de funcionários possui 1.224 servidores, dentre os quais 101 enfermeiros.

4.2 TAMANHO DA AMOSTRA

Adotou-se para a presente pesquisa o sorteio aleatório e uma Amostragem de Duplo Estágio: intencional e uniforme. O tamanho da amostra foi calculado segundo a validade e

fidedignidade de escalas de Medida de Nunnally², sendo multiplicada a constante 3 por “n”, onde “n” é o número de questões relacionadas a um determinado item.

Desta forma, a amostra desta pesquisa foi composta por 50 enfermeiras, sendo 25 enfermeiras funcionárias do CEPON e 25 enfermeiras funcionárias do Hospital Universitário.

Para o sorteio foi utilizado um cadastro dos setores de Recursos Humanos de ambas as instituições; a partir desses cadastros, cada nome recebeu um número, procedendo-se, depois, a um sorteio. Foi sorteado um maior número de enfermeiras, formando-se uma “lista de reservas” a que se recorria quando, por algum motivo (férias, licença maternidade, entre outros), a enfermeira “sorteada” estivesse afastada da instituição.

Todas as enfermeiras do Hospital Universitário que foram sorteadas aceitaram prontamente participar da pesquisa.

No CEPON, uma enfermeira recusou-se a participar da pesquisa, sendo respeitado o seu direito de não participar, tendo sido substituída por outra, componente da lista de reservas.

4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeira funcionária do CEPON ou do Hospital Universitário, do sexo feminino, com idade entre 25 a 60 anos (idade preconizada pelo Ministério da Saúde como de maior risco de desenvolvimento de câncer cérvico-uterino) e que não tiveram um diagnóstico positivo de câncer cérvico-uterino no decorrer de sua vida.

Os critérios de exclusão utilizados foram: os enfermeiros do sexo masculino do CEPON e do Hospital Universitário, funcionária do sexo feminino com idade inferior a 25 anos e superior a 60 anos e funcionárias que já tiveram um diagnóstico positivo de câncer cérvico-uterino.

² Orientação explicitada por Dra. Silvia Nassar, professora do Departamento de Ciências Estatísticas e de Computação – UFSC.

Uma enfermeira do CEPON não participou desta pesquisa, porque no decorrer de sua vida apresentou um diagnóstico positivo de câncer cérvico-uterino.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de um questionário (Anexo 5) que possuía duas partes bem distintas e que continha 80 questões.

A primeira parte, contendo 24 questões, versou sobre dados sociodemográficos (idade, número de empregos, renda familiar, situação marital) e dados relativos à prática do exame colpocitológico, dificuldades e facilidades/motivações para a realização, e alguns fatores de risco.

Para a segunda parte, com o intuito de verificar a atitude das enfermeiras, foi construída uma escala de Likert, contendo 46 questões. Esta escala proposta por Likert, em 1932, mede atitudes e tem como principal característica o fato de que a seleção de frases que compõem a escala é feita pelo investigador, que procura construir frases que manifestem claramente apenas dois tipos de atitudes – uma claramente favorável e outra claramente desfavorável – em relação a um mesmo objeto. A medida da atitude do sujeito é dada pelo seu posicionamento diante do conjunto destas frases radicais. (Vala e Monteiro, 1993).

Para coletar os dados, o questionário foi entregue às enfermeiras em seus locais de trabalho, com o comprometimento das mesmas em devolvê-los respondidos em data posterior definida.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

No processo de armazenar os dados optou-se pelo *software* Epi-info, que é um programa para microcomputador usado para manusear dados epidemiológicos em formato de questionário e, também, para organizar planos de estudo e resultados em um texto para a constituição de relatórios escritos. O Epi-info pode também formar a base para banco de dados de um amplo

sistema com vários tipos de arquivos e registros. O Epi-info é um *software* de domínio público (Ministério da Saúde, Apostila Epi-info).

Para análise dos dados, aplicou-se a análise univariada das informações, calculando-se as medidas de tendência central e percentagens.

4.5 CONPROMISSOS ÉTICOS

De ordem administrativa: formalização da autorização nas instituições para realização da pesquisa junto aos profissionais (Anexo 6), com compromisso de retorno da pesquisadora para apresentação dos resultados da pesquisa aos profissionais da instituição.

Obtenção do consentimento livre, esclarecido junto aos profissionais, mediante compromisso de confidencialidade das informações (Anexo7).

Utilização de pseudônimos para identificação dos entrevistados, assegurando o direito à privacidade.

5 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS

5.1 CARACTERES EPIDEMIOLÓGICOS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

5.1.1 FAIXA ETÁRIA

A idade das enfermeiras da amostra variou de 25 a 53 anos, sendo que a média foi de 34 anos. A mediana e a moda foram respectivamente 35 e 37 anos.

Tabela 1 - Distribuição das enfermeiras da amostra segundo faixa etária e local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Faixa etária	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
25-34	13	52%	11	44%	24	48%
35-44	10	40%	11	44%	21	42%
45-54	02	08%	03	12%	05	10%
TOTAL	25	100%	25	100%	50	100%

Os achados da tabela 1 sugerem que as amostras sejam equivalentes com relação à faixa etária das profissionais, embora o grupo do CEPON tenha apresentado maior percentual (52%) na faixa etária de 25-34 anos, enquanto o do Hospital Universitário apresentou uma percentagem de (44%) nas faixas etárias de 25-34 e 35-44 anos. Portanto, ambas as amostras constituíram-se em

sua grande maioria de mulheres jovens, pois 48% destas situam-se na faixa etária de 25-34 anos, 42% na faixa etária de 35-44 anos e apenas 10% na faixa etária de 45-54 anos.

Fincando um interrogante – seria assim, em termos de faixa etária, a composição do quadro de enfermeiros das duas instituições? Se assim o for, ressalta-se a importância de um programa que impulse o comportamento preventivo, pois se tratam de faixas etárias consideradas oportunas para a prevenção.

5.1.2 EMPREGO

No que diz respeito ao emprego, 60% das profissionais enfermeiras das duas instituições possui somente um emprego, 34% possui dois empregos e 6% possui três empregos. Considerando-se que as amostras estudadas são referentes a mulheres e que, para desenvolver o comportamento preventivo faz-se necessário à disponibilidade de tempo, o resultado encontrado se constitui em alerta. Isto porque, pode ser considerado como um componente de risco, o fato de 40% das profissionais, integrantes da amostra, trabalharem em mais de um emprego, limitando o tempo para desenvolver práticas preventivas para si e para a própria família.

5.1.3 RENDA PER CAPITA

A renda *per capita* da família das profissionais deste estudo variou de R\$ 250,00 a 2.500,00 reais, sendo que a média foi de R\$ 830,39; a mediana foi de R\$ 750,00 e a moda foi de R\$ 1.000,00. Através destes dados podemos sugerir que a média em número de salários mínimos foi de aproximadamente 6 salários, a mediana de aproximadamente 5 salários e a moda de aproximadamente 7 salários mínimos.

Tendo em vista que esta amostra foi composta por profissionais com nível de escolaridade superior completo, e considerando que 58% destas possuem 1 ou mais filhos, podemos sugerir que os salários são de complementaridade no orçamento familiar. Sendo este provavelmente um dos fatores que levam a 34% das profissionais terem 2 empregos e 6% terem três empregos.

5.1.4 SITUAÇÃO MARITAL

Na situação marital foi verificado que 56% das profissionais são casadas, 30% são solteiras, 12% são separadas e 2% são viúvas, conforme podemos observar na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das enfermeiras da amostra segundo situação marital e local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Situação Marital	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
Casada *	11	44%	17	68%	28	56%
Separada **	04	14%	02	08%	06	12%
Solteira	10	40%	05	20%	15	30%
Viúva	00		01	4%	01	02%
TOTAL	25	100%	25	100%	50	100%

* Compreende as casadas no civil e as com contrato verbais.

** Compreende as desquitadas, separadas e divorciadas.

Os dados da tabela 2 permitem sugerir que a amostra de profissionais do CEPON apresenta o dobro de profissionais solteiras (40%) em relação à amostra de profissionais do Hospital Universitário. Já a amostra do Hospital Universitário por sua vez, apresenta um percentual maior entre as profissionais casadas (56%) do que no CEPON (40%).

Atualmente, o maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino está relacionado ao comportamento sexual da mulher do que com a situação marital desta. Isto porque, a cultura brasileira, e os hábitos de vida de cada região interferem no comportamento sexual da mulher assim como a situação marital. Entretanto, qualquer programa de prevenção deve abranger os homens, haja vista, que a sexualidade exercitada pelos parceiros pode contribuir para definir o nível de risco que a mulher pode estar convivendo, tenha ela consciência ou não. Esta questão é

reforçada pela citação do Ministério da Saúde (2000 b), de que o aparecimento do câncer do colo do útero tem relação com a transmissão sexual.

5.1.5 NÚMERO DE FILHOS

Em relação ao número de filhos das profissionais, houve uma variação de 1 a 4 filhos, sendo que a média foi de 2 filhos, a mediana de 1 filho e a moda de 1 filho.

Das 50 profissionais enfermeiras que participaram desta pesquisa, 29 profissionais referiram ter filhos, sendo que, a distribuição do número de filhos destas, encontra-se demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição do número de filhos das profissionais de acordo com local de trabalho.

Número de filhos	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
01	09	60%	06	42,9%	15	51,7%
02	05	33,3%	05	35,7%	10	34,5%
03	01	6,7%	02	14,3%	03	10,4%
04	00		01	7,1%	01	03,4%
TOTAL	15	100%	14	100%	29	100%

Os dados da tabela 3 permitem visualizar que a amostra de profissionais do CEPON apresenta um percentual maior em relação a ter apenas um filho 60%, enquanto a amostra de profissionais do Hospital Universitário apresenta um percentual de 42,9%. Em relação a ter 2 filhos as amostras foram semelhantes, o Hospital Universitário (35,7%) e o CEPON (33,3%). Mas àquelas que tiveram 3 ou mais filhos, a amostra do Hospital Universitário apresentou uma maior percentagem (21,4%) do que a amostra do CEPON (6,7%).

A multiparidade tem sido reconhecida como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, dentre os autores, Chaves (1986), relata que esta variável não tem sido levada na devida consideração em muitos trabalhos estatísticos.

Além disso, foi verificado nas amostras de profissionais, se estas possuíam algum familiar com história de câncer cérvico-uterino. Foi encontrado que 94% das profissionais referiram não ter conhecimento de diagnóstico de câncer em suas próprias famílias, enquanto que, 6% da população constituinte deste estudo, referiram que o câncer cérvico uterino já incidiu em algum membro de sua família. Cabe aqui ressaltar que, todas as profissionais que referiram história de câncer cérvico uterino em algum familiar, realizam o exame colpocitológico atualmente.

5.2 O PENSAR E O FAZER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

O câncer, mesmo sendo conhecido desde a Antigüidade em várias sociedades e mencionado desde então por várias fontes, vem ganhando uma dimensão qualitativamente distinta neste século, convertendo-se num problema de saúde pública mundial, incluindo o Brasil (Koifman, 1995).

No Brasil o câncer constitui-se em um importante problema de Saúde Pública, principalmente em consequência da maior exposição do brasileiro a fatores de risco ambientais e das modificações nos hábitos de vida, em associação ao aumento do número de pessoas idosas, decorrente da maior expectativa de vida da população. O câncer cérvico-uterino e o de mama constituem-se as principais causas de óbitos por câncer na população feminina. (Ministério da Saúde, 1994).

Neste estudo, ao se questionar as enfermeiras sobre o fato de o câncer cérvico-uterino ser uma das principais causas de morte por câncer entre a população feminina brasileira, obtivemos os seguintes resultados: da amostra de enfermeiras do CEPON 72% concordaram plenamente, 22% concordaram em parte, e na amostra de enfermeiras do Hospital Universitário 64% concordaram plenamente, 14% concordaram em parte e 12% não tinham opinião sobre o assunto.

Entre as duas amostras houve uma semelhança entre as percentagens. No total, apenas 68% das profissionais enfermeiras relacionaram o câncer cérvico-uterino como uma das principais causas de morte feminina, sendo uma percentagem relativamente baixa, haja vista que este tipo de patologia vem apresentando um crescente aumento em sua taxa de mortalidade, conforme enfatiza Lopes (1995, p. 508):

O câncer cérvico-uterino invasor é uma das causas de morte mais freqüente na população feminina brasileira.

Teixeira e Mendonça (1998, p. 164) também acentuam isto quando colocam que,

no sexo feminino os mais altos coeficientes de mortalidade por câncer foram devidos aos tumores de colo de útero e mama.

Para Lopes (1995), o câncer cérvico-uterino deve ser reconhecido pelos planejadores de saúde como um problema de saúde pública prioritária no Brasil e alvo de programas de prevenção e controle. Isto se torna, sobretudo importante, se atentarmos ao fato de que o exame colpocitológico permite localizar no colo uterino as lesões pré-malignas e o carcinoma invasivo inicial, em mulheres com citologia anormal, sendo que, o mesmo se caracteriza pelo baixo custo e pela alta eficiência na diminuição dos coeficientes de mortalidade.

Chaves (1986, p.57), enfatiza que:

O exame preventivo, em massa, do câncer do colo do útero tem sido realizado como método de rotina em muitos países. A diminuição da incidência e da mortalidade do câncer do colo do útero, traduz a grande eficiência desse método planejado.

Com relação à afirmativa de que o principal benefício do exame colpocitológico é a detecção precoce do câncer cérvico-uterino, as enfermeiras entrevistadas posicionaram-se da seguinte maneira: 92% das enfermeiras vinculadas ao CEPON concordaram plenamente, 4% concordaram em parte e 4% não tinham opinião; das enfermeiras vinculadas ao Hospital Universitário 88% concordaram plenamente e 12% concordaram em parte. As duas amostras, em

seu conjunto, são semelhantes quanto à concordância plena, no entanto, nos chama a atenção o fato de uma pequena percentagem dentre as enfermeiras entrevistadas e vinculadas ao CEPON (4%) não apresentar opinião acerca da pergunta, haja vista que, trabalham em uma instituição especializada em oncologia. No total 90% das enfermeiras estão de acordo com esta afirmativa e reconhecem que o principal benefício do exame colpocitológico é a detecção precoce. Murad e Katz (1996, p.199) referem à importância deste exame quando afirmam que,

a mortalidade pelo câncer de colo uterino tem decaído consideravelmente nos países desenvolvidos nos últimos 40 anos, devido ao aumento significativo de casos em que o mesmo é detectado precocemente, e em sua maioria nas fases pré-malignas. A disseminação do exame citológico preventivo de Papanicolaou, foi o principal responsável por esta redução, não só pela sua eficácia, mas também pela facilidade de seu emprego e por seu baixo custo.

No entanto, nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, este tipo de tumor continua a apresentar um considerável aumento em suas taxas de mortalidade. Isto se deve, provavelmente, à deficiência dos programas de saúde, à falta de orientação da população e à baixa aderência da população feminina ao exame colpocitológico.

O controle do câncer depende, essencialmente da atuação dos profissionais nas áreas da promoção da saúde (que diminui a incidência) e do diagnóstico precoce (que diminui ou retarda a mortalidade), caminho pelo qual se consegue modificar a realidade epidemiológica desta patologia.

Destaca-se aqui que, de modo empírico, é reconhecido que a maior percentagem dos integrantes da Equipe de Saúde são os trabalhadores de Enfermagem, sendo, pois, importante que estes profissionais encontrem-se capacitados e informados a respeito da promoção, prevenção e métodos de detecção precoce.

Neste estudo, ao questionar as enfermeiras de que todos os profissionais de enfermagem, independentemente da área de atuação, devem estar comprometidos com a promoção e prevenção

do câncer cérvico-uterino; 84% das profissionais do CEPON concordaram plenamente, 12% concordaram em parte e 4% discordaram em parte; quanto às do Hospital Universitário, 56% concordaram plenamente e 44% concordaram em parte. Do total estudado 70% das profissionais concordaram plenamente com a afirmação e com a citação de White (1987), apud Zanchetta (1993), de que o papel do enfermeiro no campo de prevenção e detecção precoce é especial (...).

Isto ocorre porque, muitas vezes, o enfermeiro é tido como modelo de vida por outras pessoas, em suas atitudes referentes ao cuidado consigo. Patrik (1981), citado por Radünz (1999b) enfatiza que clientes, amigos, colegas e familiares observam quais atitudes, comportamentos, e atividades de cuidado consigo mesmo, são empreendidos pelo enfermeiro tanto no âmbito profissional quanto pessoal. E muitas vezes, estes observadores espelham-se nestas atitudes e comportamentos, resultando daí a grande responsabilidade do agir destes profissionais de saúde.

Neste estudo obteve-se informação sobre a prática das enfermeiras em relação à realização do exame colpocitológico, conforme é registrado na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das profissionais segundo a realização do exame colpocitológico e local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Realização do Exame Colpocitológico	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
Não	03	12%	04	16%	07	14%
Sim	22	88%	21	84%	43	86%
TOTAL	25	100%	25	100%	50	100%

Os dados da tabela 4 sugerem que o percentual de profissionais da amostra do CEPON (88%) é equivalente ao contingente de profissionais do Hospital Universitário (84%), no que se refere a uma maior preocupação em relação ao diagnóstico precoce do câncer cérvico uterino e o cuidar de si enquanto mulher. No conjunto das profissionais 86% referiram realizar o exame

atualmente, sendo que o ideal seria que 100% destas realizassem, principalmente por tratar-se de pessoas que tem acesso à informação e nível superior de escolaridade. O percentual de não realização do exame pode estar relacionado a vários motivos, que não foram avaliados neste estudo.

Num estudo realizado no Chile, por Espinoza e Salinas (1986), sobre a utilização da técnica do Papanicolaou entre profissionais da área de saúde, foi constatado que, de 234 profissionais, apenas 34% destas praticavam periodicamente este exame. A população deste estudo era composta por médicos, 'matronas', 'enfermeras' e 'tecnólogos médicos'. A população do presente estudo é composta exclusivamente por enfermeiros, sendo provável que este seja um dos motivos da diferença observada. Lopes (1995) constatou que as variáveis, grau de escolaridade e renda familiar, foram as de maior influência em relação ao esclarecimento e frequência de realização do exame colpocitológico.

Além disso, outro fator importante para análise é a periodicidade com que as pessoas realizam o seu exame colpocitológico.

Neste estudo, 43 profissionais referiram realizar o exame atualmente, no entanto, 47 profissionais dentre o total estudado responderam ao questionamento referente à periodicidade. Isto ocorreu, provavelmente porque as que realizam numa periodicidade com intervalo de tempo maior, consideraram-se como não realizando o exame atualmente.

Nos dados apresentados na tabela 5 no que se refere à periodicidade do exame colpocitológico, pode se observar que o maior percentual foi para uma vez ao ano (68%), sendo (78,3%) das profissionais da amostra do Hospital Universitário e (58,3%) das profissionais da amostra do CEPON. Na periodicidade de duas vezes ao ano foi observado um maior percentual na amostra do CEPON (29,2%) do que na amostra do Hospital Universitário (13%). Podemos observar ainda que na amostra do CEPON (12,5%) realizam o exame uma vez a cada dois anos e (8,7%) da amostra do Hospital Universitário realizam uma vez a cada três anos.

Tabela 5 - Distribuição da periodicidade de realização do exame colpocitológico segundo local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Periodicidade	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
2 x ano	07	29,2%	03	13%	10	22%
1 x ano	14	58,3%	18	78,3%	32	68%
1 x a cada 2 anos	03	12,5%	00		03	06%
1 x a cada 3 anos	00		02	8,7%	02	04%
TOTAL	24	100%	23	100%	47	100%

Ao serem questionadas se o exame colpocitológico deve ser realizado anualmente, das profissionais do CEPON, 64% concordaram plenamente, 24% concordaram em parte e 12% discordaram em parte. No entanto, observamos estas informações comparando-as com aquelas que a profissional referiu em termos de sua realização em si mesma, encontramos diferenças importantes. Do conjunto de profissionais 58% realizam anualmente seu exame, apesar de 64% do total terem concordado plenamente de que o exame colpocitológico deve ser realizado anualmente. Das profissionais do Hospital Universitário, 80% concordaram plenamente e 20% concordaram em parte. Neste grupo de enfermeiras observamos que praticamente quase a mesma percentagem das que concordaram plenamente (80%) realizam o seu exame anualmente (78,3%). Os dados obtidos sugerem que, na prática, pode haver diferenças entre o que se concebe e o que se pratica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2000b), o exame colpocitológico deve ser realizado numa periodicidade de três anos após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano. Em nenhum dos questionários foi referida pelas profissionais esta periodicidade, provavelmente por falta de conhecimento das normas ministeriais ou pelo viés do instrumento de coleta de dados, haja vista que, não foi incluída uma pergunta específica sobre a recomendação da periodicidade no questionário. Será que as profissionais não reconheciam a norma ministerial que

preconiza a periodicidade do exame colpocitológico porque os próprios serviços não divulgam como deveriam? Como não reconhecer uma norma que pode contribuir para reduzir tantos riscos se os profissionais são responsáveis pelo encaminhamento e pela educação para saúde de clientes, amigos e da população em geral?

Campos (2000), afirma que a periodicidade adotada, atualmente pela OMS é de um exame colpocervicocitológico a cada três anos, considerando-se a evolução biológica do câncer cervical.

Ao serem questionadas sobre o fato de que a equipe de enfermagem deve estar comprometida com a prevenção do câncer ginecológico, através da informação e do encaminhamento da população feminina ao exame colpocitológico, foi verificado que tanto as profissionais do CEPON como as do Hospital Universitário concordaram plenamente em 84% das respostas e que 16% concordaram em parte. Desta forma, observamos que as profissionais estão cientes de seu papel enquanto educadoras em saúde. Assim ressaltamos a importância destas conhecerem os métodos de prevenção e diagnóstico precoce, e partir para sua aplicação prática.

Segundo Bielemann (1997, p. 25):

O ponto fundamental frente à questão do câncer é o diagnóstico precoce. Sua ocorrência reverte em benefício do paciente, da família e da sociedade, uma vez que, sendo realizado tardiamente, restringe o horizonte da cura. Bauer et al (1991) asseveram que o 'diagnóstico tardio ofusca a esperança das pessoas' e contribui para manutenção e aumento do estigma da sociedade, de que o câncer não é curável (...).

Por isto mesmo não basta a realização do exame colpocitológico, faz-se necessário conhecer o resultado do exame. Por isto, buscamos esta informação cujos resultados são constantes na tabela 6.

O que sugere o fato de realizar o exame, mas não conhecer o resultado? Na prática, sugere dentre outras possibilidades: a falta de preocupação com o seu autocuidado; a falta de preparo profissional para a prevenção; a não valorização do exame como um recurso técnico; a baixa

estima e pouca valorização da própria saúde; falta de acessibilidade aos resultados; a falta de preparação dos serviços de saúde para responder pelo comportamento preventivo em relação ao câncer. Estes questionamentos, provavelmente podem contribuir para entender os resultados obtidos e transcritos na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo conhecimento do resultado do exame colpocitológico e o local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Conhece o resultado	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
Não	01	4,5%	00	0%	01	2,3%
Sim	21	95,5%	21	100%	42	97,7%
TOTAL	22	100%	21	100%	43	100%

Os dados da tabela 6 demonstram que 100%, ou seja, todas as profissionais da amostra do Hospital Universitário que realizam o exame colpocitológico conhecem o resultado deste. Já na amostra de profissionais do CEPON 95,5% que realizam o exame conhecem o resultado, apenas 4,5% é que não conhecem. No conjunto de todas as profissionais que realizam o exame atualmente 97,7% conhecem o resultado, demonstrando uma preocupação com este componente preventivo também.

Procuramos verificar se as profissionais que realizam o exame colpocitológico guardam consigo o resultado deste.

Os resultados da tabela 7 sugerem que uma percentagem um pouco maior do CEPON (72,7%) em relação ao Hospital Universitário (71,4%) guardam o resultado do seu exame consigo. No total 72,1% das profissionais guardam o resultado do seu exame, 27,9% que não guardam. Guardar consigo o resultado é um direito de toda mulher, pois, esta deve ter conhecimento e acesso a todas as informações referentes ao seu corpo.

Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com a guarda do resultado do exame colpocitológico e o local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Guarda resultado	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
Não	06	27,3%	06	28,6%	12	27,9%
Sim	16	72,7%	15	71,4%	31	72,1%
TOTAL	22	100%	21	100%	43	100%

Ao serem questionadas se a guarda do resultado do exame colpocitológico⁸ deve ser de responsabilidade da mulher, 60% das profissionais do CEPON concordaram plenamente, 32% concordaram em parte, 4% não tinham opinião e 4% discordaram em parte. No entanto, na prática 72,7% das profissionais guardam seus resultados. Quanto às profissionais do Hospital Universitário, 48% concordaram plenamente, 44% concordaram em parte e 8% discordaram em parte, porém, 71,4% destas guardam os seus resultados. No total 54% concordaram plenamente de que a guarda do resultado é de responsabilidade da mulher, e do total das entrevistadas 72,1% das profissionais guardam seus exames consigo. Aqui notamos que a atitude difere do que ocorre na prática, pois, mesmo com a grande maioria das profissionais guardando o resultado do seu exame consigo, apenas 54% concordam plenamente que a guarda do resultado deve ser de responsabilidade da mulher. Quais seriam os fatores que contribuiriam para que estas profissionais, não considerassem que a mulher é responsável pela guarda do resultado do exame? Não seria uma contradição este posicionamento uma vez que a grande maioria das profissionais entrevistadas conhece e guarda seus próprios exames? Quais seriam as reais possibilidades que as mulheres, de maneira geral, teriam em guardar seus exames de saúde com as condições de habitação que grande parte da população tem?

Além disso, procuramos reconhecer também se o fato de possuir um plano de saúde interferia na realização do exame colpocitológico. Os resultados encontram-se na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição de profissionais que realizam o exame colpocitológico e que possuem plano de saúde. Florianópolis, 2000.

Realiza Exame	Plano de Saúde				TOTAL	
	Não		Sim		N	F
Não	02	16,7%	05	13,2%	07	14%
Sim	10	83,3%	33	86,8%	43	86%
TOTAL	12	100%	38	100%	50	100%

Através dos resultados encontrados e apresentados na tabela 8, é possível observar que 86,8% das profissionais que realizam o exame colpocitológico, possuem plano de saúde. No entanto, 83,3% das profissionais que não possuem plano de saúde, também realizam o exame. Portanto, embora haja no Brasil uma tendência de mobilização social para privatização da saúde, incentivo aos planos de saúde, ao observarmos os dados parece que o fato de não possuir um plano de saúde não se mostrou um impedimento para realização do exame colpocitológico. Pensamos que outros fatores provavelmente são mais importantes para realização do exame e que não foram buscados neste estudo.

Assim fica a pergunta – por quê 13,2% das profissionais de ambas as amostras, mesmo possuindo plano de saúde não realizam o exame periodicamente? Portanto, o fato de possuir um plano de saúde por si só, não interfere na prática preventiva, sendo necessário uma conscientização da importância do cuidar de si.

A existência de um plano de saúde não oferece à mulher suporte preventivo diferenciado, uma vez que não se conhece em Santa Catarina programas ou projetos de prevenção no contexto de tais planos. É possível também, que a prevenção e a educação para a saúde ainda sejam concebidas como responsabilidade do estado.

Ao serem questionadas com relação às facilidades/motivações encontradas para realização do exame, obtivemos os resultados conforme segue na tabela 9. Das 50 profissionais que

participaram desta pesquisa, 47 destas relataram as facilidades/motivações encontradas para realização do exame colpocitológico, no entanto, 3 profissionais não responderam a este questionamento.

Tabela 9 - Distribuição das facilidades/motivações encontradas para realização do exame colpocitológico de acordo com o local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Facilidades	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
Acesso	11	45,8%	09	39,2%	20	42,6%
Importância	01	4,2%	02	8,7%	03	6,4%
Nenhuma	02	8,3%	01	4,3%	03	6,4%
Obrigação	00		01	4,3%	01	2,0%
Saúde/Prevenção	10	41,7%	10	43,5%	20	42,6%
TOTAL	24	100%	23	100%	47	100%

Os resultados da tabela 9 demonstram que as amostras de ambas as instituições são equivalentes em termos da frequência de facilidades/motivações encontradas para a realização do exame colpocitológico. O fácil acesso para a realização do exame foi o que alcançou um maior percentual entre as duas amostras, sendo 45,8% no CEPON e 39,1% no Hospital Universitário. O cuidado com a saúde (prevenção) ficou com um percentual de 41,7% na amostra do CEPON e 43,5% na amostra do Hospital Universitário, sugerindo que a amostra de profissionais do Hospital Universitário demonstra uma maior preocupação com relação ao cuidado com a saúde. Em relação à importância, observa-se que apenas 4,2% das profissionais da amostra do CEPON relataram, enquanto que, na amostra de profissionais do Hospital Universitário foi de 8,7%. As profissionais do Hospital Universitário, integrantes deste estudo, apesar de uma percentagem considerada pequena, destacam a importância quanto à realização do exame colpocitológico em relação à amostra do CEPON.

É importante assinalar que 8,3% das profissionais da amostra do CEPON relataram que não encontram nenhuma facilidade/motivação para realização do exame colpocitológico. Mesmo o fato de conviverem com pacientes com diagnóstico de câncer no seu trabalho diário, não as mobiliza a cuidar de si de modo preventivo, onde o diagnóstico precoce é algo muito importante?

O percentual da amostra do Hospital Universitário foi de 4,3% das profissionais que relataram não encontrar nenhuma facilidade/motivação para realização do seu exame colpocitológico.

Estes dados possibilitam deduzir a importância do acesso para realização do exame colpocitológico, como é ressaltado pelas profissionais que participaram deste estudo, conhecedoras da necessidade deste para detecção precoce do câncer cérvico-uterino. Assim sendo, o acesso ao exame colpocitológico deveria ser uma das prioridades dos programas de atenção a saúde da mulher, e o acesso à informação também.

Isto é acentuado por Barbosa (1986, p.306) que ressalta a importância do acesso da população em sua citação, quando afirma que,

a oportunidade do diagnóstico em câncer, está relacionada com o nível de educação em saúde da população, a qualidade dos serviços médicos, sua acessibilidade à população, os componentes culturais da população e sua atitude frente à doença.

Neste estudo procurou-se verificar também os locais onde as profissionais amostradas geralmente realizam o exame colpocitológico. Apesar da obtenção de 50 respostas em relação ao local de realização do exame, apenas 43 profissionais realizam o exame atualmente, portanto, subentende-se que mesmo as que não estão realizando este atualmente, relacionaram o local onde costumam ou costumavam realizar o exame colpocitológico.

Tabela 10 - Distribuição do local mais comum para realização do exame colpocitológico de acordo com plano de saúde, Florianópolis, 2000.

Local de realização	Plano de Saúde				TOTAL	
	Não		Sim		N	F
Centro de Saúde	02	16,7%	00		02	04%
Clínica Particular	05	41,6%	33	86,8%	38	76%
Hospital SUS	03	25%	02	5,3%	05	10%
Outros	02	16,7%	03	7,9%	05	10%
TOTAL	12	100%	38	100%	50	100%

Os dados da tabela 10 sugerem que os maiores percentuais encontrados entre as amostras de profissionais que possuem plano de saúde, e as que não possuem plano de saúde, encontra-se na realização do exame colpocitológico em clínica particular (76%), e isto se deve, provavelmente por este local permitir o agendamento de data e horário para realização do exame, favorecendo em certo grau a superação da falta de tempo que é uma das dificuldades encontradas para a realização deste exame (tab11). Da amostra de profissionais que não possuem plano de saúde, (25%) realizam o seu exame colpocitológico em Hospital do Sistema Único de Saúde, enquanto que, as que possuem plano de saúde uma percentagem bem menor (5,3%) realizam neste local.

Apenas 16,7% das profissionais que não possuem plano de saúde, utilizam os Centros de Saúde para realização do seu exame colpocitológico, e das que possuem plano de saúde, nenhuma destas utilizam este serviço. Sendo importante salientar que, nos três níveis de atenção a saúde do Sistema Único de Saúde, os Centros de Saúde são considerados pertencentes ao nível de atenção primária, ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde e responsável principalmente pela promoção da saúde e prevenção de doenças, mas neste caso, é utilizado como um dos últimos recursos para realização do exame colpocitológico.

Verificou-se também, quais as dificuldades encontradas para a realização do exame colpocitológico, pelas profissionais, sendo demonstrado na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das dificuldades encontradas para a realização do exame colpocitológico, segundo o local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Dificuldades	Local de trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
	N	F	N	F	N	F
Desconforto	01	4%	02	8,3%	03	6,1%
Esquecimento	00		02	8,3%	02	4,1%
Marcação de consulta	03	12%	02	8,3%	05	10,2%
Nenhuma	16	64%	16	66,8%	32	65,3%
Falta de Tempo	05	20%	02	8,3%	07	14,3%
TOTAL	25	100%	24	100%	49	100%

Os dados da tabela 11 possibilitam observar que a maioria das profissionais amostradas (65,3%) de ambas as instituições, relataram não encontrar nenhuma dificuldade para a realização do seu exame colpocitológico, sendo que, a amostra de profissionais do Hospital Universitário (66,8%) apresentou-se um pouco mais elevada do que a amostra de profissionais do CEPON (64%). Isto vem ao encontro dos dados da tabela 4, pois 86% das profissionais realizam o exame colpocitológico atualmente. As dificuldades que se apresentam e que merecem atenção estão relacionadas à falta de tempo (14,3%), sendo que, na amostra de profissionais do CEPON o percentual é mais elevado (20%) do que na amostra de profissionais do Hospital Universitário (8,3%), e a marcação de consulta (10,2%), e este, quando distribuído nas duas amostras, revela que a amostra de profissionais do CEPON também apresenta um percentual um pouco mais elevado (12%) em relação aos (8,3%) da amostra de profissionais do Hospital Universitário. Com relação à dificuldade relacionada à falta de tempo, não se pode esquecer que 34% das enfermeiras estudadas têm dois empregos e que 6% tem três empregos. Isto certamente se constitui em dificuldade, porque o tempo é reservado mais para cuidar dos outros do que de si mesmas.

Isto é enfatizado por Radünz (1999 b), quando afirma que,

o enfermeiro é um profissional que cuida do outro e que recebeu formação voltada para tanto. No exercício do cuidado, entretanto, o enfermeiro está exposto ao risco da co-dependência, ou seja, cuidar do outro e ignorar suas próprias necessidades, preocupar-se com os outros e esquecer-se de si, procurar resolver todos os problemas dos outros e não conseguir resolver os seus, não estando consciente da necessidade de cuidar de si porque gasta toda sua energia no cuidado do outro.

5.3 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer têm sido ressaltados por vários estudos, suscitando controvérsias, mas nunca negados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada pelo Ministério da Saúde (1999), a cada ano o câncer atinge pelo menos 9 milhões de pessoas e mata cerca de 5 milhões, e se medidas de prevenção e controle não forem tomadas, a incidência aumentará em 100% dentro dos próximos 20 anos, principalmente nos países em desenvolvimento.

Barbosa, citado por Bielemann (1997), enfatiza que as modificações dos indicadores de morbidade e mortalidade brasileira nas últimas décadas são decorrentes, entre outros fatores, das transformações socioeconômicas e sociais caracterizadas pela elevada urbanização, desordenado processo de industrialização e aumento da expectativa de vida ao nascer, com conseqüente envelhecimento da população. A peculiaridade de transição epidemiológica de nosso país é claramente marcada pelas altas taxas de tumores de colo uterino e mama no sexo feminino. (Koifman, 1995).

No Brasil o câncer cérvico-uterino constitui-se um sério problema de Saúde Pública, pois, apesar da tecnologia disponível para seu diagnóstico precoce, que é o exame colpocitológico, a incidência, a prevalência e a mortalidade por este tipo de câncer continuam elevadas. Numa publicação do Ministério da Saúde (2000b) é afirmada tal realidade, porque, apesar do Brasil ter sido um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame colpocitológico (Papanicolaou) para

a detecção precoce do câncer do colo do útero, as taxas de mortalidade continuam elevadas. Isto se constitui um problema muito sério, pois indica que a população feminina brasileira não tem adotado o exame como uma prática preventiva, haja vista que, em outra publicação o próprio Ministério da Saúde (1995) reafirma que, o exame colpocitológico apresenta benefícios reais de controle dessa neoplasia. Lopes (1996) concorda com este ponto de vista quando afirma que a colpocitologia é um método de prevenção secundária e de diagnóstico, que possibilita a descoberta do câncer cérvico-uterino em seus estágios iniciais, permitindo tratamento a baixo custo e elevado percentual de cura.

Conforme as referências acima, podemos observar que através de ações preventivas é possível alcançar o controle do câncer cérvico-uterino. Mas ao questionarmos as profissionais que participaram deste estudo, sobre ser possível, através de ações preventivas, alcançar de forma efetiva e com baixo custo o controle do câncer cérvico-uterino, estas se posicionaram da seguinte forma: na amostra do CEPON, 68% concordaram plenamente e 32% concordaram em parte; na amostra do Hospital Universitário, 84% concordaram plenamente, 12% concordaram em parte e 4% não tinham opinião sobre o assunto. A partir das respostas podemos observar que 76% do total das duas amostras estão de acordo com as citações.

Koifman (1995) afirma que a altíssima incidência de câncer do colo uterino no Brasil reflete a precariedade da organização dos serviços de saúde, uma vez que o acesso ao exame Papanicolaou apresenta alta eficácia na detecção das lesões iniciais precursoras do fenômeno de malignização do colo de útero.

Uma das maneiras de se prevenir o câncer cérvico-uterino é conhecer e evitar a exposição aos fatores de risco. Segundo o Ministério da Saúde (1997, p. 43):

O termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram esta moléstia. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados de fatores de risco.

O Ministério da Saúde (1994) cita as variáveis que se constituem em risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, como sendo:

- início da atividade sexual em idade precoce;
- multiplicidade de parceiros;
- história de doenças sexualmente transmissíveis;
- baixo nível socioeconômico;
- tabagismo;
- carências nutricionais.

Ao lado dessas variáveis, é importante considerar ainda a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais, que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado.

Com relação ao questionamento a respeito de iniciar atividade sexual em idade precoce ser um fator de risco para desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, das profissionais do CEPON 64% concordaram plenamente, 36% concordaram em parte; e das profissionais do Hospital Universitário, 48% concordaram plenamente, 32% concordaram em parte, 8% não tinham opinião, 8% discordaram em parte e 4% discordaram plenamente. Do total das duas amostras, 56% concordam plenamente, apenas metade das profissionais associam o início da atividade sexual e o desenvolvimento de câncer cérvico-uterino. Também de acordo com Murad e Katz (1996), alguns dentre os vários fatores implicados na patogênese do carcinoma cervical são: início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, tabagismo e exposição ao HPV.

Não se pode esquecer que o início precoce da atividade sexual pode, provavelmente, favorecer a possibilidade de maior número e variabilidade de parceiros. Além disso, as atividades preventivas nem sempre são do conhecimento dos parceiros, ficando a mulher com grande chance

de risco relacionado a outras doenças. Isto é acentuado pela OPAS – OMS (1985), quando afirma que,

“el bajo nivel socioeconômico y características relacionadas con el comportamiento sexual han sido señalados como factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino: grandes multíparas, início de la actividade sexual a edad temprana, multiplicidad de compañeros sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, compañero sexual con cáncer de pene. Convene subrayar que recientemente se ha planteado una hipótese según la cual el riesgo en la mujer dependería también de la conducta sexual de su compañero”.

Em relação à prática das profissionais, segundo a faixa etária de início de atividade sexual e o local de trabalho, verificamos os resultados na tabela 12. Das 50 profissionais que participaram desta pesquisa, uma funcionária do CEPON não respondeu a questão relativa ao início da atividade sexual, somando um total de 49 profissionais que responderam.

Tabela 12 - Distribuição da faixa etária de início de atividade sexual, segundo o local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Início vida sexual	Local de Trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
10 – 14	01	4,3%	01	04%	02	04%
15 – 19	10	41,7%	12	48%	22	45%
20 – 24	10	41,7%	09	36%	19	38%
25 - 29	03	12,5%	03	12%	06	13%
TOTAL	24	100%	25	100%	49	100%

Os dados da tabela 12 sugerem que na amostra de profissionais do CEPON, as maiores percentagens de início da vida sexualmente ativa se concentram nas faixas etárias de 15-19 anos e 20-24 anos, ambas com 40%, enquanto que na amostra de profissionais do Hospital Universitário a maior percentagem concentrou-se na faixa etária de 15-19 anos (48%) seguida pela faixa etária de 20-24 anos (36%). Segundo os autores Nevidjon e Sowers (2000), o início da atividade sexual antes do 18 anos é considerado precoce, no entanto, a realidade brasileira é muito diferente da realidade americana, tanto social, econômica e culturalmente. Ao compararmos as manifestações das profissionais pesquisadas sobre o início precoce da atividade sexual estar associado ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, verificamos que a atitude e a prática das profissionais são distintas.

Com relação ao fato de a multiplicidade de parceiros aumentar o risco de desenvolver câncer cérvico-uterino, 88% das profissionais do CEPON concordaram plenamente, 8% concordaram em parte, 4% não tinham opinião; quanto às do Hospital Universitário, 60% concordaram plenamente, 28% concordaram em parte, 4% não tinham opinião, 4% discordaram em parte. No total, 74% das profissionais concordaram plenamente com a relação de multiplicidade de parceiros sexuais e o aumento de risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Na prática das profissionais, procuramos verificar o número de parceiros sexuais no último ano, sendo que os resultados encontrados estão distribuídos na tabela 13.

Os dados da tabela 13 possibilitam visualizar que 91,2% das profissionais tiveram apenas um parceiro sexual no último ano, mesmo considerando-se que uma percentagem menor tenha manifestado o conhecimento da multiplicidade de parceiros como um fator de risco (72%). Isto se deve, mais provavelmente, a princípios, crenças e valores em seus estilos de vida do que a um método de prevenção. É importante salientar que mesmo sendo considerado um fator de risco, na amostra de profissionais do CEPON foram encontrados 4,8% com quatro parceiros no último ano e, na amostra de profissionais do Hospital Universitário, 4,2% com cinco parceiros no último ano. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que o fato de ter um único parceiro ao ano, mas não adotar métodos preventivos adequados, não significa uma isenção de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino. Assim sendo, o fato de ter vários parceiros, porém, preconizando o uso

dos devidos cuidados preventivos, como o uso de preservativo, não significa um risco mais acentuado para o desenvolvimento desta patologia. No entanto, deve ficar claro que, um maior número de parceiros sem a adoção de métodos de prevenção, aumenta o risco de desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, conforme enfatiza Fedrizzi (1999) quando afirma que, os fatores considerados de maior risco para o desenvolvimento do carcinoma de colo são: o início da atividade sexual, promiscuidade, parceiros com múltiplas parceiras sexuais, tabagismo e imunossupressão.

Tabela 13 - Distribuição do número de parceiros sexuais no último ano, segundo local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Número de parceiros	Local de Trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
00	00	0%	01	4,2%	01	2,2%
01	19	90,4%	22	91,6%	41	91,2%
02	01	4,8%	00		01	2,2%
04	01	4,8%	00		01	2,2%
05	00		01	4,2%	01	2,2%
TOTAL	21	100%	24	100%	45	100%

Quando questionadas se a história de doenças sexualmente transmissíveis resulta num maior risco para desenvolver câncer cérvico-uterino, na amostra do CEPON, 88% concordaram plenamente, 12% concordaram em parte; na amostra do Hospital Universitário, 80% concordaram plenamente e 20% concordaram em parte. Assim verificamos que 84% das profissionais de ambas as instituições relacionam as doenças sexualmente transmissíveis a um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino, estando de acordo com a citação de Campos (2000, p. 2),

o câncer de colo uterino é doença característica de mulheres que iniciaram precocemente a atividade sexual, que possuem parceiros múltiplos, com

conseqüente maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis, (...).

Ao serem questionadas se o baixo nível socioeconômico relaciona-se a um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino, observamos que na amostra do CEPON, 44% concordaram plenamente, 40% concordaram em parte, 12% discordaram em parte e 4% discordaram plenamente; enquanto na amostra do Hospital Universitário, 36% concordaram plenamente, 44% concordaram em parte, 16% discordaram em parte e 4% discordaram plenamente. Diversos autores relacionam o fator socioeconômico como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, no entanto, apenas 40% das profissionais concordaram plenamente, e demonstraram conhecer este como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

Para Cunha (2000), são vários os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, tais como: fatores sociais, ambientais e os hábitos de vida, condições socioeconômicas, atividade sexual antes dos 18 anos de idade, pluralidade de parceiros sexuais, vício de fumar (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), infecção sexualmente transmitida, hábitos de higiene precários e uso prolongado de contraceptivos orais.

Em relação às carências nutricionais serem consideradas como um fator de risco para desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, 16% das profissionais amostradas do CEPON concordaram plenamente, 56% concordaram em parte, 20% não tinham opinião, 4% discordaram em parte e 4% discordaram plenamente; quanto as profissionais amostradas do Hospital Universitário, 12% concordaram plenamente, 40% concordaram em parte, 28% não tinham opinião, 12% discordaram em parte e 8% discordaram plenamente. Totalizando, apenas 14% das profissionais concordaram plenamente que as carências nutricionais provocam um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Na bibliografia encontramos diferentes posições sobre considerar a carência nutricional como um fator de risco. Alguns autores consideram como um fator de risco, outros, no entanto, acham seu papel ainda não conclusivo, conforme podemos verificar na citação do Ministério da Saúde (2000b, p. 9):

São considerados fatores de risco de câncer do útero a multiplicidade de parceiros e história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro); a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente a vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais.

Sobre o tabagismo ser visto como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, 56% das profissionais da amostra do CEPON concordaram plenamente, 28% concordaram em parte, 8% não tinham opinião e 8% discordaram em parte; das profissionais da amostra do Hospital Universitário, 44% concordaram plenamente, 40% concordaram em parte, 8% não tinham opinião, 4% discordaram em parte e 4% discordaram plenamente. Metade das profissionais, ou seja, 50% reconhecem o fumo como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, sendo considerada uma percentagem baixa, haja vista que, a maioria dos autores citados neste trabalho relaciona o tabagismo como fator de risco.

Na prática, em relação à exposição ao fumo, verificamos que:

Tabela 14 - Distribuição do número de profissionais que possuem o hábito de fumar segundo local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Fumo	Local de Trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
Não	20	80%	22	88%	42	84%
Sim	05	20%	03	12%	08	16%
TOTAL	25	100%	25	100%	50	100%

Segundo os resultados registrados na tabela 14, a maioria das profissionais, não possui o hábito de fumar (84%), provavelmente por questões relacionadas ao hábito de vida, e à prevenção de outras patologias ou mesmo pela formação profissional, pois, em relação ao câncer cérvico-

uterino, apenas 50% dessas profissionais relacionaram o fumo como um fator de risco. Dentre as fumantes, o número de cigarros fumados por dia variou de 2 a 20 cigarros, sendo a média de 9 cigarros, e a moda de 10. É importante ressaltar que uma percentagem maior de profissionais da amostra do CEPON (20%), em relação as profissionais da amostra do Hospital Universitário (12%) possuem o hábito de fumar, e além deste fator ser relacionado por diversos autores como um fator de risco para desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, é comprovada sua relação causal com o desenvolvimento do câncer de pulmão. Por isso, questiono-me: O fato dos profissionais trabalharem em oncologia, conhecerem os diversos tipos de tumores e muitas vezes trabalharem em campanhas de prevenção, isto não aumenta a consciência preventiva e de cuidar de si afastando-os dos fatores de risco?

Lopes (1996) também relaciona o tabagismo como um fator de risco ao relatar que, o câncer cérvico-uterino está relacionado com baixo nível socioeconômico, com o hábito de fumar, com a conduta sexual, como precocidade do início da atividade sexual e promiscuidade e com fatores nutricionais como a carência de vitamina A.

Com relação a considerarem a idade como um fator de risco para desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, as profissionais se posicionaram conforme os dados que são apresentados na tabela 15:

Tabela 15 - Distribuição do número de enfermeiras que consideram a idade como um fator de risco segundo local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Fator de risco idade	Local de Trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
Não	07	28%	07	28%	14	28%
Sim	18	72%	18	72%	36	72%
TOTAL	25	100%	25	100%	50	100%

Os dados da tabela 15 apresentam os mesmos percentuais para as profissionais do CEPON e do Hospital Universitário ao relacionarem a idade como fator de risco para desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, pois, em ambas as amostras 72% das profissionais relacionaram e 28% não relacionaram. Estes dados vão ao encontro das citações dos autores consultados.

A distribuição etária considerada de maior risco pelas profissionais estudadas pode ser observada na tabela 16 que a seguir é incluída.

Os dados incluídos na tabela 16 possibilitam visualizar que a faixa etária reconhecida como de maior risco pelas profissionais foi a de 40 – 49 (37%) e 30 – 39 (36.1%) tanto para as enfermeiras que trabalham no CEPON como as que trabalham no Hospital Universitário. Estes resultados coincidem com os dados encontrados para o Estado de Santa Catarina e o Município de Florianópolis. Neste Estado, no período de 1979 até 1995, segundo a tabela de Óbitos por Residência, por Ano do Óbito e Faixa Etária (Anexo 8), a taxa de mortalidade mais alta concentra-se na faixa etária 40 a 49 anos. No município de Florianópolis, em 1998, também encontramos a faixa etária de 40 a 49 anos, com maior números de óbitos por câncer do colo do útero (Anexo 3).

Tabela 16 - Distribuição da faixa etária considerada de maior risco pelas profissionais, segundo local de trabalho, Florianópolis, 2000.

Faixa etária de risco	Local de Trabalho				TOTAL	
	CEPON		Hosp. Universitário			
30 a 39 anos	09	50%	04	22,3%	13	36,2%
40 a 49 anos	06	33,3%	07	38,8%	13	36,2%
50 a 59 anos	01	5,6%	05	27,7%	06	16,6%
60 a 69 anos	01	5,6%	01	5,6%	02	5,5%
Mais de uma faixa	01	5,6%	01	5,6%	02	5,5%
TOTAL	18	100%	18	100%	36	100%

Segundo a OPAS – OMS (1985),

“al examinar la distribución porcentual de las defunciones femeninas por cáncer, según la edad con respecto al cáncer de cuello uterino..., en países donde un reducido porcentaje de las defunciones por cáncer se deben a las de cuello uterino, tal como Argentina (4,0%), en el grupo de 35 a 44 años de edad los porcentajes son mucho más elevados (12,8%)”.

A maioria das mulheres que realizam o exame colpocitológico na rede de saúde pública brasileira concentra-se nas idades menores de 35 anos, sendo que, provavelmente sejam as que comparecem aos postos para cuidados relativos à natalidade. Desta forma, as mulheres da faixa etária de maior risco não estão sendo atingidas, pois, os maiores picos de incidência situam-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade. Ministério da Saúde (2000 b).

Para Fedrizzi (1999), na faixa etária entre os 40-55 anos é que se situa a maior incidência de câncer de colo uterino, havendo, no entanto, um aumento gradual em pacientes mais jovens.

Na literatura há citação de que quanto mais precoce é a idade em que incide o câncer, maior é a chance de redução da esperança de vida. Em um estudo realizado por Peixoto sobre os anos potenciais de vida perdidos (1997, p. 73) esta enfatiza que,

as localizações mais importantes, em termos de APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) por morte prematura foram o câncer de mama, colo de útero. Juntas, elas representaram 37,4% do total de APVP em mulheres entre 10 e 70 anos, tendo roubado, em média, aproximadamente 20 anos de cada mulher. Em Santa Catarina, segundo estimativas da Gerência de Estatística e Informática, o risco de morte por câncer de colo uterino, que apresentava um coeficiente de mortalidade na ordem de 2,1 em 1980, passando para 4 óbitos por 100.000 mulheres, em 1995.

A faixa etária das profissionais segundo a realização do exame colpocitológico, estão registradas na tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição da faixa etária das profissionais segundo a realização do exame colpocitológico e o local de trabalho.

Faixa etária	Realização do Exame								TOTAL	
	Sim				Não					
	CEPON		HU		CEPON		HU			
25-34	10	47,5%	11	52,4%	02	50%	00		23	46%
35-44	10	47,5%	07	33,3%	00		04	100%	21	42%
45-54	01	05%	03	14,3%	02	50%	00		06	12%
TOTAL	21	100%	21	100%	04	100%	04	100%	50	100%

Os dados da tabela 17 sugerem que as faixas etárias onde se concentram as mais altas percentagens de profissionais que realizam o exame colpocitológico são de 25-34 anos, com 47,5% no CEPON e 52,9% no Hospital Universitário, e 35-44 anos, com 47,5% no CEPON e 33,3% no Hospital Universitário. Sendo que, como ambas as amostras são constituídas por profissionais jovens (tabela 1), já era esperado que as percentagens se concentrassem mais nestas faixas etárias. Faz-se necessário, no entanto, salientar que as profissionais das amostras que não realizam o exame, 50% das do CEPON concentram-se na faixa etária de 25-34 anos e 50% na faixa etária de 45-54 anos, enquanto que no Hospital Universitário 100% concentram-se na faixa etária de 35-44 anos.

Em relação à faixa etária e periodicidade de realização do exame colpocitológico, os dados são apresentados na tabela 18. Das 50 profissionais que participaram da amostra desta pesquisa, uma funcionária do Hospital Universitário não respondeu a pergunta sobre a realização do exame colpocitológico, perfazendo um total de 49 profissionais.

Tabela 18 - Distribuição das profissionais segundo faixa etária e periodicidade de realização do exame colpocitológico, Florianópolis, 2000.

Faixa etária	Periodicidade do Exame								TOTAL	
	2 vezes ano		1 vez ano		1 vez/2 anos		1 vez/3anos			
25-34	08	66,6%	15	45,4%	01	33,4%	00		24	49%
35-44	03	25%	14	42,4%	02	66,6%	01	100%	20	40,8%
45-54	01	08,4%	04	12,2%	00		00		05	10,2%
TOTAL	12	100%	33	100%	03	100%	01	100%	49	100%

Os dados da tabela 18 demonstram que na periodicidade de duas vezes ao ano e uma vez ao ano a faixa etária que possui um maior percentual é a de 25-34 anos. Na periodicidade de uma vez a cada dois anos e uma vez a cada três anos a faixa etária que possui um maior percentual é de 35-44 anos. A realização do exame uma vez a cada três anos vai ao encontro da periodicidade preconizada pela OMS e pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde (1994) preconiza que nenhuma ação de controle do câncer cérvico-uterino avançará sem a participação do componente educativo, e este deve atingir a população de mulheres e profissionais de saúde. Sendo assim, torna-se fundamental que as profissionais, enquanto mulheres aprendam a cuidar de si aplicando as medidas de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce. Principalmente, porque muitas vezes estas servem de exemplo para outros profissionais, para amigos, parentes e clientes.

5.4 CUIDAR DO OUTRO/CUIDAR DE SI

A Enfermagem desde que surgiu como profissão tem-se caracterizado como sendo a arte e a ciência de desenvolver o cuidado ao ser humano, e este cuidado, é um processo que tem evoluído juntamente com a ciência, a tecnologia e as demais áreas que envolvem o conhecimento

a respeito do ser humano, tanto física, biológica ou psicologicamente. Isto é reforçado por Carraro (1997, p. 1) quando refere que,

a prática da Enfermagem, a cada dia que passa exige que os profissionais estejam mais preparados, não só em termos técnicos e teóricos, mas também humanísticos. A Enfermagem vem se projetando mais e mais na convergência ciência e arte.

Para Souza (1999), a Enfermagem é uma profissão que exige coragem, disposição, interesse, perseverança, a fim de interagir e auxiliar no processo de cuidar, onde cada ato implica num intercâmbio de afetividade, confiança e amor entre o que cuida e quem é cuidado. É desenvolvida por seres inconclusos e incompletos, mas com potencialidade para criar e recriar a arte do cuidar.

Na visão de Carraro (1997, p. 28) a Enfermagem é:

Uma profissão que articula ciência e arte. Ciência porque reúne conhecimentos teóricos e práticos organizados e validados; arte face a usar a criatividade, habilidade, imaginação e sensibilidade e outros recursos ao aplicar a ciência em sua prática assistencial.

Waldow (1999) por sua vez, afirma que cuidar é uma arte e uma ciência da expressão humana, que se manifesta através da linguagem, do corpo, das interações e da capacidade de ver e sentir o mundo. Na verdade a ciência e a arte articulam-se e entrelaçam-se para concretizar o cuidado e o cuidar em Enfermagem.

Assim sendo, o cuidado é a manifestação do 'ser pessoa', enquanto, o cuidar é um momento da criação na arte de enfermagem. Cuidar é uma possibilidade de intervir e transformar situações. (Nunes, 1999). O cuidado emerge das experiências vividas pelos cuidadores, encorajando a expressão dos outros seres, buscando conhecerem-se e aceitarem-se em suas diferenças. É neste processo que o cuidador descobre em si e nos outros o potencial de amor e

sabedoria, a capacidade criativa e intuitiva, a coragem para enfrentar desafios e fazer escolhas, buscando as transformações do meio.

Neste estudo, ao se questionar as profissionais se o papel da equipe de Enfermagem deve ser o cuidado ao ser humano, dentre as enfermeiras do CEPON, 72% concordaram plenamente, 24% concordaram em parte e 4% discordaram em parte; enquanto dentre as enfermeiras do Hospital Universitário, 88% concordaram plenamente e 12% concordaram em parte. Os dados sugerem que uma maior percentagem de profissionais do Hospital Universitário (88%) concordaram plenamente com a afirmativa de que o papel da equipe de enfermagem está relacionado com o cuidado ao ser humano. Em seu conjunto, 80% das enfermeiras concordaram plenamente com a afirmativa, vindo assim, ao encontro do pensamento de Roach, citado por Waldow (1995, p. 17):

Enfermagem não é nem mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem.

Souza (1995, p.33) enfatiza ao afirmar que,

para cuidar em enfermagem é necessário conhecimento, disposição, interesse ativo, afetividade, flexibilidade, busca pelo aprimoramento dos atos de cuidar, responsabilidade, sensibilidade, capacidade de escutar oportunizando a expressão de sentimentos sem pré-julgamentos ou censuras, ser capaz de expressar e desenvolver o seu próprio ser e permitindo que os outros sejam.

O cuidado é um processo contextual e inter-relacionado, que envolve as mais diversificadas formas de conhecimento, habilidades, expressividades terapêuticas e experiências prévias. (Silva, 1998).

Atualmente o cuidado preconizado pela Enfermagem é aquele que se refere ao ser humano em sua totalidade, ou seja, holisticamente. O cuidado holístico deve levar em conta a

individualidade do ser humano, buscando atender suas necessidades biopsicossociais e espirituais. Mas afinal, o que é o ser humano?

O ser humano é insubstituível, indivisível, integral, singular pleno em sua concepção de interagir com o mundo. (Carraro, 1997). O ser humano é um ser diferente de qualquer outro ser, pois é dotado da capacidade de pensar, sendo capaz de gerenciar transformações em si mesmo e em tudo que o cerca.

Na abordagem da enfermeira Wanda de Aguiar Horta (1979, p.28) o ser humano é,

parte integrante do universo dinâmico e está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio, tendo capacidade de reflexão, dotado de poder de imaginação, simbolização e poder unir-presente, passado e futuro. Estas características do ser humano permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade.

A Enfermagem necessita considerar o ser humano como um ser único, que possui uma história de vida, e que nesta estão embutidos suas crenças, seus valores, sua cultura e suas características pessoais. Conforme salienta LeShan (1992, p.106), o universo de cada um de nós é único, e não pode ser reproduzido por nenhum outro.

Wolff (1999) reforça também o pensamento de que cada ser humano é único, e que entre ele e este mundo vive a interpretação da realidade obtida pelas suas experiências vividas.

Estas experiências vividas em seu contexto geral fazem parte do cuidado de Enfermagem, pois, as diversas formas de cuidar de Enfermagem englobam a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. No entanto, geralmente os profissionais de enfermagem comprometem-se no cuidado aos outros e parecem esquecer-se de cuidar de si. São preparados e estimulados a tratar os seres humanos entregues aos seus cuidados de forma holística, porém, parecem esquecer-se de que também são seres humanos e de que necessitam visualizar-se holisticamente.

Garcia (1999) enfatiza que o preparo profissional do enfermeiro não o despreza da condição de humano. Desta forma, os profissionais necessitam aprender como podem, enquanto pessoas inteiras, a cuidar do outro de forma inteira. Isto é enfatizado por Remem (1993, p.180), quando afirma que,

todos os dias, os profissionais da saúde se vêm confrontados com a vulnerabilidade humana, que aprendem a perceber durante o treinamento, e, diariamente, também encontram o espectro total da força e capacidade de recuperação humana, as quais não percebem, pois não foram treinados para isso. Porém, se não houver capacidade e habilidade para enxergá-las, a vulnerabilidade pode se tornar esmagadora e dolorosa, fazendo com que eles se afastem e se distanciem na tentativa de se defenderem através de atitudes que os tornam mais frágeis e menos atuantes. Mas, para cuidar da 'pessoa inteira', é preciso estar presente como uma 'pessoa inteira', do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada.

O fato de os profissionais não cuidarem de si, enquanto cuidam do outro, muitas vezes pode gerar problemas, tais como a síndrome da exaustão. Souza (1995) declara que uma das mais evidentes constatações sobre a importância do cuidado de quem cuida é atribuída à denominada síndrome da exaustão. Esta se caracteriza por progressivo esgotamento físico e emocional.

Radünz (1999b), preconiza a conscientização dos enfermeiros sobre a necessidade de cuidar de si, de modo amplo, a fim de modificar hábitos para obter um bem-estar físico, emocional e social. Na filosofia de vida do 'ser enfermeiro' devem estar presentes o valor da existência humana, o sentido da vida, e o desenvolvimento de atitudes positivas para com a saúde. O cuidar de si é uma condição para a evitabilidade do *burnout*, ou seja, da síndrome de exaustão.

Lachmam (1996), citado por Radünz (1999b), afirma que as práticas do cuidar de si compõem a maior parte do cuidado à saúde e por isso é crucial que os enfermeiros entendam e incorporem teorias de cuidar de si em seus estilos de vida cotidianos, em sua prática de Enfermagem e em sua postura profissional.

A Enfermagem enquanto prática social é responsável pelo cuidado humano, por conseguinte, os profissionais devem cuidar de si mesmos como princípio para a promoção do cuidado do outro. Isto é acentuado por Uustal (1992), quando relata que para o enfermeiro ser capaz de cuidar eficaz e terapêuticamente de alguém, ele precisa antes de tudo, aprender a cuidar de si mesmo.

Na idéia de Keen (1990), citado por Radünz (1999a), para que o cuidado prestado aos clientes seja muito bom, é necessário primeiramente que o enfermeiro torne-se capaz de cuidar de si, enquanto indivíduo.

Quando questionadas se para que o cuidado ao outro seja realmente eficaz é necessário primeiro aprender a cuidar de si, observamos que, dentre as profissionais do CEPON, 72% concordaram plenamente e 28% concordaram em parte; dentre as profissionais do HU, 60% concordaram plenamente, 36% concordaram em parte e 4% discordaram em parte. Estes dados sugerem que uma percentagem maior de profissionais do CEPON (72%) do que as profissionais do Hospital Universitário (60%) concordam plenamente com esta afirmativa de que para que o cuidado ao outro seja realmente eficaz é necessário primeiro aprender a cuidar de si. No total, 66% das profissionais concordaram plenamente com a afirmativa, demonstrando que algumas profissionais ainda não percebem a importância de aprender primeiramente a se cuidar para depois cuidar do outro.

É importante salientar que uma das dificuldades encontradas pelas profissionais para realização do seu exame colpocitológico foi à falta de tempo, conforme tabela 11. Provavelmente, os profissionais 'gastam' a maior parte do seu tempo prestando cuidados ao outro e acabam por esquecer-se de si. De acordo com Braga (1998), parece que os profissionais de saúde foram "educados" a cuidar dos outros, esquecendo-se dos cuidados consigo, com a condição de suas relações que envolvem sua qualidade de vida.

É necessário, portanto, que os profissionais aprendam como podem cuidar do outro, sem esquecer de se cuidar, pois o cuidado prestado a outro ser humano é realmente bom e adequado quando o profissional compartilha na vivência o que acredita e pratica em sua vida cotidiana.

Heinrich e Killeen (1993) afirmam que,

a sua habilidade para cuidar de seus pacientes depende em grande parte de quão bem você cuida de você mesmo (...) e você chegará à conclusão de que quanto melhor você cuida de você mesmo tanto melhor você viverá, tanto melhor você amará, e tanto melhor você trabalhará.

No entanto, aprender a cuidar de si é algo que requer tempo, dedicação, reflexão e mudança de hábitos, atitudes e comportamento. Diante disto, encontramos a proposta de Geib (2000), na qual afirma que a educação com cuidado e para o cuidado deve ser desenvolvida já na vida acadêmica do (a)s enfermeiro (a)s, pois, acredita-se que, através de uma construção social e recíproca dos seres em interação, ou seja, educando e educador, propiciadas e efetivadas no ambiente acadêmico, é possível assumir uma postura de estar com o outro, procurando ajudá-lo e emancipá-lo para o auto e heterocuidado.

Acrescenta Geib (2000, p.37) que:

A reconceituação de educação implica, pois, um processo interativo inter e intrapessoal apoiado em fatores emocionais e intelectuais, que conduza a uma adequada saúde psíquica, pré-requisito essencial de uma aprendizagem saudável, fruto de uma educação com cuidado e para o cuidado, sintetizada na expressão educare.

Iniciar o cuidado na vida acadêmica é enfatizado também por Lunardi (1999), quando coloca que enfermagem é gente que cuida de gente, no entanto, tanto as enfermeiras, quanto às estudantes, futuras enfermeiras, por vezes, esquecem-se disso, e esquecem-se também de que como gente têm o direito a se cuidar e ser cuidada.

Outro aspecto importante a ser considerado durante o processo de formação do profissional enfermeiro é a falta de conteúdo relativo à oncologia durante o transcorrer da vida acadêmica. Num estudo de atualização de dados referentes ao ensino da cancerologia nos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, realizado por Gutierrez et al (1993), foi verificada uma

grande deficiência no ensino e na assistência nesta área. Isto, acrescido da falta de domínio do perfil epidemiológico da população e da falta de contextualização do ensino, acaba por refletir também no conhecimento dos enfermeiros acerca dos tumores malignos mais incidentes na população, os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento desses tumores, e os exames que podem ser utilizados na detecção precoce. Deste modo acaba comprometendo o cuidado dispensado aos outros seres humanos e a si mesmo.

Faz-se necessário, portanto, que as instituições de ensino revisem seus currículos e adotem medidas para que os acadêmicos aprendam a refletir sobre a necessidade de cuidar de si para cuidar do outro, em qualquer doença, respeitadas as limitações que esta possa desencadear.

Para os profissionais que já se encontram no campo de trabalho, é importante que as instituições de saúde se co-responsabilizem pela promoção da saúde de seus funcionários, devendo estas fomentar práticas que possibilitem o cuidar de si, o prevenir-se, disponibilizando espaço, tempo e recursos para tal.

Vanzin e Nery (1997) afirmam que os serviços de saúde das instituições devem promover a saúde de seus funcionários e prevenir doenças; no entanto, isto geralmente não acontece.

Erdmann (1999, p. 252) declara:

A necessidade do cuidado entre cuidadores é fundamental para a sobrevivência do mundo dos cuidadores.

6 - CONCLUSÕES

Em seu pensar e fazer, ou seja, em sua concepção e prática, as enfermeiras do presente estudo demonstraram que:

- 68% das profissionais reconhecem o câncer cérvico-uterino como uma das principais causas de mortalidade entre as mulheres brasileiras e 90% destas reconhecem o benefício do exame colpocitológico na detecção precoce desta patologia.
- reconhecem a importância do exame uma vez que 86% das profissionais o realizam e 68% destas o fazem na periodicidade de uma vez ao ano.
- referem como facilidade o acesso para realização do exame, uma vez que 76% das integrantes do estudo realizam o mesmo em clínica particular.
- referem como dificuldade à falta de tempo, haja vista que 34% das profissionais estudadas trabalham em dois empregos e 6% em três empregos.
- Em sua prática preventiva, 97,7% conhecem o resultado do seu exame colpocitológico e 72,1% guardam-no consigo.
- 76% das enfermeiras integrantes do estudo concordaram que ações preventivas são eficazes no combate ao câncer e reconheceram os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino: doenças sexualmente transmissíveis, multiplicidade de parceiros e idade.

Quando complementado pela percepção, verificou-se que:

- 56% reconhecem o início da atividade sexual precoce como um fator de risco, mesmo assim 45% iniciaram sua vida sexualmente ativa na faixa etária de 15-19 anos.

- 74% reconhecem o fator multiplicidade de parceiros, apesar da grande maioria (91,2%) terem tido um parceiro no último ano; embora, se saiba que isto pode se constituir em um componente de risco, pois a confiabilidade e permanência com um único parceiro e o abandono de medidas preventivas, como por exemplo, à camisinha;
- 84% reconhecem as doenças sexualmente transmissíveis como fator de risco, 40% reconhecem o fator socioeconômico como fator de risco, 14% reconhecem as carências nutricionais como fator de risco, 50% reconhecem o tabagismo como fator de risco, mas na prática, 16% das profissionais fumam, e 72% consideram a idade como fator de risco, sendo as faixas etárias consideradas de maior risco as de 30-39 anos e de 40-49 anos, ambas com 36,2%.

Dentre as enfermeiras do presente estudo, 80% concordam que o papel da Enfermagem é o cuidado ao ser humano; entretanto, 66% das profissionais reconhecem ser necessário primeiro aprender a cuidar de si para depois cuidar do outro.

Mediante as conclusões, pergunta-se – O que levaria os enfermeiros a atribuírem maior importância ao cuidar do outro do que de si? Os enfermeiros deste estudo afirmaram que ‘gastam’ a maior parte do seu tempo prestando cuidados ao outro e acabam por esquecer-se de si. Por isto mesmo, aprender a cuidar de si é algo que requer tempo, dedicação, reflexão e mudança de hábitos, atitudes e comportamento.

7 - LIMITAÇÕES E COMPROMISSOS

Nesta dissertação foi possível desenvolver a habilidade para delinear uma pesquisa e executá-la. Por isto mesmo reconheço as seguintes limitações do estudo:

- tamanho da amostra;
 - população de estudo específica de enfermeiros e somente de duas instituições;
 - a inviabilidade de aplicação de testes estatísticos, dado o tamanho da amostra;
 - viés no questionário pela falta de questões que pudessem apreender se a não-realização anual do exame estava relacionada à periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde para realização do exame colpocitológico.
- Não ter incluído no trabalho a temática do custo da não-prevenção.

Diante dessas limitações, comprometo-me a:

dar continuidade aos estudos nesta área, constituindo um banco de dados sobre concepção e prática de prevenção do câncer de mama, particularmente os que mais incidem em mulheres.

oferecer propostas preventivas de baixo custo a instituições privadas, de economia mista e que trabalhem com mulheres, ou ainda, que se comprometam com a assistência à mulher.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, Romero Bezerra; BARBOSA, Omar, RAMOS; Avelino Neto. Câncer Cérvico-uterino: um problema de Saúde Pública. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. Rio Janeiro, v.96, n.7, p. 305-308, julho 1986.
- BEYERS, Marjorie; DUDAS, Susan. *Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica*. Tradução por Fernando Diniz Mundim et al. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, v.1, 1989. Tradução de: *Clinical of Practice of Medical-Surgical Nursing*.
- BRAGA, Expedito; RODRIGUES, Josiane V. Programa cuidando do cuidador Fortaleza, Ceará. In: CARVALHO, Maria Margarida M. J. de et al. *Psico-oncologia Brasil: resgatando o viver*. São Paulo: Summus editorial. 1998. p.52-61.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Apostila de treinamento em Epi Info versão 6*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA. *O controle do câncer cérvico-uterino e de mama: normas e manuais técnicos*. 4 ed. Rio de Janeiro, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Programa de Controle do Câncer - PRO-ONCO. *Ações de Enfermagem para o controle de câncer*. Rio de Janeiro, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer - PRO-ONCO. *O problema do câncer no Brasil*. 4.ed. Rio Janeiro, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer. *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro, 2000b.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado. *O ser com câncer: uma experiência familiar*. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

CAMPOS, Maria Belaniza G. *Aspectos preventivos do câncer ginecológico*. Disponível na Internet <<http://www.lampada.uerj.br/ead-ind/can-gin/can-gi.html>> Acesso em 13/02/00.

CARDOZO, Karin Cynthia. *Assistência de Enfermagem ao paciente com diagnóstico de câncer e/ou família no Hospital do CEPON*. Florianópolis, 1997. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

CARRARO, Telma Elisa. *Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale*. Goiânia: AB, 1997.

CHAVES, Ely. Prevenção do câncer do colo do útero: uma avaliação perspectiva. *Revista Brasileira de Análise Clínicas*. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.56-62, 1986.

CUNHA, Fernando Medina. *Câncer de colo de útero: a doença do acaso, que surge e desaparece*. Disponível na Internet <http://www.oncologia.com.br/publica_09.html> Acesso em 12/02/00.

DANIEL, Liliana Felcher. *Atitudes interpessoais em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1983.

- ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O cuidado virtual: ainda um sonho? In: ARRUDA, Elc Neves, Gonçalves, Lúcia H. Takase (org.). *A Enfermagem e a arte de cuidar*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p.39-41.
- ESPINOZA, Luis; SALINAS, Hugo. Utilización de la tecnica de Papanicolaou profesionales de la salud. *Revista Chilena - Obstetricia Ginecologia*. Chile, v.51, p.279-283, jun. 1986.
- FEDRIZZI, Edison Natal. *Oncologia genital*. In: FEDRIZZI, Edison Natal et al. *Manual terapêutica, ginecologia e obstetrícia*. 2.ed. Florianópolis: Associação Catarinense Medicina, 1999. p.51-170.
- FONSECA, Luiz Augusto Marcondes. A evolução das doenças neoplásicas. MONTEIRO, Carlos Augusto. *Velhos e novos males no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. São Paulo: Editora Hucitec, Nupens/USP, 1995. p.268-278.
- GARCIA, Olga Regina Zigelli. De frente com a morte: quando só nos resta confortar. ARRUDA, Eloíta Neves; GONÇALVES, Lúcia H. Takase (org.). *A Enfermagem e a arte de cuidar*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p.177-183.
- GEIB, Lorena Teresinha Consalter. *Educare: ensaiando a pedagogia do cuidar*. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade de Passo Fundo, Florianópolis, 2000.
- GUTIERREZ, Maria Gabi Rivero de; CASTRO, Rosa Aparecida Pimenta; AGUINAC Stella. O ensino da cancerologia nos cursos de graduação em Enfermagem: por que para quê? *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.11-18. jan./mar. 1993.
- HEINRICH, Kathleen; KILLEN, Mary Ellen. The gentle art of nursing yourself. *American Journal of Nursing*. p.41-45, oct. 1993.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa. *Diferenças socioeconômicas regionais e mortalidade por câncer de estômago em Santa Catarina*. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, EDUSP, 1979.

KOIFMAN, Sérgio. Incidência de câncer no Brasil. In: MINAYO, Maria Cecília. *Os municípios, saúde e população na década de 80*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucit Abrasco. 1995.

LANGE, Celmira. *Os significados de autocuidado segundo as enfermeiras*. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

LESHAN, Lawrence. *O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais da saúde*. Trad. por Denise Bolanho. São Paulo: Summus Editorial Limitada, 1992. Tradução de: *Cancer a turning point: a handbook for people with cancer, their families and health professional*.

LOPES, Emília Rebelo et al. Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. Rio de Janeiro, v.1, n.11/12, p.505-516, nov./dez., 1995.

LOPES, Regina L. Mendonça. Repensando na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v.42, n.4, p.219-225, 1996.

LUNARDI, Valéria Lerch. *Gente que cuida de gente também é gente*. In: ARRUDA, Elci Neves; Gonçalves, Lúcia H. Takase (org.). *A Enfermagem e a arte de cuidar*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p.213-221.

MERCÊS, Nen Nalú Alves das. *As representações sociais do câncer: enfermos e familiares*

compartilhando uma jornada. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva. DATASUS. *Óbitos por Residência e Faixa Etária segundo ano do Óbito*. Disponível na Internet <<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim?dysc.defl>> Acesso em 15/11/00.

MURAD, André Márcio; KATZ, Artur. *Oncologia: bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S A, 1996.

MURAD, André Márcio; TRIGINELLI, Sérgio Augusto. *Manual de oncologia ginecológica*. Belo Horizonte: Health, 1996.

MURPHY, Gerald; LAWRENCE, Walter; LENHARD, Raymond E. *Oncologia Clínica Manual de la American Cancer Society*. 2 ed. OPAS, ACS, 1996.

NEVIDJON, Brenda M.; SOWERS, Kevin W. *A nurse's guide to cancer care*. Lippincott Williams & Wilkins, New York – Baltimore, 2000.

NUNES, Dulce Maria. Cuidado, um espaço de criação. In: ARRUDA, Eloíta Neves; GONÇALVES, Lúcia H. Takase (org.). *A Enfermagem e a arte de cuidar*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p.97-106.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. *La Salud de la Mujer en las Americas*. 1985. Publicación Científica 488.

PALLÁS, Josep JM. Argimon; VILLA, Josep J. *Métodos de investigación: clínica epidemiológica*. Madrid: Harcourt, 1991.

PEIXOTO, Heloísa Côrtes Gallotti. *Mortalidade em Santa Catarina: aplicações de um indicador anos potenciais de vida perdidos*. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1995.

RADÜNZ, Vera. *Cuidando e se cuidando: fortalecendo o “self” do cliente oncológico e o “self” da enfermeira*. 2.ed., Goiânia: AB, 1999a.

RADÜNZ, Vera. *Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do ‘burnout’*. Florianópolis, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999b.

REMEN, Raquel Naomi. *O paciente como ser humano*. Tradução por Denise Bolanho. São Paulo: Summus Editorial Limitada, 1993. Tradução de: *The Human Patient*.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *Fundação de Apoio ao Hemosc/CEPC*. Folheto.

SILVA, Alcione Leite. *O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado*. In: MEYER, Dogmar E.; WALDOW, Vera R.; LOPES, Marta J. M. (org). *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed Médicas, 1998. p.195-241.

SOUZA, Ana Isabel Jatobá. *No cuidado com os cuidadores em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire*. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá. *O ser que cuida em enfermagem: o cuidador*. In: ARRUELO, Eloíta Neves; GONÇALVES, Lúcia H. Takase (org.). *A Enfermagem e a arte de cuidar*

Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p.47-51.

TEIXEIRA, Maria T. B.; MENDONÇA Gulnar A. S. Epidemiologia do câncer no Brasil.

LESSA, Ines, et al. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia e doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucit Abrasco, 1998.

UUSTAL, Diann B. The ultimate balance: caring for yourself-caring for others. *Orthopaedic nursing*. New Jersey, v.11, n.3, p.11-5, may/june. 1992.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gublenkian, 1993.

VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Maria Helena da Silva. *Câncer: problema de saúde pública e saúde ocupacional*. Porto Alegre: RM&L Gráfica. 1997.

VIEIRA, Ilse Lisiane Viertel. *Não-aderência ao tratamento da tuberculose: uma pesquisa qualitativa*. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

WALDOW, Vera Regina et al. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1975.

WALDOW, Vera Regina. A arte e a estética de ser na Enfermagem: mulher e cuidado, natureza, recordações e dor noturna. In: ARRUDA, Eloíta Neves; GONÇALVES, Lúcia H. Takase (org.). *A Enfermagem e a arte de cuidar*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p.29-38.

WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves. Saudade. In: ARRUDA, Eloíta Neves; GONÇALVES, Lúcia H. Takase (org.). *A Enfermagem e a arte de cuidar*. Florianópolis: Editora UFSC, 1999. p.77-81.

ZANCHETTA, Margareth Santos. *Enfermagem em cancerologia*. Rio de Janeiro: Revint Ltda., 1993.

9 - ANEXOS

ANEXO 1

Tabela: Estimativas da região sul para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em homem, segundo localização primária.

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos		Estimativa dos Óbitos	
	Nº de Casos	Taxa Bruta	Nº de Óbitos	Taxa Bruta
Neoplasia maligna da Pele não Melanoma	5.060	41,36	90	0,66
Neoplasia maligna da Traquéia, Brônquios e Pulmão	3.780	30,93	2.910	23,79
Neoplasia maligna do Estômago	2.970	24,37	1.650	13,46
Neoplasia maligna da Próstata	2.850	23,34	1.360	11,06
Neoplasia maligna do Cólon e Reto	1.570	12,85	760	6,18
Neoplasia maligna do Esôfago	1.730	16,63	1.220	9,96
Leucemias	569	4,65	560	3,75
Neoplasia maligna da Boca	1.300	10,64	490	3,94
Outras Localizações	9.471	77,51	5.480	44,85
Total	29.300	239,80	14.520	118,84

Fonte: Ministério da Saúde 2000 a

Tabela 2: Estimativas da região sul para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos		Estimativa dos Óbitos	
	Nº de Casos	Taxa Bruta	Nº de Óbitos	Taxa Bruta
Neoplasia maligna da Pele não Melanoma	4.510	36,00	50	0,41
Neoplasia maligna da Mama Feminina	4.140	33,11	1.640	13,09
Neoplasia maligna da Traquéia, Brônquios e Pulmão	1.340	10,73	1.090	8,66
Neoplasia maligna do Estômago	1.020	8,12	730	5,76
Neoplasia maligna do Colo do Útero	2.560	20,35	760	6,04
Neoplasia maligna do Cólon e Reto	1.380	11,05	750	6,01
Neoplasia maligna do Esôfago	560	4,47	380	3,02
Leucemias	575	4,59	370	2,96
Neoplasia maligna da Boca	350	2,75	110	0,93
Outras Localizações	12.005	95,88	5.250	41,93
Total	28.440	227,15	11.130	88,90

Fonte: Ministério da Saúde 2000 a

ANEXO 2

Tabela: Anos Potenciais de Vida Perdidos e óbitos femininos de 10 a 69 anos, segundo tipo de câncer, Santa Catarina, 1995

Tipos de câncer	Apvp			OBITOS			
	ord	número	%	apvp /óbito	número	%	ord
mama	1	2665,0	17,0	18,6	143	15,6	1
colo de útero	2	1950,0	12,4	22,2	88	9,6	2
útero	3	1245,0	7,9	18,6	67	7,3	4
estômago	4	1102,5	7,0	17,5	63	6,9	5
leucemia	5	947,5	6,0	27,9	34	3,7	8
traqueia, bônquios e pulmão	6	900,0	5,7	12,2	74	8,1	3
ovário, anexos e out.genitais	7	625,0	4,0	14,5	43	4,7	6
colon	8	520,0	3,3	16,3	32	3,5	7
pâncreas	9	350,0	2,2	11,7	30	3,3	9
esôfago	10	310,0	2,0	10,3	30	3,3	10
reto, junção retosigm. e ânus	11	305,0	1,9	16,1	19	2,1	11
outras e os não especificados		4747,5	30,3	16,0	296	32,2	
TOTAL		15667,5	100,0	17,0	919	100,0	

Fonte: Peixoto 1997

ANEXO 3

Tabela: Óbitos por Residência, por faixa etária, segundo ano de Óbito, por Neoplasia Maligna do Colo do Útero em Florianópolis no período de 1996 a 1998.

Ano do Óbito	Faixa Etária							TOTAL
	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 a mais	
1996	00	02	01	02	04	01	00	10
1997	00	02	01	02	01	01	01	08
1998	01	01	06	02	01	00	02	13

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde).

ANEXO 4

Variáveis de Estudo

Variável	Descrição	Medida
Idade	Verificar a idade	Idade em anos completos
Número de Filhos	Verificar a quantidade de filhos	Número de filhos
Número de empregos	Verificar a quantidade de empregos	Número de empregos
Situação econômica	Verificar a situação econômica	Número de salários mínimos
Vida sexual	Verificar a idade em que iniciou sua vida sexual ativa	Idade em anos
Situação Marital	Verificar a situação conjugal	solteira, casada, separada, desquitada, divorciada, viúva, amasiada
Antecedentes familiares	Verificar se algum familiar já desenvolveu câncer cérvico-uterino	Sim, Não, Desconhece
Exame colpocitológico	Verificar a idade com a qual começou a realizar o exame	Idade em anos
Exame colpocitológico	Verificar se realiza o exame atualmente	Sim, Não
Exame colpocitológico	Verificar com que frequência	Pergunta aberta

Variável	Descrição	Medida
	realiza o exame	
Exame colpocitológico	Verificar se conhece o resultado do seu exame	Sim, Não
Exame colpocitológico	Verificar se guarda o resultado do seu exame consigo	Sim, Não
Exame colpocitológico	Verificar o conhecimento a respeito da periodicidade do exame	Escala de Lickert
Exame colpocitológico	Verificar atitudes	Escala de Lickert
Fatores de risco	Quais fatores de risco que as profissionais reconhecem a que estão expostas como mulheres.	Escala de Lickert

ANEXO 5**Questionário**

- 1 - Pseudônimo: _____ 2 - Idade: _____
- 3 - Número de Empregos: _____
- 4 - Local de Trabalho: _____ Turno: _____
Local de Trabalho: _____ Turno: _____
- 5 - Renda *per capita* da família:
Total dos rendimentos: _____
Número de pessoas na família: _____
- 6 - Situação Marital: () Solteira () Casada () Separada () Desquitada
() Divorciada () Viúva () Amasiada () Outros, qual? _____
- 7 - Número de filhos: _____
- 8 - Possui algum familiar com história de câncer cérvico-uterino?
() Sim () Não () Desconhece
- 9 - Idade que iniciou sua vida sexual ativa? _____
- 10 - Número de parceiros sexuais no último ano: _____
- 11 - Número de parceiros até a presente data: _____
- 12 - Idade com a qual começou a realizar seu exame colpocitológico? _____
- 13 - Realiza o exame colpocitológico atualmente? () Sim () Não
- 14 - Qual a periodicidade com que realiza o seu exame colpocitológico?

-
- 15 - Conhece o resultado do seu exame colpocitológico? () Sim () Não
- 16 - Guarda o resultado do seu exame colpocitológico consigo? () Sim () Não
- 17 - Possui Plano de Saúde? () Sim () Não
- 18 - Que tipo de plano de Saúde? _____

19 - Quais as dificuldades que encontra para realizar seu exame colpocitológico?

20 - Quais as facilidades/motivações que encontra para realizar o seu exame colpocitológico?

21 - Onde realiza seu exame colpocitológico: () Hospital/Particular

() Clínica particular () Centro de saúde () Hospital/SUS

() Outros. Defina qual: _____

22 - Fuma? () Sim () Não. Quantos cigarros por dia? _____

23 - Você considera que a idade é um fator de risco para desenvolver câncer cérvico-uterino?

() Sim () Não

24 - Se você considera que sim, assinale a faixa etária que seria de maior risco:

() menores de 29 () 30 a 39 () 40 a 49 () 50 a 59

() 60 a 69 () 70 a 79 () 80 a mais

25. O papel principal da equipe de enfermagem é o cuidado ao ser humano.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

26. O cuidado ao ser humano não faz parte da assistência de enfermagem.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

27. Para que o cuidado ao outro seja realmente eficaz é necessário primeiro aprender a cuidar de si mesmo.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

28. O autocuidado individual de cada componente da equipe de enfermagem em nada interfere no cuidado ao outro.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

29. A equipe de enfermagem deve estar comprometida com a prevenção do câncer ginecológico através da informação e encaminhamento da população feminina ao exame colpocitológico.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

30. Promover a informação e encaminhar as mulheres para realização do exame colpocitológico não é de competência da equipe de enfermagem.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

31. Todos os profissionais de enfermagem, independente da área de atuação, devem estar comprometidos com a promoção e prevenção do câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

32. A promoção e prevenção do câncer cérvico-uterino deve ser realizada exclusivamente por profissionais que atuem em saúde pública.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

33. Fácil acesso nos serviços básicos de saúde para realização do exame colpocitológico é um direito de todas as mulheres.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

34. Existem programas mais importantes na área da saúde da mulher que devem ser priorizados ao invés do exame colpocitológico.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

35. A dificuldade de acesso para realizar o exame colpocitológico se torna um obstáculo para a mulher que deseja realizá-lo.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

36. No atual sistema de saúde as mulheres realizam o seu exame colpocitológico com facilidade.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

37. O exame colpocitológico é o método mais adequado para o controle do câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

38. Existem exames mais eficazes que o exame colpocitológico para o controle do câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

39. O principal benefício do exame colpocitológico é a detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

40. Não existe nenhum tipo de comprovação de que o exame colpocitológico seja eficaz na detecção do câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

41. O exame colpocitológico deve ser realizado anualmente.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

42. O exame colpocitológico deve ser realizado a cada dois anos sem exceção.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

43. O exame colpocitológico deve ser realizado a cada três anos, após obtenção de dois resultados negativos com intervalo de 1 ano.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

44. Não existe uma periodicidade estabelecida para realização do exame colpocitológico.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

45. Algumas mulheres ainda possuem tabus e/ou preconceitos em realizar o exame colpocitológico.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

46. Atualmente todas as mulheres realizam o exame colpocitológico sem apresentar nenhum tipo de tabu e/ou preconceito.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

47. As mulheres que realizam o exame colpocitológico devem guardar consigo os resultados.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

48. O resultado do exame colpocitológico deve ficar anexado no prontuário.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

49. A guarda do resultado do exame colpocitológico deve ser de responsabilidade da mulher.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

50. A responsabilidade pela guarda do resultado do exame colpocitológico é do médico.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

51. O câncer cérvico-uterino é uma das principais causas de morte por câncer entre a população feminina brasileira.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

52. As taxas de mortalidade por câncer cérvico-uterino no Brasil não são preocupantes.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

53. Através de ações preventivas é possível alcançar, de forma efetiva e com custo baixo, o controle do câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

54. A quimioterapia e a radioterapia são as melhores formas e as mais baratas para o controle do câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

55. A cobertura alcançada pelo exame colpocitológico no Brasil ainda é muito baixa.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

56. Quase a totalidade das mulheres brasileiras realiza o exame colpocitológico.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

57. Iniciar atividade sexual em idade precoce é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

58. O início da atividade sexual em idade precoce não é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

59. A multiplicidade de parceiros aumenta o risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

60. A multiplicidade de parceiros não aumenta o risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

61. A história de doenças sexualmente transmissíveis resulta num maior risco para desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

62. A história de doenças sexualmente transmissíveis não resulta num maior risco para desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

63. O baixo nível socioeconômico relaciona-se a um risco maior de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

64. O baixo nível socioeconômico não está relacionado a um risco maior de desenvolver um câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

65. As carências nutricionais são consideradas como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

66. As carências nutricionais não são consideradas como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

67. O tabagismo é visto como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

68. O tabagismo não é visto como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

69. O câncer cérvico-uterino está relacionado também ao fator hereditário.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

70. O câncer cérvico-uterino não está relacionado ao fator hereditário.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

71. O uso de medicamentos pode resultar num maior risco para desenvolvimento de câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

72. O uso de medicamentos não resulta num maior risco para desenvolvimento de câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

73. O álcool representa um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

() Concordo () Concordo () Não tenho () Discordo () Discordo
 Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

74. O álcool não representa um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

75. As radiações representam um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

76. As radiações não representam um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

77. Fatores ocupacionais relacionam-se a um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

78. Fatores ocupacionais não se relacionam a um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

79. A poluição ambiental provoca um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

80. A poluição ambiental não provoca um maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino.

Concordo Concordo Não tenho Discordo Discordo
Plenamente em parte opinião em parte Plenamente

ANEXO 6

Karin Cynthia Cardozo

A concepção e utilização da técnica do exame colpocitológico como prática preventiva pelas enfermeiras vinculadas a duas instituições hospitalares de Florianópolis.

Proposta de pesquisa para elaboração de dissertação para obtenção da titulação de mestre em Saúde pública. Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora: Dra. M^{re} de Lourdes de Souza. Co-orientadora: Dra. Vera Radunz

ADG e posteriormente,
A. Centro de Saúde,
A.C.T. e Paracense
Paralelamente à
pesquisa e seleção
de enfermeiros vinculados
a estas instituições de
saúde pública de
Florianópolis
Dra. Sandra
Mestre Técnica
19/09/00

Florianópolis
2000

Dr. Comiss.
de DG, este
releitor e anexando.

26/09/00

De acordo com
parecer do Serviço Técnico
Dra. Lourdes de Souza
DIRETORA GERAL
CEPON

hu SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

Florianópolis, 15 de Setembro de 2.000.

OF. nº 014/DE/HU/00.

DE: Enf. Maria Anice da Silva
Diretoria de Enfermagem do HU
Para: Karin Cynthia Cardozo
Aluna do Mestrado de Saúde Pública da UFSC

Prezada Senhora

Informamos que o Projeto para a monografia, intitulado “A concepção e utilização da técnica do exame colpocitológico como prática preventiva pelas enfermeiras vinculadas a duas instituições hospitalares de Florianópolis”, foi analisado pela Comissão de Ética de Enfermagem do HU-UFSC, que declara não haver nenhum impedimento do ponto de vista ético para a sua realização, portanto, poderá ser desenvolvido nesta instituição.

Aproveitamos da oportunidade para parabenizar os alunos pela iniciativa e escolha do tema e do local, colocando-nos à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,



Enfª Maria Anice da Silva
COREN – SC 11.787

ANEXO 7

Carta de Apresentação

Eu, Karin Cynthia Cardozo, aluna do mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina estou desenvolvendo uma pesquisa na área de epidemiologia, para verificar como é a concepção e a prática das profissionais sobre Câncer cérvico uterino, riscos e prevenção.

Considerando que sua participação como integrante da população de estudo é muito importante, convido-o a responder este instrumento de coleta de dados. Esclareço que, os dados obtidos serão trabalhados de modo agrupado, sem possibilidade de que você seja identificado como pessoa e profissional.

Além disso, você poderá deixar de responder o instrumento em sua totalidade, pois lhe está assegurado o direito de não querer participar da pesquisa. E também, devido ao fato de prejudicar a pesquisa caso deixe de responder alguma(s) pergunta(s).

Entretanto, se você me der o privilégio do seu apoio peço que não deixe nenhuma questão em branco e que assine abaixo o termo de consentimento.

Finalmente, agradeço e parablenizo a você, pois participar desta pesquisa certamente estará me ajudando a contribuir para que mulheres lutem pela evitabilidade do câncer cérvico uterino.

Consentimento:

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, respondendo as perguntas de minha livre e espontânea vontade.

Assinatura _____.

ANEXO 8

Mortalidade - CID-9

Óbitos p/Residência por Ano do Óbito e Faixa Etária

Causa - CID-BR: Neoplasma maligno do colo do útero

Causa - Cap. CID: II. Neoplasmas

Período: 1979-1995

Ano do Óbito	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
TOTAL	1	39	174	335	254	183	97	39	6	1.128
1979	0	1	3	11	8	1	2	2	0	28
1980	0	0	5	10	12	4	4	4	1	40
1981	0	3	8	12	10	7	4	2	0	46
1982	0	2	7	10	9	8	1	0	0	37
1983	0	3	6	13	9	9	3	0	0	43
1984	1	1	6	15	17	15	7	0	0	62
1985	0	1	14	20	13	11	9	2	2	72
1986	0	2	8	22	8	10	5	0	0	55
1987	0	3	11	24	6	9	8	4	0	65
1988	0	4	15	15	16	5	4	1	1	61
1989	0	2	18	23	15	8	4	5	1	76
1990	0	2	6	19	15	17	4	3	1	67
1991	0	4	15	24	24	12	11	0	0	90
1992	0	2	13	36	23	26	12	7	0	119
1993	0	1	10	23	25	7	8	2	0	76
1994	0	4	9	25	19	21	4	4	0	86
1995	0	4	20	33	25	13	7	3	0	105

Fonte Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde)