

Enfermagem e Saúde da Mulher: evidências para o cuidado

Camilla Pontes Bezerra



Enfermagem e Saúde da Mulher: evidências para o cuidado

Camilla Pontes Bezerra

Enfermagem e Saúde da Mulher
evidências para o cuidado

**Camilla Pontes Bezerra
(Organizadora)**

Enfermagem e Saúde da Mulher evidências para o cuidado

 **IMAC**
Editora

2020

© 2020 Camilla Pontes Bezerra



Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Editora IMAC

E-mail: contato@editoraimac

Site: www.editoraimac.com.br

Organização

Camilla Pontes Bezerra

Direção editorial

Ivana Cristina Vieira de Lima Maia

Normalização bibliográfica

Rosana de Vasconcelos Sousa

Diagramação e capa

Talita Pontes Mendes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 Enfermagem e saúde da mulher [recurso eletrônico]: evidências para o cuidado / Organizado por Camilla Pontes Bezerra. — Fortaleza: IMAC, 2020. 114 p. : il., color.

Formato: PDF

Requisitos do sistema: *Adobe Acrobat Reader*

Modo de acesso: *World Wide Web*

ISBN 978-65-993219-2-4

1. Enfermagem. 2. Mulher - Saúde. I. Bezerra, Camilla Pontes. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

CONSELHO EDITORIAL

Profa. Dra. Julyana Gomes Freitas – Universidade de Fortaleza

Prof. Ms. Francisco Régis da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Samyla Citó Pedrosa - Prefeitura Municipal de Recife

Profa. Dra. Vanessa da Frota Santos - Universidade Federal do Ceará



2020

APRESENTAÇÃO

O livro “Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado” apresenta uma coletânea de pesquisas realizadas com mulheres em suas mais variadas facetas: as gestantes, as parturientes, as puérperas, as mastectomizadas por câncer de mama e as que vivem com endometriose.

Por meio de uma leitura agradável e objetiva, apresenta ao leitor evidências essenciais para a assistência em saúde da mulher, especialmente aquela oferecida pela equipe de enfermagem. Independentemente da idade e da condição de saúde, as pesquisas apresentadas demonstram que as mulheres podem viver com qualidade de vida e que merecem uma atenção em saúde humanizada e integral.

Espera-se que a leitura forneça aos profissionais de saúde e à comunidade científica em geral subsídios para a tomada de decisão clínica, com vistas a prevenir agravos e promover a segurança e a qualidade no atendimento oferecido, com reforço à importância de uma boa comunicação, empatia e escuta qualificada na assistência em saúde direcionada às mulheres.

Ivana Cristina Vieira de Lima Maia
Diretora editorial

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 11

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA

Edna Maria Alves de Lima

Taís de Lima Castro

Georgia Patrícia Pontes Bezerra

Lícia Helena Farias Pinheiro

Leandro da Silva Ribeiro

Annelise Bezerra de Aguiar

Camilla Pontes Bezerra

CAPÍTULO 2 25

FATORES DE RISCO PARA SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO

Francisca Glaucineide Mendonça Vieira

Vanessa Kellyanne Bezerra Campelo

Deuza Maria Pinheiro de Oliveira

Francisca Glaucineide Mendonça Vieira

Suyane Pinto de Oliveira Bilhar

Júlio César Lira Mendes

Camilla Pontes Bezerra

CAPÍTULO 3 39

CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ENTRE AS USUÁRIAS DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

Maria Priscila Oliveira da Silva

Emanuelle Rabelo Cordeiro

Márcia Maria Lima Xavier

Pamella de Castro Duarte Pordeus

Luanna Silva Araújo

Maria da Penha Pereira Silva

Camilla Pontes Bezerra

CAPÍTULO 452

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO PARTO: PERCEPÇÃO DA PUÉRPERA

Vanessa da Frota Santos

Danielle Tavares Soares

Morgana Boaventura Cunha

Camila Lima Ribeiro

Cláudia Lobo Ferreira Balthazar

Joana Liriss Siqueira Rodrigues

Camilla Pontes Bezerra

CAPÍTULO 568

PERCEPÇÃO DAS MULHERES FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE

Maria dos Navegantes Santos de Araújo

Erinete Melo da Silva Freire

Camylla Maria Ribeiro de Souza

Maria Vânia Sousa Santos

Marina Braga de Azevedo

Rosane Reis Rocha

Camilla Pontes Bezerra

CAPÍTULO 683

GESTANTES COM SÍFILIS: PERFIL DE UMA POPULAÇÃO INFECTADA E REFLEXÕES SOBRE SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Rodrigo Castro Sampaio

Bruna Nunes Osterno

Maria Eliane Andrade da Costa

Alexsandro Ferreira Rocha

Carlos Jerson Alencar Rodrigues

Francisca Livia Martins Lobo

Camilla Pontes Bezerra

CAPÍTULO 7 99

**PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO
DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E ATENDIMENTO NO PARTO E
PÓS-PARTO**

Maria Lucivânia Pereira da Silva

Nadla Thais Moreira Limeira

Francisca Janete dos Santos Marques

Paula Silva Aragão

Silvana Mêre Cesário Nóbrega

Patrícia Amanda Pereira Vieira

Camilla Pontes Bezerra

CAPÍTULO 1

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA

Edna Maria Alves de Lima

Taís de Lima Castro

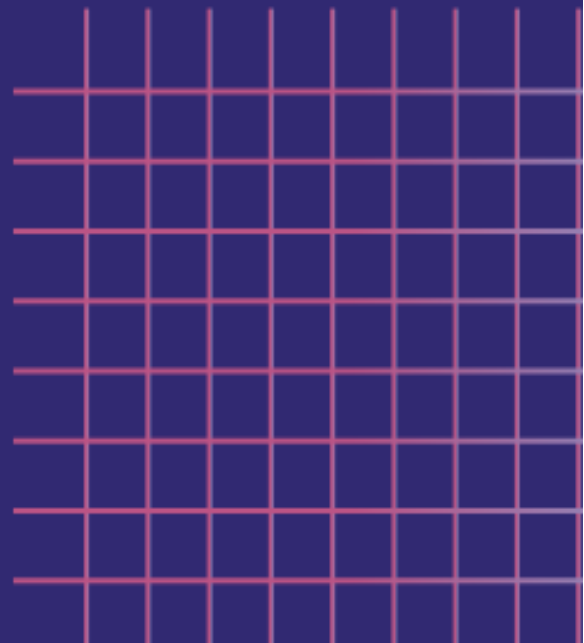
Georgia Patrícia Pontes Bezerra

Lícia Helena Farias Pinheiro

Leandro da Silva Ribeiro

Annelise Bezerra de Aguiar

Camilla Pontes Bezerra



RESUMO

O carcinoma mamário no Brasil é o que mais causa mortes entre as mulheres, sendo sua incidência alta. O diagnóstico deste tipo de câncer pode ser feito através do autoexame das mamas, da mamografia e ultrassonografia. O diagnóstico de câncer de mama causa um efeito devastador na vida de uma mulher. Sabe-se que o medo de morrer é a questão principal, e a busca pelo tratamento adequado e cura são constantes. Assim, esse trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas por câncer de mama. Trata-se de um estudo descritivo, com análise qualitativa dos resultados, realizado no período de agosto a outubro de 2018, em um programa de responsabilidade social de uma universidade privada de Fortaleza-Ceará. Foi utilizada a entrevista estruturada para coleta de dados. A qualidade de vida de mulheres mastectomizadas é influenciada por vários fatores biopsicossociais e ambientais. A descrição verbal das entrevistadas sugere dificuldades em aceitar o câncer de mama. Verificaram-se nos relatos que logo ao saberem sobre o diagnóstico de câncer houve piora na qualidade de vida, porém a superação da doença foi presente no decorrer do tratamento. Conclui-se que a qualidade de vida das pacientes mastectomizadas está, portanto, diretamente relacionada ao fator psicológico e aceitação de si mesma. Os indicadores de qualidade de vida poderão auxiliar na prática clínica, nortear estratégias de intervenção terapêutica, avaliar sucesso da intervenção após cirurgia e tratamento oncológico, além de criar parâmetros para definição de ações no sentido de promoção de saúde individual ou coletiva.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Enfermagem. Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o câncer mais frequente na população feminina no mundo, com 1,38 milhões de casos novos diagnosticados em 2008. Cerca de 75% dos casos novos de câncer de mama ocorrem nos países em desenvolvimento. Também é a principal causa de morte por câncer na população feminina, com mais da metade das mortes ocorrendo nos países em desenvolvimento. No Brasil, as neoplasias são a segunda causa de morte na população feminina e o câncer de mama constitui uma das principais causas de morte por câncer na população feminina entre 20 e 69 anos. A taxa de incidência é quase o dobro da taxa do segundo câncer mais incidente (câncer do colo do útero). As estimativas de casos novos para 2010 são de cerca

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

de 50 mil casos, com aproximadamente 18 mil ocorrendo nas capitais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011a).

Internacionalmente, tem-se observado, em alguns países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer, o que está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e à oferta de tratamento adequado. Em outros países, como no caso do Brasil, a elevação da incidência tem sido acompanhada do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

O carcinoma mamário é provavelmente o câncer mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS, 2005).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2011b), o câncer é um dos problemas de saúde públicos mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta. Evidencia-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido.

Dentre as neoplasias malignas, o câncer de mama, tem se mostrado o responsável pelos maiores índices de mortalidade no mundo, tornando-se uma das grandes preocupações em saúde pública, no que diz respeito à saúde da mulher (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Segundo o relatório do *World Cancer Research Fund International* (2018) e do *American Institute for Cancer Research*, cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados por meio da prevenção adequando alimentação e nutrição adequadas, atividade física regular e manutenção do peso ideal. Em outubro de 2010, o Instituto Nacional do Câncer lançou suas recomendações para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil, destacando a importância da amamentação, da prática de atividades físicas e do controle do peso, e da ingestão de álcool, como formas de prevenir o câncer de mama. A redução da indicação de reposição hormonal na menopausa nos Estados Unidos, na década de 2000, acompanhou-se de uma redução importante na incidência desse câncer nas mulheres com mais de 50 anos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

O diagnóstico deste tipo de câncer, de acordo com Veronesi (2002), pode ser feito através do auto-exame das mamas, da mamografia e da ultrassonografia. O diagnóstico precoce

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

do câncer é de grande importância, pois tenta evitar a disseminação das células malignas pelo corpo.

O exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.

A mulher, quando é diagnosticada com câncer de mama, se envolve em três etapas: o recebimento do diagnóstico de ser portadora da doença, a realização de um tratamento longo e agressivo, e a aceitação de um corpo marcado por uma nova imagem com a necessidade de aceitação e convivência com a mesma (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Diante do diagnóstico, o médico, dependendo do tipo histológico, tamanho e localização do tumor, idade, vai escolher o tipo de cirurgia ideal para aquela paciente em específico. A cirurgia no câncer de mama tem por objetivo promover o controle local, com a remoção de todas as células malignas presentes junto ao câncer primário; proporcionar maior sobrevida, orientar a terapia sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da doença e identificar grupo de maior risco de metástase à distância (CAMARGO; MARX, 2000).

São diversos os tipos de procedimentos cirúrgicos: os conservadores (tumorectomia e quadrantectomia ou segmentectomia) e os radicais denominados mastectomias radicais modificadas: tipo Patey e de Madden e a mastectomia radical de Halsted.

Sabe-se que aproximadamente 50% das mulheres sobreviverão por, pelo menos, quinze anos após o diagnóstico e deverão ajustar-se às sequelas cirúrgicas, devido ao aumento das taxas de detecção precoce e à melhoria nos tratamentos oferecidos (HUGUET *et al.*, 2009).

Um diagnóstico como o do câncer de mama causa um efeito devastador na vida de uma mulher. Sabe-se que o medo de morrer é a questão principal, e a busca pelo tratamento adequado e pela cura são uma constante. Após a fase aguda do tratamento, aos poucos, há uma predisposição a se retornar à qualidade de vida de antes do diagnóstico, ou mesmo a ocorrerem mudanças positivas na qualidade de vida, com oportunidade de crescimento pessoal. Em grande parte dos casos a vida passa a ter um maior sentido e há a reestruturação de prioridades (HUGUET *et al.*, 2009).

Qualidade de vida tem uma diversidade potencial de condições que afetam: a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenção médicas (HUGUET *et al.*, 2009).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Com base nas considerações apresentadas, cabe aqui levantar a questão da presente pesquisa: Como é a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas por câncer de mama? Como a qualidade de vida para as mulheres que vivem com essa doença por muitos anos se torna importante e fundamental para viverem melhor, surgiu o interesse de estudar como é a qualidade de vida dessas mulheres mastectomizadas por câncer de mama.

A relevância do estudo encontra-se na necessidade de aprofundar a discussão sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas por câncer de mama num projeto de responsabilidade social do Centro Universitário Estácio do Ceará (FIC), Programa de Assistência à Mulher Mastectomizada (PROAMMA), prestado gratuitamente à sociedade e o impacto que o tratamento de câncer de mama, causa na qualidade de vida dessas mulheres. Além disso, esperamos trazer contribuições ao debate sobre as dificuldades dessas mulheres, no que se refere à qualidade de vida.

2 OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas por câncer de mama.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo. A pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever as características de uma população ou um fenômeno, além de identificar se há relação entre as variáveis analisadas. O questionário e a observação são seus principais instrumentos (MASCARENHAS, 2012).

Quanto à abordagem, é qualitativa. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador fica à vontade para desenhar o estudo da forma que julgar mais viável. Porém, é importante ressaltar que a pesquisa deve apresentar uma estrutura sólida e coerente, capaz de receber a aprovação dos membros da comunidade científica (MASCARENHAS, 2012).

O estudo foi realizado em um PROAMMA, um projeto de responsabilidade social do Centro Universitário Estácio do Ceará / FIC prestado gratuitamente à sociedade, que consiste em favorecer a criação de estratégias que possibilitem o diagnóstico precoce de câncer de mama, e dar assistência àquelas com a confirmação do diagnóstico, propiciando a promoção da saúde e melhorando a qualidade de vida, durante o período de agosto a outubro de 2018.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

A amostragem foi constituída por mulheres mastectomizadas vítimas do câncer de mama que participam do PROAMMA. Foram utilizados como critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa: ter idade igual ou maior de 18 anos, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista estruturada ou livre. Esta é uma entrevista que não requer um roteiro prévio de perguntas, sendo composta apenas de estímulos iniciais, ditados pelo pesquisador, com fins de orientação do pesquisado. O entrevistado é livre para conduzir o processo, enquanto o entrevistador foca sua atenção na coleta de dados mediante comunicação ativa e organização do fluxo de informações relativas às variáveis investigadas (MOURA; FERREIRA, 2005).

As entrevistas foram gravadas, mediante a autorização das participantes. A mesma teve natureza interativa, permitindo tratar de temas complexos, face a face de maneira metódica, permitindo proporcionar resultados satisfatórios e informações necessárias (LAKATOS; MARCONI, 2004).

Após a entrevista, os conteúdos das falas foram transcritos e analisados com base nas questões norteadoras e depois selecionadas por temáticas oriundas da análise das transcrições. As informações obtidas por meio das entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo como forma de organização dos dados, que segundo Bardin (2011) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

Uma das características que define a análise de conteúdo é a busca do entendimento da comunicação entre as pessoas, apoiando-se no (re) conhecimento do conteúdo das mensagens. Esta análise não quer saber apenas “o que se diz”, mas “o que se quis dizer” com tal manifestação.

A análise foi realizada com base na literatura pertinente à qualidade de vida das mulheres mastectomizadas por câncer de mama e vivência dos pesquisadores no PROAMMA, cenário do estudo.

Inicialmente a coordenadora do projeto foi informada sobre a pesquisa e o consentimento se deu por meio de apresentação de ofício, folha de rosto da pesquisa e carta de apresentação da pesquisa, com os devidos tópicos que iriam ser abordada durante a entrevista, anexada.

Como exigido, o estudo foi submetido via online à Plataforma Brasil e encaminhado a um Comitê de Ética e Pesquisa para análise dos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; que foi entregue à mulher, a fim de se obter a concordância e assinatura da participante. Também lhes asseguramos a privacidade e a proteção da identidade, a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. A fim de não identificar as participantes do estudo decidimos substituir seus nomes por tipos de flores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo seis mulheres de idade entre cinquenta e setenta e cinco anos. Destas, três eram casadas, duas separadas e uma viúva, ambas católicas. Em relação à ocupação, uma realizava atividade como técnica de segurança do trabalho; três delas eram donas de casa; uma era comerciante e a outra aposentada. A renda familiar variou entre um e três salários mínimos do ano vigente, seja por sua atividade laboral ou renda disponibilizada pelos filhos.

Na entrevista foram feitas perguntas relacionadas às seguintes temáticas: qualidade psicológica, imagem corporal, atividade sexual, relação marital, convívio familiar e amigos, atividade laboral, atividade de vida e reconstrução da mama.

Sendo assim, as categorias temáticas que surgiram na pesquisa, após análise criteriosa das falas, foram: “Mastectomia: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial”; “Qualidade de vida” e “Reconstrução da mama”, que serão apresentadas a seguir.

4.1 Mastectomia: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial

Esta categoria temática teve como objetivo entender o sentimento, o impacto psicológico da doença, perda de parte do corpo e mudança na vida destas mulheres.

Os primeiros meses de reabilitação de uma mastectomia são caracterizados pelo movimento de reorganização para uma reinserção no mundo individual, social e espacial, visto que a mutilação dela decorrente favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres,

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal (BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006; FERREIRA; MAMEDE, 2003).

A forma como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso afeta sua existência, são pontos cruciais para um entendimento da nova dinâmica que a vida dessas mulheres assume como podemos perceber nas falas a seguir.

A princípio saber que era portadora de câncer de mama, uma doença tão invasiva, e que o tratamento era a retirada da mama, no primeiro momento, me deixou bastante deprimida e sem saber o que pensar e fazer, é como nascer de novo, plantar uma semente de vida. Entretanto após a mastectomia, e iniciarem os tratamentos quimioterápico e radioterápico, me senti mais forte e com esperança renovada de vida e com a sensação de que Deus está sempre conosco (ORQUÍDEA).

É mudança de vida, não esperava que aquilo acontecesse comigo, mas depois do resultado do câncer de mama e de que teria que realizar a mastectomia, não houve revolta e, sim, conformação, a vida transcorreu normal (ROSA DÁLIA).

O resultado de que estava com câncer de mama e teria que retirar a mama, mudou por completo a minha vida social e familiar, tornei-me mais estressada e grosseira, dificultando me relacionar com amigos e família, evitando dialogar em relação à doença e os fatores desencadeadores desta mudança de vida (ROSA).

Eu fiquei sensível, mas acho que são os 50 anos que estão chegando. Depois do câncer, a gente fica mais chorosa (MARGARIDA).

Um dos principais fatores que influenciam na imagem corporal da mulher é caracterizado pelos parâmetros que a sociedade impõe para a identificação do corpo perfeito, do corpo feminino. A sociedade valoriza o corpo perfeito como essencial na atração sexual, e isso pode ser observado nos meios de comunicação, no qual são utilizados corpos esculturais para vender os mais variados produtos, além do aumento significativo do número de cirurgias plásticas para implante de silicone. Nesse aspecto, a mastectomia pode provocar consequências importantes na vida da mulher em razão das modificações estéticas decorrentes, e assim, desencadear novas reações relacionadas ao próprio corpo e às demais pessoas (PRADO, 2002).

Percebemos que todas as pacientes ficaram emocionalmente abaladas, por não terem conhecimento suficiente em relação à doença e desconhecimento do tratamento adequado ou por medo da necessidade de submeter-se ao procedimento cirúrgico. As pacientes demonstraram seus sentimentos de forma diferente, umas mais agressivas e outras mais sensíveis. Em alguns momentos a sensibilidade das pacientes, ao recordarem do momento em que receberam o diagnóstico, veio à tona através de um suspiro ou de lágrimas nos olhos. Pudemos constatar, portanto, que todas passaram por dificuldade para lidar com o diagnóstico do câncer.

4.2 Qualidade de vida

Esta categoria temática buscou entender a vida destas mulheres, mudanças positivas e negativas, superação da doença e suas perdas, assim como a caracterização de suas vidas no momento atual.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SALES *et al.*, 2001, p. 264). A qualidade de vida pode ser avaliada do ponto de vista do paciente, referindo-se à apreciação dos pacientes e satisfação com o seu nível funcional, comparado com o que ele percebe como sendo possível ou ideal (CELLA; CHERIN, 1988 citados por SALES *et al.*, 2001).

Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida dessas mulheres inclui os funcionamentos físico, psicológico, social, sexual e espiritual, nível de independência, ambiente e crenças pessoais, como percebemos nas falas abaixo:

Passei a valorizar mais o sentido da vida, o amor, a família, fortifiquei a minha religiosidade. E como falei anteriormente, é como nascer de novo, então a vida nova nos torna seres humanos melhores. Minha vida hoje tem mais sentido e as pequenas coisas, hoje tem mais valor. Os valores de cada um de nós está no interior de nossa alma e como a desenvolveram em prol de nossa vida e do outro. Quero dizer que mediante a doença, temos que ser forte, ter equilíbrio emocional e psicológico, a cabeça movimentar o corpo, adoece outros órgãos. Fé e esperança e Deus acima de tudo e presença da família, valorizando a vida em todos os momentos, e hoje sou muito feliz (ORQUÍDEA).

Minha vida tornou-se melhor, hoje valorizo a vida como se cada minuto fosse o último e sou feliz assim (ROSA DÁLIA).

Ainda não sei descrever de forma concreta a melhora de vida, me sinto bem quando estou junto da família e amigos que participam deste projeto, mas algumas vezes acho que a vida perdeu o sentido (ROSA).

Pra mim está ótimo, que eu estou aproveitando bastante, vou pra festa, vou passear, faço parte do programa, já trabalhei, cuidei dos filhos, agora tenho que usufruir, tem males que vem para o bem (DAMA DA NOITE).

Esses grupos que a gente faz parte, levanta muito o astral da gente, é muito bom, toda mulher que passa por isso, devia se engajar num grupo, eu participo de vários grupos como, Amigas do Peito, Toque de Vida. Passei a gostar mais de mim, me achar mais bonita, desfile de maiô, camisola, fiz ensaio fotográfico, pelo Toque de Vida (MARGARIDA).

A única limitação que tenho é sensibilidade do braço direito, aí recorri ao Proamma, fiz drenagem linfática, seis meses depois da cirurgia (GIRASSOL).

Percebemos que todas as pacientes após o acometimento da doença deram mais valor aos pequenos detalhes do seu cotidiano, tais como: vida, família, amigos e lazer. Dedicam seu tempo livre a momentos prazerosos participando, inclusive, de grupos de apoio recompensando assim o tempo em que estiveram psicologicamente abaladas no período em que estiveram debilitadas devido ao câncer de mama.

4.3 A reconstrução da mama

Esta categoria temática visou descrever a negatividade, anseios e dificuldades relacionadas à cirurgia de reconstrução da mama.

Reconstruir a mama pode representar a preservação da auto-imagem da mulher, melhor qualidade de vida e, portanto, um processo de reabilitação menos traumático. Inúmeros recursos de cirurgia plástica estão à disposição para amenizar os sentimentos pela alteração física provocada pela mastectomia (MESSA, 2001; PRADO, 2002).

As mulheres apresentaram diferentes opiniões e sentimentos acerca da cirurgia de reconstrução mamária:

Optei por fazer a reconstrução da mama, mas ainda não consegui realizar, mas continuo com esperança que conseguirei (ORQUÍDEA).

A cirurgia reconstrutora da mama, em minha opinião, é mais um sofrimento, e então, optei por não realizar (ROSA DÁLIA).

Não quis realizar a cirurgia de reparação da mama, por escolha própria, me sinto bem como estou hoje (ROSA).

Como é que faz mulher? Desde que me liberaram que estou atrás, mas faz muitos anos isso. Acho que é devido a idade né?! No hospital que fiz a cirurgia fui atrás, já posso fazer a reconstituição, mas a doutora olhou para mim simplesmente e disse “pra quê?”, aí já percebi a dificuldade que vinha na frente (DAMA DA NOITE).

A opção pela reconstrução mamária tem mostrado uma melhoria na adaptação da imagem corporal, bem como contribuído para restabelecer o equilíbrio psicológico que é perdido no momento do diagnóstico e da perda da mama. A reconstrução mamária é um procedimento cirúrgico, cujas diferentes técnicas permitem ao cirurgião plástico criar uma mama similar em forma, textura e característica da mama extraída, que pode ser realizado no mesmo ato cirúrgico da mastectomia ou tardiamente (AZEVEDO; LOPES, 2010).

Consideramos parte importante do tratamento de mulheres mastectomizadas vítimas do câncer de mama, tendo em vista a análise das falas das entrevistadas e o conteúdo

emocional desprendido ao verbalizarem sua vontade, anseios e dificuldades relacionados a reconstrução cirúrgica da mama. Entendemos, ao confrontar as falas das entrevistadas com as literaturas associadas ao estudo, que a reconstrução da mama é um fator de alta relevância, influenciando de forma crucial para a qualidade de vida biopsicossocial e emocional destas mulheres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados observados neste estudo sugerem que a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas acometidas pelo câncer de mama está associada a vários fatores como atividade laboral, atividade sexual, alterações na qualidade do sono, renda familiar, percepção do significado de ter saúde e valorização de alguns sentimentos relacionados ao valor da vida no seu dia a dia.

No estudo observou-se, segundo relato verbal das pacientes, uma piora na qualidade de vida das mulheres, que de alguma forma, tiveram alteração na atividade laboral, desencadeando, a princípio, um sentimento de impotência, mais superado durante os tratamentos quimioterápicos.

Outro achado relevante observado neste estudo, está relacionado à reconstrução cirúrgica da mama. Uma porcentagem das entrevistadas relatou a negação ao procedimento, e verbalizou a não interferência na qualidade de vida, entretanto, outras entrevistadas relatam a procura da cirurgia de reconstrução da mama, mas relatam dificuldades relacionadas à equipe médica e rede hospitalar referenciada.

Concluimos que os achados deste estudo sugerem que a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas por câncer de mama, são influenciados por vários fatores biopsicossociais e ambientais, mas a descrição verbal das entrevistadas sugere dificuldades maiores em aceitar o câncer de mama e, conseqüentemente, afetando de forma positiva na qualidade de vida destas pacientes. Esta descrição das entrevistadas de que, inicialmente houve piora na qualidade de vida e, conseqüentemente, superação da doença ao decorrer do tratamento, implica que a qualidade de vida das pacientes mastectomizadas depende muito mais do fator psicológico e aceitação de si mesma.

Os resultados deste estudo podem contribuir para complementar o conhecimento de profissionais de saúde sobre aspectos relacionados à vida das pacientes mastectomizadas após alta do tratamento, auxiliando no manejo de pacientes e familiares a compreenderem possíveis

dificuldades emocionais e sociais, após mastectomia e tratamento coadjuvante. Também servindo como material de leitura de apoio para mulheres mastectomizadas.

Sugerem-se futuros estudos que venham a complementar esta pesquisa e possam auxiliar no que se refere à qualidade de vida de mulheres acometidas com o câncer de mama e submetida à mastectomia.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 298-303, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a22.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 121-128, 2006. Disponível em: 6 dez. 2020.
- CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 6 dez. 2020.
- DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.
- FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, June 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.
- FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS. Câncer de mama. **FCECON**, Manaus, 2005. Disponível em: <http://www.fcecon.am.gov.br/cancer/cancer-de-mama/#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20de%20mama%20%C3%A9,e%20a%20pr%C3%B3pria%20imagem%20pessoal>. Acesso em: 10 dez 2020.
- HUGUET, P. R. *et al.* Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 61-67, 2009. Disponível

em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/03.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2011b.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2004. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Rastreamento organizado do câncer de mama**: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2011a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rastreamento-organizado-cancer-de-mama-2011.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil**: balanço 2012. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2012. Disponível em: http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/Recomenda%C3%A7%C3%B5es_Mama_2012.pdf. Acesso em: 11 dez. 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

MASCARENHAS, S. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

MESSA, A. A. **Análise de repercussões psicológicas de paciente mastectomizada, em seguimento ambulatorial**. 2001. Monografia (Graduação) — Universidade Paulista, São Paulo, 2001.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C. **Projetos de pesquisa**: elaboração, redação e apresentação. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2005.

PRADO, J. A. F. A. **Supervivência**: novos sentidos na vida após a mastectomia. 2002. 76 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83955/186562.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 6 dez. 2020.

SALES, C. A. C. C. *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 263-672, 2001. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_47/v03/pdf/artigo2.pdf. Acesso em: 6 dez. 2020.

VERONESI, U. **Mastologia oncológica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/719.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. **Diet, nutrition, physical activity and cancer**: a global perspective: a summary of the Third Expert Report. [S.l.]: WCRF, 2018. Disponível em: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

CAPÍTULO 2

FATORES DE RISCO PARA SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO

Francisca Glaucineide Mendonça Vieira

Vanessa Kellyanne Bezerra Campelo

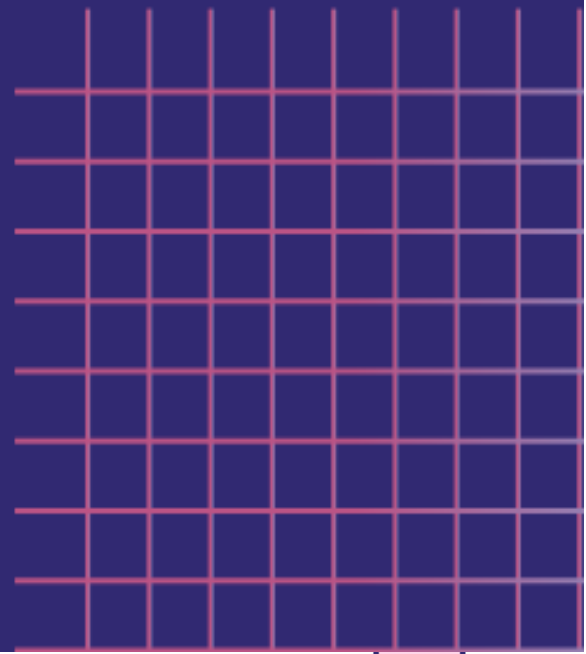
Deuza Maria Pinheiro de Oliveira

Francisca Glaucineide Mendonça Vieira

Suyane Pinto de Oliveira Bilhar

Júlio César Lira Mendes

Camilla Pontes Bezerra



RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar os principais fatores de risco para Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG). Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem quantitativa realizada com 90 gestantes em atendimento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizadas no município de Horizonte-CE. A coleta dos dados foi realizada em abril de 2017, através de instrumento semiestruturado e entrevista. Os resultados foram apresentados em tabelas e demonstraram índices relevantes quanto à presença das SHEG. Sabe-se que a prevenção e o reconhecimento precoce dos fatores de risco relacionados a SHEG é primordial para evitar e/ou diminuir os agravos decorrentes desta condição, sendo assim, o papel do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, torna-se imprescindível para evitar danos ao binômio mãe e filho.

Palavras-chave: Gestação. Fatores de risco. Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento especial na vida da mulher. As complicações e riscos clínicos e/ou obstétricos podem ser apresentados durante as evoluções gestacionais, alterando essa adaptação e transformando uma gravidez descomplicada em uma situação crítica. Dentre elas podemos citar a SHEG (MELO *et al.*, 2015).

A etiologia ainda é desconhecida. Nos países desenvolvidos a incidência da toxemia é de 3 a 5%. Aproximadamente 70% dos distúrbios hipertensivos na gravidez são provenientes da toxemia e 30% são decorrentes de hipertensão crônica. Nos Países em desenvolvimento como o Brasil, as causas mais frequentes de morte materna ainda é a hipertensão arterial (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

A pré-eclâmpsia pode ser diagnosticada na 2ª metade da gestação. Cerca de duas a oito gestantes entre 100 vão desenvolver o evento, podendo ser clinicamente apresentadas na forma leves e graves. Na maioria das gestações as evoluções se dão sem intercorrências, no entanto há uma parcela de gestantes que apresentam determinadas características ou sofrem de alguma doença que colocam em risco a saúde da mãe e do feto, tendo em vista o aumento da pressão arterial (NÓBREGA *et al.*, 2016).

Já a eclâmpsia pode ser caracterizada pela presença de convulsões generalizadas ou

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

mesmo o coma, tendo em vista os sinais da hipertensão. Quando a eclâmpsia surge no final da gestação o trabalho de parto deve ser antecipado por meio da identificação das principais causas de pré-eclâmpsia, antes das convulsões iniciarem (NOUR *et al.*, 2015).

Sequelas neurológicas e/ou outras causas de convulsão incluem a hemorragia cerebral, edema cerebral por rotura de aneurisma e a epilepsia. Os sintomas de eminência para progressão neurológica são cefaleia, turvação visual, hiper-reflexia e clônus e alterações no nível de consciência. A pressão intracraniana aumentada e a perfusão diminuída podem levar a hipóxia (MORTON; FONTAINE, 2013).

Trata-se de uma doença que ocorre de forma silenciosa e insidiosa, acarretando riscos de morte para a mãe e/ou feto. É um dos principais problemas de saúde pública e uma das complicações mais importantes no ciclo gravídico-puerperal (MARTINS; GHERSEL; GHERSEL, 2017).

As alterações morfológicas e funcionais no organismo das gestantes portadoras da SHEG são causadas por histórias reprodutivas anteriores: morte perinatal, abortamento habitual, síndromes hemorrágicas, intercorrências clínicas crônicas além de doenças obstétrica na gravidez atual, tendo em vista o ganho ponderal de peso inadequado, trazendo complicações como pré-eclâmpsia e eclâmpsia (NÓBREGA *et al.*, 2016).

Os fatores de risco que aumentam a probabilidade de SHEG são: diabetes, doença renal, obesidade, antecedentes pessoais e/ou familiares de pré-eclâmpsia, pressão arterial crônica, etnia, gravidez múltipla, primiparidade, idade inferior a 19 e superior a 35 anos (MARTINS; GHERSEL; GHERSEL, 2017). Portanto, o reconhecimento precoce desses fatores de riscos torna-se necessário para reduzir danos/riscos à saúde materna e fetal.

Sendo assim, as SHEG constituem uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna grave no Brasil, o que reforça necessidade de realizar ações preventivas e adequado manejo clínico de tais pacientes gestante (NOUR *et al.*, 2015).

Evidências científicas mostram que as gestantes diagnosticadas com SHEG, apenas associavam o aumento da pressão arterial à sua condição. Percebeu-se que grande parte das gestantes não tinham conhecimentos satisfatórios, apenas conhecem como uma doença causada pela pressão alta na gravidez (RICHARDSON, 2011). Os conhecimentos das gestantes com SHEG são limitados e sua gravidade clínica só passa ser percebida quando há necessidade do atendimento de um serviço de maior complexidade.

A partir do exposto surgiu um questionamento principal quanto à assistência às gestantes no âmbito do pré-natal, sendo ele: Quais os principais fatores de risco que estão associados à ocorrência das síndromes hipertensivas específicas da gestação?

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Desse modo, observa-se a importância do reconhecimento dos principais fatores de risco para desenvolvimento das SHEG, pois a partir da identificação precoce desses fatores a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, poderá agir preventivamente para manutenção da qualidade de vida da gestante, evitando riscos e agravos ao binômio mãe/filho.

Portanto, tem-se como objetivo identificar os principais fatores de risco para Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa aborda a quantificação do tratamento e da coleta de dados, realizado por meio de análise estatística. Abordagem que está relacionado ao fato de serem obtidas informações numéricas para tratamentos estatísticos. Dessa forma, percebe-se que este tipo de estudo tem o intuito de garantir maior precisão dos resultados, desvencilhando-se de eventual caráter subjetivo (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva consiste na descrição das características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre as variáveis, e apresenta os seguintes objetivos: estudar aspectos como idade, escolaridade, renda de pessoas, verificar atitudes e opiniões apresentadas por um grupo de indivíduos em relação a um assunto específico e averiguar a existência de associações entre as variáveis. Já a pesquisa exploratória tem como principal objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, haja vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

O estudo desenvolveu-se em Unidades de Atenção Primária à saúde (UAPS) localizadas no município de Horizonte-CE, distante 40 km de Fortaleza, com uma população aproximada de 64.670 habitantes. Atualmente o município possui 18 postos e 23 equipes de saúde da família. Para compor o estudo foram selecionadas duas UAPS, situadas na zona urbana, com funcionamento no período diurno. A unidade I possui duas equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, assistentes de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, nutricionistas e assistentes sociais, onde são realizadas consultas de pré-natal com 58 gestantes. A Unidade II possui três equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, assistentes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, que atende 82 gestantes. As duas unidades possuem uma maior

demanda de usuárias gestantes, justificando sua escolha.

A população foi representada por gestantes atendidas nas duas UAPS, maiores de 18 anos, que estivessem em acompanhamento nas referidas instituições, independentemente do período gestacional. A amostra do estudo foi composta por 90 gestantes.

Como critérios de exclusão adotados foram: ser portador de condição clínica que interferisse na obtenção dos dados, uso de drogas ilícitas ou outra condição que, na opinião do investigador, pudesse interferir nos resultados do estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, com tempo aproximado de 20 minutos, e aplicação de instrumento semiestruturado organizado pelos próprios pesquisadores, com perguntas fechadas abordando dados sociodemográficos (raça, religião, escolaridade, ocupação, idade e renda familiar), além de dados relativos ao histórico ginecológico/obstétrico, fatores de risco para SHEG, hábitos de vida (atividade física e dieta), exames laboratoriais e medicamentos em uso.

Os dados foram imputados e analisados no programa estatístico SPSS versão 22.0, os quais foram avaliados as medidas de tendência central e de dispersão, com posterior apresentação em tabelas, contendo as frequências absolutas e relativas. A discussão dos achados foi realizada baseando-se na literatura pertinente ao tema.

Este estudo respeitou todos os critérios de acordo com o sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e obedeceu aos preceitos éticos presentes na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), a qual regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos, tendo sido aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE). Além disto, a conclusão deste estudo foi devidamente comunicado à coordenação das unidades básicas de saúde, sendo entregue relatório contendo todos os resultados obtidos.

3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 90 gestantes atendidas nas UAPS, com predominância da raça parda (75,6%), religião evangélica (48,9%/44), com ensino médio incompleto (31,1%). Quanto à ocupação, 75,6% das entrevistadas não trabalhavam e 80% apresentavam renda familiar de até um salário mínimo, conforme indicado na Tabela 1.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de um município do estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2017

Variáveis	N	%
Raça	12	13,3
Branca	68	75,6
Parda	9	10
Amarela	1	1,1
Negra		
Religião		
Católica	34	37,8
Evangélica	44	48,9
Outra	11	12,2
Sem informação	1	1,1
Escolaridade		
Analfabeta	1	1,1
Fundamental incompleto	22	24,5
Fundamental completo	8	8,9
Médio incompleto	28	31,1
Médio completo	27	30
Superior completo	1	1,1
Superior incompleto	1	1,1
Trabalha		
Sim	22	24,2
Não	68	75,6
Renda familiar		
Até 1 SM	72	80
2 a 3 SM	14	15,6
4 a 5 SM	1	1,1
Mais de 5 SM	3	3,3

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise dos dados referentes à situação ginecológica/obstétrica, obteve-se os resultados seguintes: 46,7% estavam com idade gestacional menor que 28 semanas, 26,7% tinham comparecido a uma ou duas consultas de pré-natal, 62,2% já tiveram gestações anteriores, 15,6% já tinham sofrido abortos espontâneos. Quanto à avaliação pela aferição da pressão arterial, 6,7% estavam com a pressão elevada acima de 140x90mmHg e em relação ao peso, 38,9% das gestantes apresentavam peso ideal, 23,3% sobrepeso e 16,7% obesidade e 14,4% baixo peso (Tabela 2).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Tabela 2 – Situação ginecológico/obstétrico das gestantes atendidas nas UAPS de um município do estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2017

Variáveis	N	%
IG		
<28 semanas	42	46,7
28-31s7d	8	8,9
32-36s7d	21	23,3
>37 semanas	18	20
Sem informação	1	1,1
Número de consultas de pré-natal		
1 ou 2	24	26,7
3 ou 4	20	22,3
5 ou 6	20	22,2
7 ou 8	15	16,6
9 ou mais	10	11
Sem informação	1	1,1
Gestações anteriores		
Sim	56	62,2
Não	33	36,7
Sem informação	1	1,1
Abortos		
Espontâneos	14	15,6
Provocados	2	2,2
Não	73	81,1
Sem informação	1	1,1
Pressão arterial		
Normal	79	87,8
Limítrofe	2	2,2
Hipertensão	6	6,7
Sem informação	3	3,3
IMC		
Baixo peso	13	14,4
Peso ideal	35	38,9
Sobrepeso	21	23,3
Obesidade	15	16,7
Sem informação	6	6,7
Partos (n=56)		
Vaginais (média-desvio padrão)	1,1-1,1	-
Abdominais (média-desvio padrão)	0,5-0,7	-

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à avaliação dos fatores de risco para desenvolvimento das SHEG observou-se maior predomínio de mulheres primigestas > 35 anos (37,8%), 35,6% afirmaram ter históricos para a SHEG, 24,4% eram tabagistas, 54,4% mostraram um quadro de IMC alterado, 21,1% apresentaram edemas durante a gestação, 16,7% das entrevistadas tinham registro no caderno da gestante de infecção urinária, 15,6% relataram casos de gestação múltipla na família,

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

5,6% eram hipertensas, 4,4% apresentavam síndromes hemorrágicas e 3,3% referiram convulsões em gestações anteriores, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3 – Fatores de risco para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas específicas da gestação. Fortaleza-CE, 2017

Fatores de risco	N	%
Histórico de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação	32	35,6
Edemas	19	21,1
Primigestas > 35 anos	34	37,8
Gestação múltipla	14	15,6
Síndromes hemorrágicas	4	4,4
Convulsões	3	3,3
Diabetes mellitus	2	2,2
Hipertensão crônica	5	5,6
Nefropatias	3	3,3
Infecção urinária	15	16,7
Tabagismo	22	24,4
Etilismo	2	2,2
Drogas ilícitas	2	2,2

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *As categorias não são mutuamente exclusivas.

Analisando as informações relacionadas aos hábitos de vida contidas na tabela 4, identificou-se que 71,1% das gestantes classificaram o consumo de seus alimentos como de boa qualidade, 55,6% afirmaram escolher preferencialmente ingredientes cozidos no preparo destes alimentos, 57,8% consumiam frutas, 63,3% carnes, aves e peixes, 56,7% consumiam alimentos enlatados, embutidos e conservas e 62,2% bebiam de 1 a 2 L de água e outros líquidos por dia.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Tabela 4 – Consumo alimentar das gestantes atendidas nas unidades básicas. Fortaleza-CE, 2017

Variáveis	N	%
Qualidade dos alimentos		
Ótima	16	17,8
Boa	64	71,1
Ruim	10	11,1
Preferência no preparo		
Cozidos	50	55,6
Frituras	32	35,6
Grelhados	6	6,7
Sem informação	2	2,2
Consumo de frutas		
Sempre	52	57,8
Às vezes	37	41,1
Nunca	1	1,1
Verguras e legumes		
Sempre	37	41,1
Às vezes	48	53,3
Nunca	5	5,6
Carnes, aves e peixes		
Sempre	57	63,3
Às vezes	30	33,3
Nunca	3	3,3
Enlatados, embutidos e conservas		
Sempre	20	22,2
Às vezes	51	56,7
Nunca	19	21,1
Água e outros líquidos		
1 l	17	18,9
1-2 l	56	62,2
2 l	17	18,9

Fonte: Elaborada pela autora.

A análise dos exames laboratoriais mostrou que 62,3% das gestantes resultaram no exame de urina normal, 37,7% dos resultados do exame evidenciou alterações. Além disso, 90% realizaram exame de glicemia com resultados normais e 10% resultaram em glicemia alterada. Um total de 5,6% gestantes usavam medicamentos durante a gravidez, dentre os medicamentos que foram apontados, 60% faz uso de metildopa, 20% de losartana, 20% de metformina (Tabela 5).

Tabela 5 – Exames laboratoriais e uso de medicamentos pelas gestantes atendidas nas unidades básicas. Fortaleza-CE, 2017

Variáveis	N	%
Resultado do exame de urina (n=53)		
Normal	33	62,3
Alterado	20	37,7
Resultado do exame de glicemia (n=50)		
Normal	45	90
Alterado	5	10
Uso de medicamentos para HAS/DM		
Sim	5	5,6
Não	85	94,4
Qual medicamento (n=5)		
Metildopa	3	60
Losartana	1	20
Meformina	1	29

Fonte: elaborada pela autora.

4 DISCUSSÃO

O manejo dos fatores de risco modificáveis que surgem durante a gestação é de grande importância. A principal causa específica de morte materna no Brasil é a hipertensão arterial na gestação, um fator de risco importante para o desenvolvimento de pré-eclampsia e eclampsia (DELGADO, 2014). As avaliações dos programas e políticas de saúde materno-infantil vêm ganhando espaço destacado no Brasil. Além das condições socioeconômicas, a qualidade da atenção pré-natal está diretamente associada a melhores indicadores de saúde materno e infantil, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Pesquisa semelhante encontrou associação entre baixa renda familiar e maior ocorrência de diagnósticos relacionadas a SHEG. Condições socioeconômicas maternas desfavoráveis como baixa renda, baixa escolaridade e carência nutricional, têm sido associadas a falta de conhecimento (GUERTZENSTEIN, 2010).

Esta pesquisa evidenciou que a maioria das gestantes apresentou qualidade na alimentação, sendo as principais escolhas por frutas, legumes, aves, peixes, carnes e preferência dos cozidos no preparo. Porém obteve-se um índice importante nas escolhas dos alimentos enlatados, embutidos e conservados, que podem ser fator de risco para SHEG, ocasionando alteração do IMC e dos níveis pressóricos.

O estado nutricional materno, assim como o ganho de peso gestacional, vem sendo

o foco de diversos estudos, não apenas pela crescente prevalência dos seus distúrbios, mas também devido ao seu papel essencial sobre os desfechos gestacionais, ou seja, influenciando no peso durante a gestação, na saúde materna, no peso ao nascer, no tempo de gestação e em possíveis complicações pré e pós-parto. No período gestacional, as medidas antropométricas são recomendadas e empregadas para um acompanhamento nutricional adequado, devido à sua importância reconhecida na prevenção da morbimortalidade perinatal, prognóstico do desenvolvimento fetal e na promoção de saúde da mulher (POLGLIANE *et al.*, 2014).

As entrevistadas foram avaliadas quanto ao seu peso e mostraram que a maior parte delas, 54,4% (49), estava com seu peso alterado para a gestação, sendo um indicativo preocupante aos índices de baixo peso, sobrepeso e obesidade, já que, em mulheres com IMC igual ou superior a 35kg/m² o risco de desenvolvimento da SHEG é 5 vezes maior do que em gestantes com IMC adequado, bem como o aumento da incidência de Diabetes Mellitus Gestacional em mulheres obesas (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015).

Identificou-se que a maior parte das entrevistadas apresentou a pressão arterial normal, no entanto um pequeno percentual confirmaram serem hipertensas e fazerem tratamento medicamentoso. Consideram-se gestantes hipertensas com risco materno e fetal quando ocorre a elevação dos valores pressóricos, a tensão arterial sistólica se encontra superior a 140 mmHg e a tensão diastólica maior que 90mmHg, durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações (NÓBREGA *et al.*, 2016).

Entre os resultados encontrados, quanto aos principais fatores de risco agravantes durante a evolução gestacional, destacam-se as primigestas com idade igual ou maior a 35 anos 37,8% (34). Portanto, é possível comprovar que a idade reprodutiva avançada é um fator associado à SHEG em relação a mulheres mais jovens.

Os dados analisados dos antecedentes familiares de SHEG apresentaram um importante indicativo de fatores de risco nas gestantes entrevistadas 62,2% (56) das gestações anteriores, bem como nas gestações múltiplas 15,6 (14), nas infecções urinárias recorrentes no período gestacional 16,7% (15) como também o uso de fumo 24,4% (22).

A literatura também informa que a incidência de tabagismo na população feminina em idade fértil vem crescendo nos últimos anos. O hábito de fumar na gravidez não é prejudicial somente à mãe, mas também ao feto. O fumo na gravidez é responsável por aumento nos casos de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortes perinatais, além de alterações no sistema nervoso e a síndrome da morte súbita (MAINOUS; HUESTON, 1994).

O Instituto Nacional do Câncer, no Brasil, estima que um terço dos adultos são fumantes e que aproximadamente 11,2 milhões são mulheres, sendo que 90% delas tornaram-

se fumantes em idade fértil e a incidência é mais elevada entre as idades de 20 e 49 anos. O hábito de fumar pode provocar deficiência na absorção da vitamina B12, uma vez que o ácido cianídrico, contido no cigarro, reduz os seus níveis. A deficiência de vitamina B12 está associada a parto prematuro, redução na eritropoiese e leucopoiese, levando à anemia, alterações do sistema nervoso e prejuízos no crescimento fetal. Acredita-se, ainda, que ocorra uma menor retenção de água no organismo materno, fazendo com que mãe e feto estejam mais sujeitos a desidratação (MASSONETO, 2012).

Outro fator relacionado a SHEG é a Infecção do Trato Urinário (ITU) que representa a complicação clínica mais frequente na gestação, podendo ser clinicamente diagnosticada em qualquer fase do pré-natal. Portanto, se faz necessário que o exame de urina seja incluído como rotina nos cuidados pré-natais. A gestação associada a ITU proporciona maus prognósticos, as principais complicações são o trabalho de parto prematuro (TPP) e o parto prematuro, sendo que apenas 6% a 8% dos recém-nascidos dessas gestantes são pré-termo (BRASIL, 2004).

O acolhimento das gestantes é fundamental para uma melhor adesão das mesmas às consultas de pré-natal, diminuindo assim o número de gestantes faltosas e, conseqüentemente, as complicações durante a gestação. O Ministério da Saúde, em seu “Manual técnico pré-natal e puerpério”, assim como em outra publicação referente ao “Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento”, estabelece que o exame comum de urina deve ser solicitado rotineiramente na primeira consulta do pré-natal e repetido na 30ª semana de gestação (CORNEL, 2000).

É de extrema importância, o conhecimento da equipe de enfermagem acerca dessa síndrome para que possa ser reconhecido os fatores de risco para evitar agravos, orientando à gestante sobre prevenção e reforçando a importância de um acompanhamento pré-natal onde requer do profissional de enfermagem um cuidado e atenção ainda maior pensando sempre na melhoria do cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento desses fatores, bem como as interrelações entre paciente e profissional são extremamente útil na elaboração de políticas de saúde voltada para os grupos de risco e também direcionam as ações dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao pré-natal e ao parto no Brasil. É importante que mulheres na faixa etária reprodutiva que estejam

acima do peso e com a idade elevada sejam informadas sobre os riscos de complicações tanto durante a gestação, quanto no parto e pós parto. Além dos riscos para o feto, para que assim possam ser tomadas medidas preventivas e comportamentais em caso de gestação planejada ou não. Sabe-se que a prevenção e reconhecimento precoce dos fatores de risco relacionados a SHEG é primordial para evitar e/ou diminuir os agravos decorrentes desta condição, sendo assim, o papel do profissional de saúde, em especial o enfermeiro, torna-se imprescindível para evitar danos ao binômio mãe e filho.

Estudar os fatores de risco das síndromes específicas hipertensiva da gestação possibilita o conhecimento do quadro epidemiológico e faz refletir acerca das condutas de enfermagem acerca da prevenção e controle desses agravos por meio do diagnóstico precoce e de um pré-natal de qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevalência de tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf. Acesso em: 8 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 12 abr. 2020.

CORNEL, C. M. Wealth and health in relation to birth defects mortality. **J. Epidemiol Community Health**, [S.l.], 2000.

DELGADO, G. P. S. **Hipertensão arterial na gravidez**: como os cuidados de enfermagem podem contribuir para melhoria de vida das grávidas hipertensas. 2014. 81 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) — Mindelo, Universidade do Mindelo, 2014. Disponível em: <http://portaldokonhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3518/1/Delgado.2014.%20Hipertens%C3%A3o%20arterial%20na%20gravidez.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERTZENSTEIN, S. M. J. Nutrição na gestação. In: SILVA, S. M. C.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 261-302.

MAINOUS, A. G.; HUESTON, W. J. The effect of smoking cessation during pregnancy on preterm delivery and low birthweight. **J Fam Pract**, [S.l.], 1994.

MARTINS, M. H. P. A.; GHERSEL, E. L. A.; GHERSEL, H. Identificação dos principais

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

problemas em gestação de risco para nortear ações preventivas. **Ciência & Saúde**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 18-22, 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faenfi/article/view/23449/15406>. Acesso em: 7 dez. 2020.

MASSONETO, J. C. **Dúvidas frequentes sobre hipertensão na gestação**. [S.l.: s.n.], 2012.

MELO, W. F. *et al.* A hipertensão gestacional e o risco de pré-eclampsia: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 5, n. 3, p. 7-11, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/download/3648/3288>. Acesso em: 7 dez. 2020.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende**: obstetrícia fundamental. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2014.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2013.

NÓBREGA, M. F. *et al.* Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva em uma maternidade pública. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 5, p.1805-1811, maio 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13560/16344>. Acesso em: 7 dez. 2020.

NOUR, G. F. A. *et al.* Mulheres com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 121-128, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620/338>. Acesso em: 7 dez. 2020.

OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 441-451, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.

POLGLIANE, R. B. S. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-01999.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

CAPÍTULO 3

CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ENTRE AS USUÁRIAS DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

Maria Priscila Oliveira da Silva

Emanuelle Rabelo Cordeiro

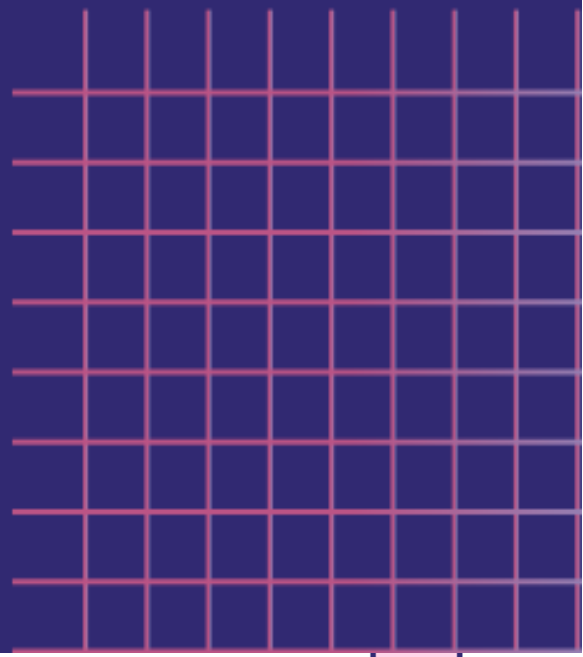
Márcia Maria Lima Xavier

Pamella de Castro Duarte Pordeus

Luanna Silva Araújo

Maria da Penha Pereira Silva

Camilla Pontes Bezerra



RESUMO

As mulheres que dependem do sistema público de saúde dispõem de poucos recursos para regular sua fecundidade e, apesar da disponibilidade de vários métodos contraceptivos, ficam restritas ao uso da pílula e dos preservativos masculino e feminino. A falta de comprometimento das políticas de saúde com as necessidades da população gera o agravamento do quadro de saúde no país quanto à realidade das práticas contraceptivas. Objetivou-se investigar o conhecimento e a utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias de um serviço público de saúde de Fortaleza-CE. Estudo descritivo realizado em um Centro de Saúde de Fortaleza-Ceará, com 16 mulheres que já haviam iniciado a vida sexual, que buscaram métodos contraceptivos por algum motivo. Os resultados obtidos decorreram da análise das entrevistas e observações realizadas. A partir desses dados foi possível chegar aos elementos constitutivos das seguintes categorias temáticas: “A escolha do método contraceptivo”, “Realização dos Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B” e “Frequência de realização do exame ginecológico”. Foi identificada a falta de conhecimento sobre os demais tipos de métodos contraceptivos existentes, assim como a função de cada um deles. As usuárias, em sua maioria, se preocupavam em não engravidar, esquecendo-se das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e citaram conhecer apenas duas doenças: o HIV e o HPV.

Palavras-chave: Contraceção. Saúde da mulher. Planejamento familiar. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

No contexto da escolha do tipo de contracepção pelas mulheres, a liberdade de escolha é fundamental para a área da regulação da fecundidade (OSIS *et al.*, 2004), assim como planejamento familiar e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A vida reprodutiva está cada vez mais precoce, visto que a sexualidade na juventude tem exigido uma maior atenção e preocupação dos profissionais da área da saúde juntamente com o Ministério da Saúde (MS), considerando o aumento desregrado de adolescentes grávidas e a gravidez indesejada e a relevância social da exposição às IST (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

A informação prestada às usuárias da unidade de saúde sobre os métodos contraceptivos garante uma escolha informada, além de proporcionar autonomia e poder de

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

decisão, ressaltando os direitos reprodutivos. Essas informações devem ser passadas com qualidade envolvendo ações educativas, levando em consideração as circunstâncias de vida, estado psicológico e físico de cada usuária.

Não existe um método melhor que o outro, cada um tem vantagens e desvantagens. Assim como também não existe um método 100% eficaz, todos têm uma probabilidade de falha. Dessa forma, um método pode ser adequado para uma pessoa e não ser para outra, por isso a pessoa deve procurar escolher o método mais adequado para si. O melhor método para uma pessoa usar é aquele que a deixa confortável e que melhor se adapta ao seu modo de vida e à sua condição de saúde (BRASIL, 2009, p. 23).

A busca livre dos métodos devem ser direcionadas para o controle ou combate às IST, cujo surgimento vem de muitos anos e desde o surgimento da epidemia (1980). A região nordeste registrou 95.516 casos de AIDS (13,9% do total de casos do Brasil - 686.478 - no mesmo período. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2013, a região teve 7.971 casos em 2012 (no Brasil, 39.185 da doença foram notificados no mesmo ano). Quanto à taxa de detecção, o nordeste apresentou, em 2012, 14,8 casos a cada 100 mil habitantes. A taxa nacional é de 20,2. Em 2012, o estado do Ceará registrou 1.211 casos de AIDS; Maranhão (1.118); Piauí (457); Rio Grande do Norte (407). Os dados são do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, publicado em dezembro de 2013 (BRASIL, 2013).

Nas últimas duas décadas, a gravidez na adolescência se tornou um importante alvo de políticas públicas em todo o mundo. Neste sentido o MS implementou ações importantes para a sexualidade juvenil precoce, foram citadas a seguir algumas dessas ações: Implantação da política de direitos sexuais e direitos reprodutivos como uma prioridade de governo de cunho intersetorial; política e campanhas nacionais sobre planejamento familiar incluindo adolescentes e jovens; distribuição da caderneta do adolescente; elaboração das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, prevenção de agravos e de enfermidades na assistência; disponibilização de métodos contraceptivos, inclusive a contracepção de emergência na atenção primária, esta anticoncepção de emergência é indicada no caso de violência sexual para mulheres e adolescentes expostas a gravidez; Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas em parceria com o Ministério da Educação (MEC), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) articulado com as secretarias estaduais e municipais; capacitação de profissionais de saúde e educação e jovens nas temáticas de saúde sexual e saúde reprodutiva; lançamento em setembro de 2008, do Programa Saúde na Escola (PSE), articulado com o MEC. Atualmente

608 municípios aderiram ao PSE (BRASIL, 2014). A promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva necessita do desenvolvimento de ações educativas para acelerar o acesso aos elementos de prevenção para as mulheres acompanhadas pelo serviço de saúde pública.

As mulheres que dependem do sistema público de saúde dispõem de poucos recursos para regular sua fecundidade e, apesar da disponibilidade de vários métodos contraceptivos, ficam restritos ao uso da pílula e das camisinhas masculina e feminina. Portanto, a falta de comprometimento das políticas de saúde com as necessidades da população geram o agravamento do quadro de saúde no país quanto à realidade das práticas contraceptivas. Tais considerações justificam a realização de estudos acerca do conhecimento e uso dos métodos contraceptivos por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo torna-se relevante também por almejar retratar a importância do papel do enfermeiro na orientação e indicação dos tipos de métodos contraceptivos, assim como as ações educativas com temas de enfoque propostos pelo MS como o Planejamento Familiar, IST, vida sexual em adolescentes, incluindo a questão da gravidez precoce e indesejada.

2 OBJETIVO

Investigar o conhecimento e a utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias de um serviço público de saúde de Fortaleza-CE.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Souza e Alvarenga (2007), no mundo contemporâneo a saúde reprodutiva e sexual expressa para o indivíduo uma vida sexual prazerosa e segura, cuja, a disposição de ter filhos, quando e com que frequência requer liberdade e autonomia do mesmo, assegurando seus direitos sexuais e reprodutivos.

O processo de escolha informada na regulação da fecundidade baseia-se nos princípios de proporcionar bem-estar às pessoas, quanto à sua autonomia, expectativas, necessidades e poder de decisão, enfocando especialmente os direitos sexuais e reprodutivos, na qualidade de direitos humanos individuais. Embasados em premissas como essa muito se tem reivindicado que os programas voltados à regulação da fecundidade, ao planejamento familiar, incluam sempre um componente educativo, muitas vezes chamado de ação educativa, visando a dar subsídios às pessoas para escolherem de forma livre e informada qual contraceptivo usar (OSIS *et al.*, 2004, p. 1586).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Um bom embasamento teórico requer estabelecer confiança e uma boa interação humanizada entre o profissional e a usuária, sendo necessária a troca de informações na escolha do método contraceptivo adequado para a mesma. O profissional deve estabelecer metas educativas dentro das circunstâncias do seu estado psicológico e físico seja individual ou familiar, que envolvem as mulheres na busca de um método para regular sua fecundidade. Sendo assim a decisão de escolha da usuária, seja de tal forma ciente e que se sinta segura, dentro das limitações de cada método (ANDRADE; SILVA, 2009).

A rede pública de saúde disponibiliza o preservativo masculino, para que atenda à dupla função de proteção contra IST, dentre elas a AIDS e contra a gravidez, mesmo assim é notável e comum o não uso do método por parte de ambos os sexos (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

As mudanças sócias sexuais das últimas décadas têm mudado o perfil das doenças sexualmente transmissíveis (DST), transformando seu controle em desafio para a saúde pública em todo mundo. O maior número de adolescentes e adultos jovens que vivenciam sua sexualidade com maior liberdade e as mudanças econômicas que levaram à concentração da população de baixa renda nos perímetros urbanos- onde as condições de saúde, quase baixo nem sempre é fácil o acesso aos serviços de saúde – têm elevado o número de casos novos de doenças essas duas populações fechadas, em virtude de suas práticas sexuais de risco e do grande número de parceiro (YORKE *et al.*, 1978; ROTHEMBERG, 1983; POTTERAT *et al.*, 1985 *apud* FERNANDES *et al.*, 2000, p. 1).

Conforme Ferraz e Nemes (2009), a Plataforma de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida em 1994, no Cairo, Egito apoiou a incluir a atenção às IST/AIDS, entre elas as prioritárias de saúde reprodutiva dos países signatários, enfatizando a implantação de atividades educativas de prevenção, detecção e tratamento das IST; educação em saúde e aconselhamento para prevenção da AIDS nas unidades básicas, disponibilizando preservativos.

Embora a prevenção das DST/AIDS não esteja explicitamente estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica como área prioritária, a integração dessas atividades na atenção básica consta em documentos referenciais do Programa Nacional de DST e AIDS (PN DST/AIDS) como “*melhor alternativa para a prevenção de novas infecções e... instrumento capaz de antecipar problemas individuais e coletivos em relação à epidemia de HIV e AIDS e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis*” (FERRAZ; NEMES, 2009, p. 241).

Na década de 1960, no Brasil observou que o crescimento populacional desenvolveu de uma forma compreensiva, com isso os métodos contraceptivos entraram em evidência para a humanidade, desta forma, ações dirigidas de contracepção surgiram inseridas

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

em um grupo específico então denomina-se Planejamento Familiar (ARAÚJO, 2004 *apud* SILVA; CARVALHO, 2007).

O desafio é manifestar em ações concretas nos serviços de saúde, todos os avanços já conquistados na área dos direitos reprodutivos e sexuais, sendo assim, o Planejamento Familiar (PF) implementado para homens e mulheres, adultos e adolescentes, deve ser parte necessária do conjunto de ações de atenção à saúde da mulher e do homem, atendendo ambos de forma integral (BRASIL, 2002 *apud* SILVA; CARVALHO, 2007, p. 30).

O Planejamento Familiar (PF) de boa qualidade, o profissional da área deve conter a capacitação e competência para orientar, informar e comunicar-se adequadamente, incluindo o acolhimento com respeito e participando da tomada de decisões quanto aos métodos anticoncepcionais. O profissional deve também conter os conhecimentos técnicos e científicos como também os fatores ligados à civilização da população que será assistida pelo profissional (MOURA; SILVA, 2005 *apud* SILVA; CARVALHO, 2007).

Segundo o MS, as ações do Enfermeiro na ESF se resumem:

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que regula a prática dos profissionais da atenção básica, são atribuições da enfermeira: assistir a família nos diferentes ciclos de vida na unidade de saúde e no domicílio, trabalhar em equipe multiprofissional, gerenciar serviços de saúde, coordenar programas de saúde, atenção a portadores de doenças crônicas, pré-natal, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças, planejamento familiar, saúde mental, educação em saúde com ênfase na prevenção de danos e promoção da saúde, além de coordenar equipes de enfermagem e de agentes comunitários de saúde. De acordo com a PNAB, a atuação da enfermeira na ESF se dá em, pelo menos, três processos de trabalho distintos – assistência, gerência e educação – cuja complexidade tem sido reconhecida gradativamente no Brasil (BRASIL, 2012 *apud* LIMA; FAGUNDES; SALES, 2013, p. 83).

A Enfermagem historicamente é a profissão que mais identifica com o trabalho na atenção básica, onde desenvolvem o maior volume de atividades e processos que tenham finalidade de prestar uma assistência de qualidade aos usuários na ESF, assim como na literatura revisada. É também a profissão que mais permanece na unidade, podendo, promover o prosseguimento da assistência e a articulação dos processos de trabalho (LIMA; FAGUNDES; SALES, 2013).

4 METODOLOGIA

Estudo descritivo e qualitativo. Gil (2002) declara que pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever as características da população entre variáveis. A pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever características da população em estudo ou relacionar as variáveis obtidas por meio da coleta de dados, ou seja, pretendem descrever com exatidão os fatos de determinada realidade (FIGUEIREDO, 2008).

A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde do Município de Fortaleza-Ceará, nos meses de julho a outubro de 2014. É uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Estado. Funciona de segunda a sexta-feira, com atendimentos médicos e exames laboratoriais, a clientela é espontânea e referenciada. No horário noturno, até as 21 horas atende prioritariamente o público masculino e através do Programa de Saúde do Homem, criado em 2009. Atendeu 21.661 pacientes, no ano de 2010. De janeiro até agosto de 2011, foram atendidas em 12.479, pessoas, de diferentes bairros de Fortaleza. Por semana são contemplados, em média, 940 pacientes. O atendimento é realizado por uma equipe formada de 1 clínico geral, 1 urologista, 2 enfermeiros. Já a triagem para consultas começa às 17 horas. Os exames são realizados durante o dia e os medicamentos são fornecidos gratuitamente.

A população do estudo foi composta por mulheres com vida sexual ativa que procuraram o Centro de Saúde. Participaram da pesquisa: mulheres que já haviam iniciado a vida sexual, que buscaram métodos contraceptivos por algum motivo.

As informações obtidas por meio da entrevista semiestruturada foram submetidas à técnica de análise de conteúdo como forma de análise dos dados, que segundo Bardin (2001, p. 48) é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

A análise de dados se preocupa em saber “o que se diz” e “o que se quis dizer” com o desenvolvimento do estudo. Procurando entender a forma de comunicação dos participantes do estudo, mantendo o entendimento dessa comunicação.

Inicialmente a coordenadora do Centro de Saúde foi informada sobre a pesquisa e o consentimento se deu por meio de apresentação de ofício, folha de rosto e carta de apresentação da pesquisa com entrevista anexada.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil, via online, e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará para análise dos preceitos ético-legais recomendados na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – MS (BRASIL, 2013).

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e lhes foi assegurada a privacidade e a proteção da identidade, a mesma pôde se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalidade. Foi solicitada a assinatura dos responsáveis legais quando as mulheres apresentavam faixa etária menor de 18 anos. A fim de não identificar as participantes do estudo decidimos substituir seus nomes por tipos de métodos contraceptivos orais e injetáveis.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistamos 16 mulheres na faixa etária de 16 a 62 anos, cuja menarca foi entre 11 e 15 anos. Iniciaram suas atividades sexuais entre os 14 e 25 anos de idade. Destas, apenas cinco eram solteiras, porém ambas apresentavam-se sexualmente ativas e, na sua maioria, com parceiros fixos.

Os resultados obtidos decorreram da análise das entrevistas e observações realizadas. A partir desses dados foi possível chegar aos elementos constitutivos das seguintes categorias temáticas: “A escolha do método contraceptivo”, “Realização dos Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B” e “Frequência de realização do exame ginecológico”.

5.1 A escolha do método contraceptivo

Segundo Andrade e Silva (2009), o processo de escolha informado na regulação da fecundidade baseia-se nos princípios de proporcionar bem-estar às pessoas, quanto à sua autonomia, expectativas, necessidades e poder de decisão.

Nesta parte da entrevista foi abordada a liberdade de escolha do método contraceptivo pelas usuárias e o critério utilizado pelas mesmas para a tomada de decisão. Teve como objetivo saber a importância da influência do parceiro na escolha do método, assim como os principais motivos pela melhor opção preventiva e o conhecimento em relação às IST.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

A maioria das usuárias fez uso de pílulas, algumas delas relataram não se adaptar ao método por manifestar sinais de mal estar. Apenas duas relataram a administração do anticoncepcional injetável e justificaram ser uma maneira de evitar o esquecimento do uso contínuo do método contraceptivo. Apenas uma usuária fez uso do DIU, por indicação médica, pois a mesma já tinha duas filhas e não desejava uma nova gestação.

[...] Não uso pílula, nem camisinha, nem nada. Já usei! Na época eu usava DIU, 1 ano... Eu tinha 2 filhas pequenas, aí eu não queria engravidar de novo, foi aqui no posto mesmo, o doutor indicou e eu coloquei (FEMINA).

[...] Já usei camisinha [...] Nenhum, porque ele fez vasectomia, e não uso camisinha, sou casada há 16 anos, não tem perigo (DIANE 35).

Pode se afirmar que a autonomia tem diversos significados, relacionados à autodeterminação, direito à liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade. Essencialmente, autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir, com base no livre pensamento e decisão independente. No entanto, a vontade e a capacidade não são suficientes para o pleno exercício da autonomia. A informação é o pressuposto inarredável para a escolha que o indivíduo realiza, no contexto de uma sociedade equilibrada. No caso do planejamento familiar, o exercício da autonomia depende também da oferta de alternativas contraceptivas, traduzidos na existência e disponibilidade dos métodos contraceptivos nos serviços de saúde (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

As usuárias apresentavam déficit de conhecimento sobre os métodos e em sua maioria. Possuem a percepção de que preservativo é uma barreira para evitar a gravidez, esquecendo-se dos riscos das IST. Nas entrevistas foi possível observar que os parceiros influenciaram na escolha do não uso do preservativo, sendo também a confiança deste parceiro um critério utilizado para a escolha do método.

5.2 Realização dos Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B

Esta parte da entrevista teve como objetivo identificar o grau de conhecimento e adesão à prevenção das principais IST. Esse teste era desconhecido por algumas. Dentre as 16 usuárias entrevistadas, apenas quatro não fizeram nenhum dos testes, seis delas realizaram o teste no momento do pré-natal, três já haviam realizado os três testes em algum momento da vida e as demais realizaram um dos testes, apenas.

[...] Realizei os testes no pré-natal e antes também [...] Ele fazia também (PERLUTAN).

Uma das usuárias não tinha conhecimento sobre a sífilis, chegando a perguntar sobre modo de transmissão e sinais e sintomas. A mesma, após os esclarecimentos, declarou que irá procurar realizá-los. A maioria das mulheres fez o teste por estarem grávidas, não recebendo nenhuma orientação ou esclarecimento sobre os mesmos. Estas mulheres foram orientadas a procurarem, no próprio serviço de saúde que se encontravam. Incentivamos, ainda, a realização dos testes pelos parceiros para que se impetre uma prevenção ou até mesmo uma reabilitação eficaz.

Rodrigues *et al.* (2011), afirma que com relação às ações da Atenção Básica, o MS orienta que se deve incluir: atividades educativas para promoção à saúde e à prevenção, aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e as recomendações da assistência, diagnóstico precoce das IST, infecção pelo HIV e hepatites. Tratamento adequado da maioria das IST, encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto.

5.3 Frequência de realização do exame ginecológico

De acordo com Albuquerque *et al.* (2009), os programas de rastreamento sistemático da população feminina por meio do exame citológico do colo do útero, também conhecido como exame Papanicolau, tem sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce do câncer do colo do útero. Estudos indicam que mulheres que não realizam ou nunca realizaram esse exame desenvolvem a doença com maior frequência.

O objetivo desta etapa da entrevista foi investigar a frequência de realização do exame ginecológico e se estava ocorrendo a recomendação estabelecida pelo MS, cujo intervalo mínimo para realizar o exame ginecológico é um ano ou conforme orientação médica, caso não haja nenhuma anormalidade a usuária pode realizar no prazo de três anos.

Nas entrevistas observamos que, em sua maioria, elas realizaram o exame anualmente. Apenas uma delas não realizava há 3 anos, por falta de tempo, estando no dia na Unidade Básica em busca de sua realização, após apresentar dispareunia.

Percebemos que as usuárias apresentavam-se em atividade sexual ativa, mas possuíam baixo nível de conhecimento sobre o tema em questão, desencadeando várias dúvidas

e esclarecimentos sobre outros subtemas de grande importância para uma atividade sexual segura e prazerosa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas permitiram examinar diferentes aspectos da vida sexual das usuárias participantes da pesquisa. Em relação à liberdade de escolha do método contraceptivo foi possível identificar uma timidez em admitir o não uso da camisinha. Percebemos, ainda, a falta de conhecimento sobre os demais tipos de métodos contraceptivos existentes, assim como a função de cada um deles. As usuárias, em sua maioria, se preocupavam em não engravidar, esquecendo-se das IST e citaram conhecer apenas duas doenças: o HIV e o HPV. Os parceiros das mulheres entrevistadas apresentaram grande influência na escolha do método, principalmente na negação do uso da camisinha por parte deles, chegando a alegar para a companheira o tempo de união e a confiança que devem depositar neles.

Os testes rápidos da sífilis, HIV e Hepatite B foram realizados não por curiosidade ou cuidado consigo mesmas, mas porque o médico ou enfermeiro solicitou no momento de pré-natal daquelas que já tiveram filhos, incluindo a vacinação necessária. Nesse contexto, não foi identificado a participação do parceiro, com exceção de uma única usuária, sendo possível identificar a falta de informação da população em relação à promoção e prevenção da saúde e com relação às IST que vem aumentando seus níveis de contaminação.

Apesar dos índices indicarem aumento da ocorrência do câncer do colo do útero e de mama, foi possível identificar na unidade básica onde foi realizado a pesquisa que a maioria das mulheres realizava o exame Papanicolau no mínimo de seis em seis meses. Todas as entrevistadas realizaram o exame com intervalo máximo de 12 meses entre eles, com exceção de uma usuária que relatou não realizá-lo há três anos.

Identificar as dificuldades e as percepções das usuárias com vida sexual ativa acerca de sua sexualidade com relação às escolhas, tipos de práticas, experiências vividas foi gratificante e possibilitou verificar a carência de informações e conhecimentos sobre as diversas questões pertinentes à vida sexual. A experiência com essas mulheres permitiu um contato rico em trocas e momentos de compartilhamento de ideias, saberes e conhecimentos, fator estimulante no papel de provisor de saúde e educação.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M. *et al.* Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S301-S309, 2009. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/12.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

ANDRADE, E. C.; SILVA, L. R. Planejamento familiar: uma questão de escolha. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 85-93, 2009. Disponível em: http://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v11/n1/v11n1a11.htm. Acesso em: 6 dez. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2001.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 522-528, set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a19.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de educação e saúde nas escolas**. Brasília, DF: SUS, 2014. Disponível em: <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/18/3---Sa--de-na-Escola---Danielle-Cruz-OK.pdf>. Acesso em: 10 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/74/boletim_epidemiologico_hiv_aids_-_2013.pdf?file=1&type=node&id=74&force=1. Acesso em: 6 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, n. 2). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 6 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 12 abr. 2020.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

FERNANDES, A. M. S. *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad.**

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, p. 103-112, 2000. Sup. 1. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2000.v16suppl1/S103-S112/pt>. Acesso em: 6 dez. 2020.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, 2009. Sup. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/06.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LIMA, F. R.; FAGUNDES, N. C.; SALES, S. S. P. Atuação da enfermeira na atenção básica a saúde: uma revisão integrada. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 82-92, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6917/6790>. Acesso em: 6 dez. 2020.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a15v13n6.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

OSIS, M. J. D. *et al.* Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-1594, nov./dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/16.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

RODRIGUES, L. M. C. *et al.* Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. **Cogitare Enferm.**, João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 63-69, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21113/13939>. Acesso em: 6 dez. 2020.

SILVA, F. S.; CARVALHO, M. L. O. Enfermeiros de saúde da família e ações em planejamento familiar. **UNOPAR Cient., Cienc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 29-36, out. 2007. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/1547/1483>. Acesso em: 6 dez. 2020.

SOUZAS, R.; ALVARENGA, A. T. Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 125-132, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/12.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

CAPÍTULO 4

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO PARTO: PERCEPÇÃO DA PUÉRPERA

Vanessa da Frota Santos

Danielle Tavares Soares

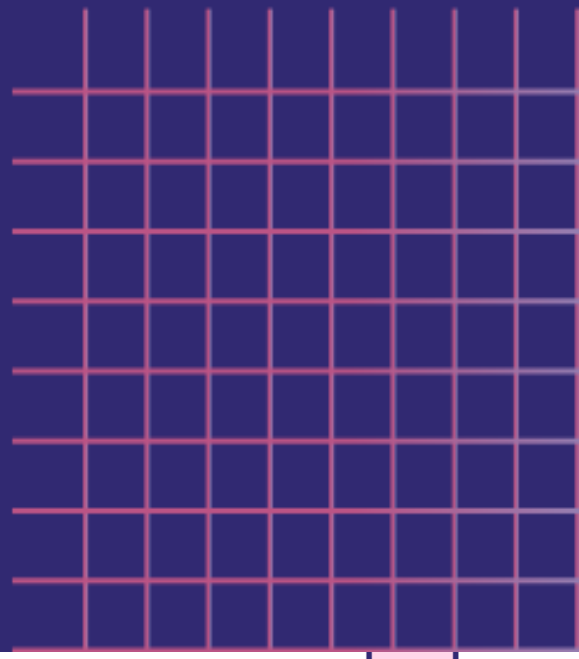
Morgana Boaventura Cunha

Camila Lima Ribeiro

Cláudia Lobo Ferreira Balthazar

Joana Liriss Siqueira Rodrigues

Camilla Pontes Bezerra



RESUMO

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e não está ligada à patologia, mas sim com a experiência de gerar uma nova vida. Os cuidados não farmacológicos de alívio da dor são defendidos pelo movimento de humanização do parto. Objetivou-se conhecer a opinião de mulheres puérperas sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados durante seu trabalho de parto e parto. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Maternidade de referência na cidade de Fortaleza-CE. A população deste estudo foi constituída por mulheres com idade a partir de 18 anos no puerpério imediato, que tinham realizado parto normal e que utilizaram algum tipo de método não farmacológico durante o trabalho de parto e parto. As informações foram registradas em um formulário estruturado. O instrumento de coleta de dados foi composto por perguntas objetivas e subjetivas. As informações foram organizadas e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011). Foram entrevistadas 10 puérperas com faixa etária entre 18 e 45 anos. O estudo mostrou que mulheres que utilizaram algum tipo de método não farmacológico durante o trabalho de parto se sentiram mais relaxadas mais confiantes e acolhidas e assim contribuindo para o bom desfecho do trabalho de parto e parto. É importante incentivar os profissionais e outros atores envolvidos nesse cenário sobre a importância do parto natural humanizado, bem como sensibilizar as mulheres em geral dos benefícios que a humanização nesse processo pode trazer a todos os envolvidos.

Palavras-chaves: Parto humanizado. Métodos não farmacológicos. Parto. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e não está ligada à patologia, mas sim com a experiência de gerar uma nova vida. No entanto, muitas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam. Mesmo a dor sendo resultado de uma interação complexa e subjetiva de múltiplos fatores fisiológicos e psicológicos subjetivos e adaptativos da parturiente, é do conhecimento que uma abordagem, visando o alívio da dor, vai alterar a resposta desta na maioria das mulheres. Os cuidados não farmacológicos de alívio da dor são defendidos pelo movimento de humanização do parto. Este movimento tem como objetivo tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

intervenções, cesarianas e administração de fármacos. Assim, os cuidados não farmacológicos são alternativas que visam a desmedicalização (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Ao longo da história foram analisadas diversas formas de reduzir a mortalidade materna por causas evitáveis. As regiões com menor desenvolvimento econômico apresentam maiores taxas de mortalidade materna. Os dilemas permanecem e continuam as buscas de estratégias que envolvem o ambiente e os profissionais que atendem nesse campo. Desafios a mudanças no modelo de atenção obstétrica têm sido configurados, a fim de melhorar a qualidade da assistência perinatal e alcançar melhores indicadores da saúde feminina (GOMES; MOURA, 2012).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, cujos alguns dos objetivos são assegurar à mulher o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e reduzir a mortalidade materna e neonatal, pela adoção e o compromisso com as práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, ou seja, pela garantia das boas práticas e da segurança na atenção ao parto e nascimento, além da garantia da presença do acompanhante desde o acolhimento da gestante até o pós-parto (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao abortamento e ao puerpério, e os das crianças que é o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011b).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) preconiza que as mulheres deveriam ter a oportunidade de viver a gestação e o parto como parte de sua vida afetiva e sexual, dispondo de recursos médicos quando necessário, e, ao mesmo tempo, podem estar em contato com a natureza verdadeira do ato de dar a luz (BRASIL, 2005).

O PHPN veio por meio da Portaria/GM nº 569/2000, subsidiar as necessidades de atenção específicas a gestantes e ao recém-nascido. O principal objetivo desse programa é garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido assegurando seus direitos e cidadania (BRASIL, 2000).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomende a implementação de estratégias não farmacológicas para aliviar o desconforto advindo da dor durante o trabalho de parto, a adesão a esta prática têm sido influenciada pela filosofia da instituição de atendimento ao parto.

O PHPN tem como objetivo principal reorganizar a assistência, vinculando

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, e assim ampliar o acesso das mulheres garantindo o direito mínimo da realização de um conjunto de procedimentos. Este programa apresenta duas características peculiares: “o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais” (BRASIL, 2001, p. 25).

Nas últimas décadas, tem-se modificado os ambientes para assistência ao parto natural. A garantia de um local confortável, acolhedor e com privacidade e segurança reduz o medo e a ansiedade da parturiente, que podem estar relacionados ao ambiente hospitalar. Estas mudanças favorecem a adoção de práticas não farmacológicas, que buscam beneficiar a prática do parto natural (BRASIL, 2008).

A discussão sobre parto e nascimento humanizado historicamente ganhou representatividade em Fortaleza no ano de 1985, quando representantes e convidados da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizaram uma “Conferência sobre tecnologias apropriadas para o parto,” e deste encontro resultou a “Carta de Fortaleza” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985) a partir deste texto deu-se início um grande movimento para ações e mudanças a atenção ao parto e nascimento, com instituição da Rede Cegonha, um marco da melhoria da assistência obstétrica (BRASIL, 2011a).

É de suma importância destacar a continuidade do suporte destacado pelas recomendações do Manual da Rede de Humanização do Nascimento que visa a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar materno e perinatal, “o suporte contínuo surgiu como forma de encorajar a parturiente, oferecer conforto físico, suporte emocional, orientações e informações tanto para a mulher como para acompanhante” (GALLO *et al.*, 2011, p. 42).

A definição de doula é semelhante na literatura, como sendo a mulher que dá suporte físico, emocional, social e espiritual, fornecendo também orientações às parturientes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (SILVA *et al.*, 2012).

A própria figura da doula também só faz sentido dentro da concepção do modelo humanizado, uma vez que a proposta de oferecer apoio e amparo físico e emocional à parturiente só se apresenta como necessidade dentro de um modelo que aspire a não despersonalização daquele que recebe a assistência à saúde. O uso recente da denominação “doula” mostra como sua emergência está diretamente ligada ao movimento pela humanização (MENDONÇA, 2015).

Dados do Ministério da Saúde apontam para uma situação alarmante: em 2010, o Brasil registrou mais cesarianas do que partos normais. Enquanto, em 2009, o País alcançava a sigla de 50% de partos cesáreos, em 2010, a taxa subiu para 52%. A OMS recomenda que essa taxa fique em torno de 15%. Na rede privada, o índice de partos cesáreos chega a 82% e na rede

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

pública, 37%. Quando a situação exige, a cirurgia cesariana traz benefícios à gestante e ao recém-nascido. “Mas, quando feita de forma indiscriminada, como vem ocorrendo, pode implicar em riscos para a mãe ou para o feto.” (BRASIL, 2011c, p. 1).

Cabe ao enfermeiro obstétrico e aos demais profissionais que atuam na assistência ao parto promoverem, portanto, cuidados a fim de diminuir os estressores e possíveis despreparos enfrentados pela mulher no trabalho de parto, colocando a sua disposição informações e estratégias que lhe tragam a segurança e o conforto necessários (MATEFONI; SHIMO, 2014).

Mesmo a dor sendo resultado de uma interação complexa e subjetiva de múltiplos fatores fisiológicos e psicológicos subjetivos e adaptativos da parturiente, é do conhecimento que uma abordagem, visando o alívio da dor, vai alterar a resposta desta na maioria das mulheres. Desta forma, as opções não farmacológicas podem auxiliar a parturiente no alívio da dor (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

Tendo em vista esses aspectos, fica clara a necessidade da implementação das ações para diminuir o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, pois mesmo utilizando vários analgésicos, isolados eles não podem resolver totalmente esse fenômeno multidimensional que é a dor (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

Por considerar que o uso dos métodos não farmacológicos (MNFs) de alívio da dor no trabalho de parto traz uma abordagem mais humanizada no atendimento e ajuda as mulheres a vivenciarem esse momento de uma forma mais confortável e menos traumática, somado à escassez de dados científicos sobre o assunto, justifica-se a relevância de se estudar os benefícios desses métodos. O objetivo é avaliar a percepção de puérperas sobre o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Uma das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) para o alcance da meta foi o lançamento em 2011 da Rede Cegonha, que tem como objetivo garantir às mulheres e as crianças o direito ao parto e ao nascimento seguro.

No Brasil, um estudo realizado pelo MS/SVS aponta que a Razão da Mortalidade Materna (RMM) corrigida passou de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), em 1990, para 70 óbitos por 100 mil NV em 2010. Percebe-se uma redução de 51% no período estudado. No entanto, a morte de mulheres por causas ligadas a gravidez, aborto, parto e puerpério é, em sua quase totalidade, evitável. A mobilização da sociedade civil e o fortalecimento de espaços como os dos "Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna" são essenciais para estudar cenários e propor estratégias para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

No Ceará, de 1998 a 2014, foram notificados 38.120 óbitos de Mulheres em Idade

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Fértil (MIF) e destes foram confirmadas 2.039 mortes maternas (causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias), sendo 1.802 por causas obstétricas diretas ou indiretas, com uma média da RMM, no período supracitado de 78,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto segundo parâmetros da OMS.

Nos 17 anos analisados, observa-se uma média anual de 107 óbitos no ciclo gravídico-puerperal por causas obstétricas em nosso estado, com uma média de 09 mortes por mês. As maiores RMM na foram registradas nos anos de 1998 (93,7) e 2012 (90,6), e os menores em 2006 (66,7) e 2014 (61,2) por 100.000 NV. Em 2013, do total de óbitos em MIF notificados, 89% (2.430/2.729) foram investigados. Já em 2014, o Estado investigou 77,1% (1.953/2.534) do total de óbitos em MIF notificados. Portanto, ainda existe a possibilidade da ocorrência de Óbitos Maternos não declarados entre os óbitos não investigados.

Em 2014, dentre os óbitos de MIF e maternos notificados, foram confirmadas 124 mortes maternas, sendo 54% (67/124) entre óbitos maternos declarados e 46% (57/124) entre MIF (confirmadas após investigação como mortes maternas). Dos 67 óbitos maternos declarados, ainda não foram investigados 13 óbitos e 09 foram óbitos maternos tardios (após 42 dias e menos de 01 ano após o fim da gravidez). Ressalta-se que esses óbitos não são incluídos no cálculo da RMM. Quanto a distribuição da ocorrência de óbitos maternos, há registros em 95% (21/22) das regiões de saúde e em 29% (54/184) dos municípios do Estado. O momento da ocorrência do óbito é significativo para que sejam desencadeadas ações voltadas para assistência. No Ceará, 42% (52/124) dos óbitos maternos ocorreram no puerpério e 22% (27/124) ocorreram na gestação.

Com base nas considerações feitas anteriormente, cabe aqui levantar uma questão fundamental aos propósitos deste estudo: Conhecer a opinião de mulheres puérperas sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados durante seu trabalho de parto e parto.

A relevância acadêmica deste trabalho é incentivar os profissionais de saúde e outros atores envolvidos neste cenário, sobre a importância do parto natural humanizado, bem como sensibilizar as mulheres, em geral, dos benefícios que a humanização nesse processo pode trazer a todos os envolvidos.

Considerando a estratégia de humanização do parto como importante medida de saúde pública, em que valoriza a atuação do profissional de saúde diante da realização do parto natural e resgata a autonomia da mulher como condutora do processo de parir, optou-se por desenvolver um estudo baseado na assistência humanizada no parto com uso de métodos não farmacológicos.

2 OBJETIVO

Conhecer a opinião de mulheres puérperas sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados durante seu trabalho de parto e parto.

3 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa descritiva, de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Aplica-se este tipo de pesquisa, quando se quer informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações que são desconhecidas (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa possui uma expressão subjetivista, interpretativa e idealista da realidade, se fazendo possível uma análise compreensiva das relações estabelecidas de cada palavra ou gesto, permitindo assim a interpretação de fatores de forma particular e única, possibilitando ao pesquisador assimilação das diferentes formas de como os seres humanos agem e pensam frente a questões focalizadas (LACERDA; LABRONICI, 2011).

O presente estudo foi desenvolvido em uma Maternidade de referência na cidade de Fortaleza-CE. Vinculada ao projeto Rede Cegonha. A nossa opção pela instituição foi por se tratar de uma maternidade Vinculada ao Projeto Rede Cegonha, onde se utiliza todos os métodos não farmacológicos para alívio da dor do trabalho de parto e parto. A missão da maternidade é promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente.

A população foi constituída por seis mulheres no puerpério imediato, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

Os critérios de inclusão foram mulheres que estavam no período de puerpério e que haviam realizado parto vaginal na maternidade referida, utilizando os MNFs para alívio da dor durante o trabalho de parto.

A coleta de dados se deu nos meses de abril e maio de 2016. Para a coleta das informações utilizou-se a técnica de entrevista. A entrevista pode desempenhar um papel vital para um trabalho científico se combinada com outros métodos de coleta de dados, intuições e percepções provindas dela, podem melhorar a qualidade de um levantamento e de sua interpretação (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011).

As informações foram registradas em um formulário estruturado. O instrumento de

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

coleta de dados foi composto por perguntas objetivas e subjetivas. Dentre as perguntas objetivas constavam a identificação das puérperas: a idade, procedência, grau de instrução, estado civil, renda mensal; dados obstétricos, idade gestacional, quantidade de filhos, número de consulta de pré-natal, presença de complicações e os recursos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto e parto. Dentre as perguntas subjetivas indagadas no instrumento constavam a experiência da puérpera sobre os recursos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto e parto para o alívio da dor. As entrevistas foram realizadas individualmente com o uso de gravador.

Os dados foram analisados e organizados por meio da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011). De acordo com esta autora, a análise se organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados. A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2011).

A terceira fase e última fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

As questões abertas foram transcritas e analisadas, as falas escolhidas foram identificadas apenas com nomes fictícios, para manter o sigilo das entrevistadas.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Centro Universitário Estácio do Ceará através da Plataforma Brasil e está em fase de tramitação para aceite. Com o objetivo de garantir a autorização da coleta, foi entregue uma carta de apresentação do estudo, assim como o projeto da pesquisa, para a direção da Instituição. Foi obtida a autorização da coleta de dados pelo comitê de ética do Hospital.

O anonimato dos participantes foi garantido, lhes atribuímos nomes fictícios. Tiveram a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Respeitaram-se os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Será apresentado a seguir o perfil das entrevistadas, bem como as categorias temáticas identificadas no estudo.

Os achados discutidos representam como foram as experiências das puérperas sobre os recursos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto e parto para o alívio da sua dor. Neste contexto podemos observar os relatos dessas mulheres e destacar a maneira como foram realizadas a utilização dos métodos durante o trabalho de parto e parto.

4.1 Perfil das participantes do estudo

Foram entrevistadas 10 puérperas, com faixa etária entre 18 e 45 anos. Quanto ao nível de instrução, a maioria tinha escolaridade de nível fundamental completo. Em relação à situação conjugal, houve a prevalência de mulheres com companheiro fixo, estando casadas ou em união consensual, o que é um fator positivo, pois aumentam as chances relacionadas ao apoio e ao suporte necessário durante a gestação e o parto.

A assistência humanizada ao parto natural garante o respeito aos direitos da mulher e da criança. Ações baseadas em evidências científicas, dentre elas as que permitem o acesso da parturiente a esses recursos não farmacológicos, tem comprovado o alívio da dor durante o trabalho de parto (GALLO *et al.*, 2011).

No que se refere à renda familiar prevaleceu renda igual ou maior que um salário mínimo. Ao serem questionadas quanto à paridade, percebeu-se que a maioria era primípara, de gestação a termo.

Todas as participantes do estudo tiveram acesso aos recursos não farmacológicos utilizados durante seu trabalho de parto e parto, disponíveis na instituição. A escolha dos métodos não farmacológico utilizados durante o trabalho de parto e parto, era feita pela parturiente com a orientação da equipe de enfermagem, motivada pelo sentimento acerca da importância dessas técnicas para o alívio da dor.

4.2 Técnicas aplicadas durante o trabalho de parto para a diminuição da dor

De acordo com Santana *et al.* (2013), a utilização de métodos não farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto, objetiva facilitar a evolução da dilatação cervical e da descida fetal, promover o suporte contínuo e aliviar a dor das parturientes, por meio de seus inúmeros recursos terapêuticos com a aplicação efetiva desses métodos.

Ao analisar a descrição dos métodos pelas parturientes, percebeu-se uma boa adesão aos métodos utilizados durante o seu trabalho de parto e parto. Também observamos a importância dada pelas puérperas aos MNFs para alívio da sua dor. Destacamos as seguintes falas:

Eu fiquei sentada em uma bola, tomei banho de chuveiro, molhei bastante os meus quartos para aliviar a dor, e fiquei de cócoras em cima da cama [...] (ÁGATA).

[...] ajudou bastante, na respiração, porque eu não respirava, me botaram no cavalinho, mandaram me fazer massagem, mandaram eu ir pro chuveiro, então isso diminuiu bastante (JADE).

Mandaram eu ir pra bola e cavalinho e tomar banho, ficar andando [...] ajudaram muito, na hora que fui pro cavalinho coisou... ajudou bastante. Num instante eu botei a menina pra fora [...] (ESMERALDA).

O relato das entrevistadas evidencia a participação ativa da equipe multidisciplinar provedora de cuidados à mulher, sendo também um grande desafio a aceitação e conquista da confiança da parturiente sendo possível humanizar este momento de dor, vulnerabilidade e insegurança, com o intuito de gerar na mulher a tranquilidade, confiança e segurança que ela precisa para passar por este momento de descobertas.

As vantagens de recursos não farmacológicos são destacadas em várias publicações científicas estando ainda associadas à diminuição de efeitos colaterais e de contraindicações.

Dentre estas podem ser citados os métodos mais utilizados que são o uso do chuveiro ou banho de imersão, o uso da bola suíça, a massagem, a deambulação, as técnicas de relaxamento, os exercícios respiratórios e a participação ativa de um acompanhante durante o parto e nascimento. Os recursos não farmacológicos para alívio da dor são considerados acessíveis às parturientes (GALLO *et al.*, 2011).

4.3 A percepção das puérperas acerca da utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto

O relato da sensação durante a utilização dos métodos utilizado pelas parturientes demonstra que houve uma evolução significativa no trabalho de partono que diz respeito a dilatação uterina. Em relação à percepção da puérpera quanto a evolução do seu trabalho de parto, segue as falas mais representativas:

[...] Eu tô desde o dia primeiro, só sentindo umas cólicas que vem e volta, depois desses exercícios que eu comecei a fazer dilatou, comecei a sentir contração porque eu não sentia contração ritmada [...] (RUBI).

[...] num instante se dilatou depois que comecei a usar a bola, porque eu cheguei com 4 cm, aí depois que comecei a usar fiquei logo com 7cm, aí foi num instante (JADE).

[...] Ajudaram muito, na hora que eu fui pro cavalinho coisou... Se eu não tivesse usado estava sentindo dor até agora pra parir... Num instante eu botei a menina pra fora [...] (ESMERALDA).

A decisão da mulher no seu processo de parturição é essencial para que o parto venha a ser humanizado e fisiológico. Isso acontecerá no momento em que os profissionais entenderem que este processo não passa somente pelo conhecimento das evidências científicas, mas deve levar em conta, também, a classificação de risco sem a qual é difícil determinar o momento correto da intervenção (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Na maioria das falas observamos que mesmo como seu pouco conhecimento em relação ao trabalho de parto, elas perceberam que era favorável a utilização dos métodos não farmacológicos, evidenciando assim a percepção quanto a evolução no seu trabalho de parto.

4.4 Atuação dos profissionais que proporcionaram os cuidados durante o trabalho de parto

Acredita-se que resultados positivos à aplicação das estratégias não farmacológicas durante o trabalho de parto podem ser intensificados se estes forem associados e implementados durante o acompanhamento pré-natal. Neste período a gestante poderá se familiarizar com

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

diferentes estratégias a serem propostas pela unidade de assistência ao parto e também por meio da compreensão da aplicação das mesmas e pela opção de escolha do método que melhor se adaptar. Assim como o profissional de saúde poderá estabelecer vínculo de maior aproximação da gestante, favorecendo a relação cliente/profissional.

Diante da observação das falas das puérperas podemos compreender os sentimentos em relação a equipe multidisciplinar que participaram do processo do seu trabalho de parto e parto. É importante que o profissional de saúde entenda que ele precisa compartilhar do mundo pessoal do indivíduo com dor, de sua auto realização, para, só então, compreender essa pessoa nesse mundo de dor. Destacamos as principais falas:

[...] Foram as enfermeiras, elas sempre falando palavras positivas pra mim, pediram pra mim ter calma paciência que ia dar certo, que era só fazer bastante força que ela ia sair [...] (ÁGATA).

[...] Achei bom, eles dão atenção, fica perto, conversa, diz faça isso que é melhor pra você, então isso foi uma maravilha né... melhor do que ficar só [...] (JADE).

Sendo assim, a postura da equipe de enfermagem ao cuidar da parturiente tem muito significado, pois contribui de modo preponderante para a experiência de parto dessa mulher, podendo torná-la satisfatória e exitosa ou frustrante (SOUZA *et al.*, 2013).

[...] A médica foi tão ignorante comigo que ficava dizendo assim... aff já pariu tanto menino e não sabe... você vai ter esse menino é assim mesmo, vira pra esquerda, ai eu virei e tive o menino assim mesmo de banda (AMETISTA).

O termo violência obstétrica é desconhecido por muitas pessoas, inclusive pelas vítimas. Mulheres que durante o trabalho de parto e o parto são xingadas, humilhadas ou ouvem piadinhas das pessoas que as atendem; que têm o direito ao acompanhante negado ou são submetidas a procedimentos sem aviso ou consentimento (OAB..., 2013).

A violência obstétrica implica em verdadeira violação de direitos humanos, como o direito à integridade corporal, à autonomia e à saúde e deve ser combatida, inclusive na esfera municipal. Por outro lado, a humanização do parto traz benefícios para a saúde do bebê, da gestante e parturiente e é um norte a ser seguido, também no âmbito do Município (POÇAS, 2014).

Quando a mulher com dores de trabalho de parto chega até uma unidade hospitalar, ela naturalmente se encontra fragilizada, pelas dores, anseios e incertezas do momento novo e desconhecido e é nesta hora que a equipe multidisciplinar precisa atuar com empatia promovendo conforto e segurança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o parto não deve ser visto apenas como uma rotina, e sim como um momento único, fisiológico e natural, onde a parturiente deve ser valorizada, enfatizando a importância dos cuidados de enfermagem pelos profissionais da área da saúde na busca da humanização no processo de assistência ao parto normal.

Profissionais da área da saúde devem refletir sobre a importância da intervenção não farmacológica e a necessidade da intervenção de enfermagem no trabalho de parto. A análise das informações coletadas a partir dos questionários aplicados as puérperas sobre o uso dos métodos não farmacológico mostram que foram realmente efetivas no alívio da dor durante o trabalho de parto e favoreceram a formação de laços afetivos familiares, vínculo mãe e filho, respeitando as reais condições fisiológicas da mulher durante o processo de parturição, tornando o processo de parto numa experiência agradável.

Percebe-se que a enfermagem é a principal atuante no incentivo ao uso dos métodos não farmacológicos para a paciente de baixo risco. O enfermeiro sabendo da sua responsabilidade, precisa garantir o cuidado, o conforto, a clareza das rotinas a serem cumpridas não só pela equipe de enfermagem, mas também pelos demais profissionais da equipe de saúde envolvidos, proporcionando segurança e satisfação à mulher no seu parto.

Neste estudo, evidenciou-se que as estratégias de métodos não farmacológicos foram efetivas no alívio da dor durante o trabalho de parto, contribuindo assim para um parto mais rápido e seguro, conforme depoimentos citados em instrumento de coleta. A equipe de enfermagem deve estar pronta para orientar e ajudar a essa mulher, que ela venha a se sentir bem melhor e que tenha um parto tranquilo, sem intercorrências. O presente estudo contribuiu de forma positiva na nossa formação acadêmica, acrescentando novos conhecimentos e novas vivências.

Por se tratar de um tema muito atual nos nossos dias faz-se ainda necessário o desenvolvimento de outras pesquisas estratégicas para que possamos analisar de maneira ainda mais abrangente os resultados.

É importante, ainda, ressaltar que tivemos algumas dificuldades durante a coleta de dados, pois algumas puérperas apresentavam total desconhecimento acerca dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto. Portanto, acredita-se que alguns profissionais envolvidos nesse cenário do parto precisam dar mais credibilidade à aplicação de tais métodos. Tal realidade reforça a necessidade de desenvolvimento de novos estudos, destacando a eficácia desses métodos de alívio da dor durante o processo de parturição.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil registra aumento no número de cesáreas. **Blog da Saúde**, Brasília, DF, 22 nov. 2011c. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/29122-brasil-registra-aumento-no-numero-de-cesareas#:~:text=Mas%2C%20quando%20feita%20de%20forma,previstas%20na%20estrat%C3%A9gia%20Rede%20Cegonha>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, jun. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, jun. 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada a mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRITTO JÚNIOR, A. F.; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. Disponível em: https://met2entrevista.webnode.pt/_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 12 abr. 2020.

GALLO, R. B. S. *et al.* Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo

assistencial. **Rev. FEMINA**, [S.l.], v. 39, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4073/2865>. Acesso em: 6 dez. 2020.

LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 359-364, abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a22v64n2.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

MALHEIROS, P. A. *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

MATEFONI, R. R.; SHIMO, A. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 505-512, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n2a18.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

MEDEIROS, J. *et al.* Métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto: percepção de puérperas. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 37-44, abr./jun. 2015. Disponível em: http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/404/pdf_67. Acesso em: 6 dez. 2020.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/civitas/v15n2/1984-7289-civit-15-02-0250.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

OAB cria comissão sobre violência obstétrica. **Diário Regional**, Diadema, 2013. Disponível em: <http://www.diarioregional.com.br/2013/11/24/editorias/noticias-gerais/oab-cria-comissao-sobre-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 20 maio 2017.

POÇAS, L. V. P. Competência municipal no combate à violência obstétrica e no desenvolvimento do parto humanizado. **R. Proc. Câm. Mun. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 145-154, jan./dez. 2014. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Revista-Procuradoria-n3.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTANA, L. S. *et al.* Localização da dor no início da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Dor.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 184-186, jul./set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n3/06.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

SILVA, R. M. *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000026&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 7 dez. 2020.

SOUZA, C. M. *et al.* Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **J. res.: fundam. care.**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 743-754, out./dez. 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750942037_5.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet**, [S.l.], v. 8452, n. 2, p. 436-437, 1985.

CAPÍTULO 5

PERCEPÇÃO DAS MULHERES FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE

Maria dos Navegantes Santos de Araújo

Erinete Melo da Silva Freire

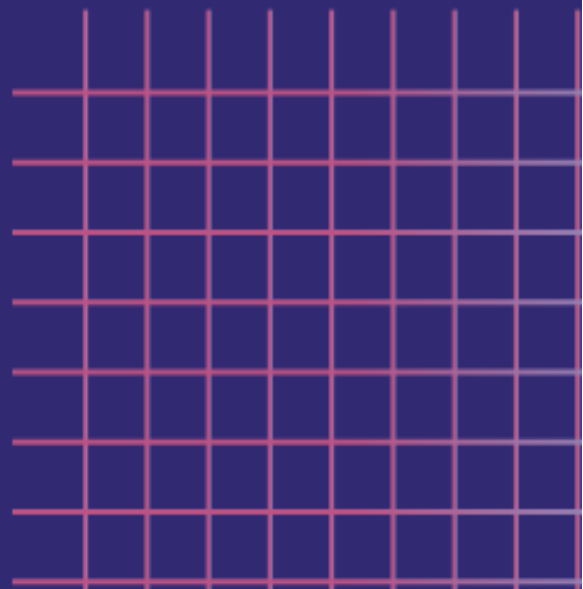
Camylla Maria Ribeiro de Souza

Maria Vânia Sousa Santos

Marina Braga de Azevedo

Rosane Reis Rocha

Camilla Pontes Bezerra



RESUMO

A endometriose é o implante de estroma e/ou epitélio glandular endometrial fora da cavidade uterina, podendo também abranger outras localizações como ovários, peritônio, ligamentos uterossacros, região retrocervical, septo retovaginal, reto/sigmoide, íleo terminal, apêndice, bexiga e ureteres. Algumas mulheres com endometriose são assintomáticas, porém esta não é a realidade da maioria que possuem queixas clínicas em variadas intensidades. Objetivou-se descrever a percepção das mulheres frente ao diagnóstico de endometriose. Trata-se de um estudo descritivo realizado em uma Unidade de Atenção Secundária na cidade de Fortaleza, Ceará. O público-alvo foram mulheres com diagnóstico de endometriose e foram realizadas entrevistas, sendo os resultados analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo. As categorias temáticas que emergiram da análise foram: Conhecimento das Mulheres em Relação à Endometriose; Convivência das mulheres com a endometriose; Dificuldades encontradas na obtenção do diagnóstico; e Percepção das mulheres sobre o tratamento. Através deste estudo foi possível obter maior conhecimento não só sobre a patologia intitulada endometriose, mas também sobre o mundo emocional e individualizado de mulheres ao receberem o diagnóstico e durante o decorrer de suas vidas aprendendo a lidar com os sintomas físicos e psicológicos advindos da convivência com a patologia.

Palavras-chave: Endometriose. Diagnóstico. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que o número de mulheres com endometriose seja de mais de 70 milhões no mundo. Sendo nos países industrializados uma das principais causas de hospitalização ginecológica. A endometriose consiste em um acometimento ginecológico comum, alcançando cerca de 5%-15% das mulheres no período reprodutivo e até 3%-5% na fase pós-menopausa (BELLELIS *et al.*, 2010). No Brasil, de acordo com dados do Ministério da saúde, mais de cinco milhões de mulheres possuem diagnóstico de endometriose (TEIXEIRA, 2007).

A endometriose é o implante de estroma e/ou epitélio glandular endometrial fora da cavidade uterina, podendo também abranger outras localizações como ovários, peritônio, ligamentos uterossacros, região retrocervical, septo retovaginal, reto/sigmoide, íleo terminal, apêndice, bexiga e ureteres.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Algumas mulheres com endometriose são assintomáticas, porém esta não é a realidade da maioria que possuem queixas clínicas em variadas intensidades. As queixas clínicas mais comuns são dismenorreia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia de profundidade, sintomas intestinais e urinários cíclicos como dor ou sangramento ao evacuar/urinar durante o período menstrual (BELLELIS *et al.*, 2010), dor periovulatória (dor do meio); sangramento anormal e fadiga crônica (RUANO *et al.*, 2011).

O fato de os sintomas serem inespecíficos e de o diagnóstico de maior acurácia ser através de procedimento cirúrgico dificulta o diagnóstico da endometriose. Por este motivo, muitas vezes o tratamento é indicado de maneira errada tornando-se insatisfatório e limitado apenas ao alívio dos sintomas. Por outro lado, sabe-se que os casos de endometriose podem apresentar progressão em aproximadamente 23% a 64% das mulheres quando não submetidas ao tratamento, sendo possível reduzir essa frequência em 20%, mediante adoção de medidas terapêuticas corretas (RUANO *et al.*, 2011).

A endometriose pode ser classificada de acordo com as características histológicas dos implantes, com a localização da doença (peritônio, ovário ou septo retovaginal), ou ainda pela extensão nos órgãos (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

O tratamento clínico da endometriose varia de acordo com sua extensão, localização e sintomas, assim como com a idade da paciente (JEFFCOATE, 1979). O tratamento deve ser individualizado, considerando sempre os sintomas da paciente e o impacto da doença e do tratamento sobre a qualidade de vida (NAVARRO; BARCELOS; SILVA, 2006). As modalidades de tratamento incidem em três categorias: alívio da dor, supressão endometrial e cirurgia (PORTH; MATFIN, 2010).

Segundo Nácul e Spritzer (2010), o tratamento cirúrgico da endometriose vai desde procedimentos de pequena complexidade, como cauterização de focos superficiais e liberação de aderências velamentosas, abordando até intervenções complexas nos ovários, fundo de saco de Douglas, intestino, bexiga e ureteres, necessitando de uma equipe multidisciplinar.

Já o tratamento para a dor associada à endometriose estão as combinações estroprogestogênicas, progestogênios isolados e análogos do GnRH. Tais agentes inibem o crescimento dos implantes por decidualização e atrofia do endométrio ou por meio da supressão dos hormônios esteroides ovarianos e indução de um estado de hipostrogenismo. Os estudos que avaliaram esses tratamentos hormonais apontam que eles são igualmente efetivos, mas seus efeitos adversos e custos são significativamente diferentes.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

É importante relatar que todos os tratamentos disponíveis para a dor associada com a endometriose possuem efeito contraceptivo. Não é rara a associação de dor e infertilidade, principalmente nos graus mais severos da doença, o que impossibilita o uso desses tratamentos.

Até o presente momento não existe prevenção para endometriose, porém há estudos que mostram que as mulheres que fazem uso de anticoncepcionais orais para evitar gestação possuem uma menor incidência da doença. Baseando-se no que foi apresentado neste estudo, questiona-se sobre a seguinte perspectiva: Qual é a percepção da mulher frente ao diagnóstico de endometriose?

Justifica-se este estudo pelo fato de a endometriose ser um assunto pouco ou não abordado no período acadêmico dificultando assim uma prestação da assistência eficaz para as mulheres acometidas por essa doença. Tendo, a enfermagem, um domínio do conhecimento sobre a endometriose será possível cuidar destas mulheres de maneira adequada tanto no aspecto clínico como no da educação das pacientes e família.

A relevância do presente estudo relaciona-se na questão do estudo científico aprofundado voltado para se obter um melhor conhecimento da Endometriose, como também a necessidade de um esclarecimento contínuo, gerado a essas mulheres. Espera-se contribuir na assistência de enfermagem prestada, como também na humanização e nas informações fornecidas de maneira objetiva e sucinta a essas mulheres.

2 OBJETIVOS

Descrever a percepção das mulheres frente ao diagnóstico de endometriose.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi do tipo descritivo e aplicado. Teve como objeto a pesquisa de campo. Conforme Barros e Lehfeld (2007), a pesquisa descritiva consiste em uma descrição do objeto através da observação e do levantamento de dados, podendo ainda incluir a pesquisa documental e bibliográfica.

Outro conceito importante para destaque é o da pesquisa aplicada, onde o pesquisador é motivado pela necessidade de conhecimento, a fim de uma aplicação imediata de seus resultados. Na pesquisa de campo o pesquisador age como observador e explorador, coletando de forma direta os dados no campo em que se dá a pesquisa.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

No que se refere à abordagem, foi do tipo qualitativa. Segundo Minayo (2013), a pesquisa qualitativa em saúde abrange diversos significados, motivações, crenças, valores e atitudes, que integram um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser resumidos à operacionalização de variáveis.

O local onde aconteceu a pesquisa foi em uma Unidade de Atenção Secundária na cidade de Fortaleza, Ceará. O mesmo tem a finalidade de proporcionar atendimento à saúde da mulher e do homem no que compete aos níveis primário e secundário de saúde. Como serviços prestados oferece assistência em prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas ginecológicas de pele e pênis. O período de coleta de dados compreendeu os meses de fevereiro de 2015 a maio de 2015.

Em virtude de as alunas estarem em estágio de disciplina da graduação neste local houve uma facilidade de desenvolver tal pesquisa, pois foram apresentadas com antecedência aos profissionais determinantes para realização deste estudo.

A população-alvo consistiu em mulheres com diagnóstico de endometriose que concordaram em participar da pesquisa. O critério de inclusão para participantes consistiu em: ser do sexo feminino, ter idade igual ou maior de 18 anos, ter o diagnóstico de endometriose, estar em tratamento na Unidade em que se realizou o estudo, ter disponibilidade para participar da pesquisa, concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi adotada como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. As mulheres foram convidadas a participar deste estudo mediante abordagem direta com assinatura do Termo de Consentimento.

O roteiro básico de entrevista consistiu em questões que traçaram o conhecimento e a compreensão dos seguintes aspectos: idade em que se teve o diagnóstico, forma de diagnóstico, antecedentes familiares, sintomatologia prévia, grau de escolaridade, compreensão da patologia, conhecimento do tratamento e seus efeitos colaterais. As entrevistas foram realizadas individualmente em salas disponíveis no local, onde foi possível trabalhar com liberdade, privacidade e tempo suficiente para cada participante. Foi oferecido esclarecimento e solicitação para que as entrevistas fossem gravadas.

Teve-se a intenção de ao fim das entrevistas prestar esclarecimentos das dúvidas apresentadas pelas mulheres, como também, dar informações sobre o tratamento e seus efeitos, para que durante o mesmo elas se sentissem mais preparadas. Fica evidente, desta forma o papel educativo do estudo.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

As informações obtidas através das entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo. A análise consiste em procurar o sentido que seja o mais explicativo possível acerca dos resultados da pesquisa. Consiste ainda, em ler por meio dos índices, dos dados obtidos, a partir da medição e tabulação dos dados, ou de leitura e decomposição de entrevistas adquiridas em pesquisas com destaque na abordagem metodológica mais qualitativa (BARROS; LEHFELD, 2007).

Ao se adotar a técnica de análise de conteúdo esperou-se conhecer de maneira abrangente o que cada mulher transmitiu em suas individualidades sobre cada ponto abordado na entrevista.

Primeiramente o responsável legal da Unidade foi comunicado sobre a pesquisa e o consentimento se deu por meio de uma carta de apresentação da pesquisa, anexada ao projeto.

Como exigido, o estudo foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética e Pesquisa para atender aos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (2012).

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que as participantes da pesquisa, após aceitarem, o assinassem. Para a manutenção do anonimato das participantes do estudo lhes foram atribuídos nomes fictícios.

As participantes também foram asseguradas de privacidade e proteção da imagem e identidade, como também, de liberdade de se recusarem a participar ou retirarem o seu consentimento, em quaisquer fases da pesquisa, sem que haja penalização.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistadas que deram origem a esta pesquisa foram 05 mulheres com diagnóstico de endometriose que residem no município de Fortaleza - CE. Essas mulheres possuem características próprias. No que diz respeito à identificação e preservação do anonimato das mulheres entrevistadas, passaremos a identificá-las por nomes fictícios de rosas: Copo de Leite, Orquídea, Jasmim, Lírio e Margarida.

Copo de Leite tem 33 anos, é casada, nulípara, apresentou menarca com 14 anos, trabalha como operadora de caixa e tem ensino médio completo. Orquídea tem 23 anos, solteira, nulípara, apresentou menarca entre 13 e 14 anos, é estudante e tem nível superior incompleto. Jasmim tem 39 anos, casada, tem 01 filho de 10 anos, apresentou menarca aos 11 anos, é secretária escolar e tem nível superior completo. Lírio tem 29 anos, é solteira, nulípara,

apresentou menarca aos 14 anos, é estudante e tem nível superior incompleto. Margarida tem 25 anos, casada, nulípara, apresentou menarca aos 10 anos, é vendedora e tem nível médio completo.

Abordaremos, para melhor serem discutidas, algumas categorias temáticas retiradas dos depoimentos das participantes, nomeadas da seguinte forma: Conhecimento das Mulheres em Relação à Endometriose, Convivência das Mulheres com a Endometriose, Dificuldades Encontradas na Obtenção do Diagnóstico e Percepção das Mulheres no Funcionamento da Endometriose.

4.1 Conhecimento das mulheres em relação à endometriose

As participantes entrevistadas para o estudo demonstraram ter um bom conhecimento sobre a doença que possuem. As mulheres relataram a patologia de forma simples e direta, tendo como fonte de informações os médicos e como características os sintomas que apresentavam.

O que eu entendo é que são focos da menstruação né? Que o útero descama e ele deveria descer, no entanto, ele sobe. O foco vai se espalhando. E o que gera o cisto no ovário, ele vai acumulando e vai gerando um cisto endometriótico. O meu foi subindo pro intestino e o foco foi subindo e foi se espalhando. É mais ou menos assim (JASMIM).

Mais ou menos, eu entendo assim né, um pouco, que são células do endométrio que vão para fora do útero (ORQUÍDEA).

[...] É como se fosse a menstruação que ao invés dela descer, ela volta formando uns cistos, uns coágulos de sangue entre o ovário e o útero. Todo mundo diz que são as dores de cólica, só que eu não sinto, eu não sentia (LÍRIO).

Duas das mulheres entrevistadas relacionam a doença pelos sintomas apresentados à elas ou pela sintomatologia que elas apresentaram, não conhecendo, portanto a etiologia da doença que possuem.

[...] dor durante a menstruação e sem menstruação, quando a pessoa tem no intestino e quando está menstruada tem evacuação direto... muita dor, mas é dor, dor direto! (MARGARIDA).

Por que quando eu descobri que eu tinha, meio que, me disseram logo que eu não poderia ter filho. O primeiro diagnóstico foi que eu não podia ter filho, tinha que tirar tudo. Quando eu descobri já tava muito grande, é do tamanho de um feto de cinco meses né, aí então eu não parei muito para saber o que era e o que não era, eu acabei surtando, aí depois com o tempo é que acabei descobrindo, que ele é alimentado de sangue né, essas coisas assim, mais muita coisa eu não sei (COPO DE LEITE).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Consideramos necessário que essas mulheres deveriam buscar mais informações sobre a doença, pois julga-se de grande importância que as mulheres com endometriose busquem mais informações sobre a patologia, pois conhecendo de forma profunda a doença, podem compreender melhor suas características.

Duas das mulheres entrevistadas relatam que receberam mais informações da doença pelos médicos, e algumas relatam que buscaram conhecimento da doença através de outros meios de informações.

Começou pela televisão, pela novela, aí teve a divulgação das atrizes falando e depois foi pela internet. Eu fui escutando, e foi o tempo que comecei a sentir as dores e meu pai disse: “Será que tu não tem essa doença?” E eu não queria descobrir que eu tinha mas infelizmente eu tinha, eu tenho, né?! Foi indo e eu comecei a olhar, pesquisar na internet e fui descobrindo (MARGARIDA).

Todas as informações foram com os meus médicos. Confirmei as informações na internet (ORQUÍDEA).

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido funcional semelhante ao endométrio localizado fora da cavidade uterina, mais comumente no peritônio pélvico, nos ovários e septo retovaginal. A paciente pode ser assintomática, referir apenas infertilidade ou ter sintomas como dismenorreia severa, dispareunia profunda, dor pélvica crônica, dor ovulatória, sintomas urinários ou evacuatórios perimenstruais e fadiga crônica. A etiopatogenia ainda não está bem estabelecida, porém as evidências indicam que a combinação de fatores genéticos, hormonais e imunológicos (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Observamos que algumas das mulheres entrevistadas conhecem de maneira simples o que é a endometriose e relacionam a doença com os sintomas que apresentam, assim não tendo informações sobre outros sintomas ou outras características da doença.

4.2 Convivência das mulheres com a endometriose

As mulheres demonstraram que a endometriose afeta seus cotidianos em várias situações. Relatam que a rotina é prejudicada, pois desconhecem quando as crises irão acontecer e a sua intensidade, conseqüentemente, seu estado emocional é acometido também.

O emocional dessas mulheres está de forma clara prejudicada, pois a doença gera depressão, ansiedade e muitas vezes frustrações quando por algum motivo o tratamento não ocorre como o esperado.

Ai gente é terrível, terrível, terrível. Eu vivo chorando, vivo horrível, porque atrapalha a minha vida como um todo né, a minha vida com meu namorado, a minha vida na faculdade, a minha vida como um todo. Eu sinto dores gente que vocês não têm noção, são dores assim terríveis. Então assim, eu falto aula, eu falto prova. Agora mesmo eu fiz a cirurgia tinha 30 dias de atestado [...] (ORQUÍDEA).

Emocional, as dores, o desconforto. Para trabalhar é difícil porque no período menstrual eu não consigo sair de casa, porque dá fraqueza eu fico fraca, só dormindo (COPO DE LEITE).

É tudo, principalmente o emocional, você abala totalmente. Porque hoje você tá boa, amanhã você já não sabe se tá boa. Porque é uma doença que horas você tá em pé conversando aí vem aquela dor e acaba seu ânimo total, nem aguentar deitada aguenta [...] (MARGARIDA).

É notória, e várias vezes relatada, pelas entrevistadas como a doença abala o emocional, por ser uma doença crônica e que atinge elas de várias formas. É indicado para essas mulheres, além do tratamento com o ginecologista especialista, o acompanhamento com psicólogos.

A dispareunia é um dos sintomas também relatados pelas entrevistadas. Esse sintoma da doença afeta a vida íntima e sexual dessas mulheres, pois as dores durante a relação sexual a impedem de ter, por muitas vezes, uma relação próxima com seus parceiros.

O que ela mais me incomoda é na relação sexual, a dor, isso mexe comigo. A cólica não, desde a primeira menstruação eu sentia dor, se era pela endometriose ou não eu não sabia, isso é comum pra mim (JASMIM).

A dor intensa, a dor na relação sexual, dor em tudo, em tudo. Eu não consigo fazer uma atividade física... (ORQUÍDEA).

Por ser uma doença crônica e por seus sintomas serem fortes, a doença tem um efeito considerável na vida da paciente, tanto no atraso do diagnóstico, por causar infertilidade, alta incidência de ansiedade e depressão, quadros frequentes de dor que pode levar a várias internações e os sintomas causarem uma redução na qualidade de vida, na função sexual e com tudo isso interferir na produtividade no trabalho (MARQUI, 2014).

A qualidade de vida das mulheres que possuem endometriose é prejudicada de forma significativa. As fortes cólicas são os sintomas que mais prejudicam a rotina das mulheres entrevistadas, assim impedindo até de realizarem até tarefas simples do seu cotidiano.

4.3 Dificuldades encontradas na obtenção do diagnóstico

A maioria das mulheres alvo da entrevista realizada relatou dificuldade na obtenção do diagnóstico de endometriose, decorrendo-se entre 2-4 anos para que este fosse revelado e

iniciado o tratamento necessário. Elas afirmam que este problema decorre da falha de conhecimento por parte dos médicos ao consultá-las e não suspeitar de possível diagnóstico.

Nunca você chega e eles dizem, você chega e eles não suspeitam, eles dizem logo: “isso é um mioma, é um cisto”. Nunca dizem pra você: “Pode ser a endometriose. Vamos averiguar, vamos passar um exame pra saber (MARGARIDA).

Demorou de 2 a 3 anos para se diagnosticar, eu sentia dores intensas e fui para vários ginecologistas e eu tinha também problema de cisto e eles justificavam que eu tinha cistos né... e aí foi sempre assim com essa história do cisto, justificando nisso né, e eu continuava sentindo dores, dores, dores, até que um dia eu fui lá nesse doutor. Só ele falou da endometriose, que ainda não tinha sido cogitado a possibilidade da endometriose, eu ainda não tinha nem escutado falar da endometriose (ORQUÍDEA).

Entre toda a população alvo da coleta apenas uma conseguiu obter o diagnóstico de endometriose em pouco tempo. Este fato se deve por esta mulher ter uma pessoa próxima que já tinha o diagnóstico de endometriose e a indicou para um médico especialista.

Foi quando fui fazer exame de rotina, a transvaginal que deu isso, eu fui atrás investigando, investigando... Uns 2-3 meses (LÍRIO).

Segundo Marqui (2014), reduzir o tempo que se leva até ser confirmado o diagnóstico de endometriose consiste em um desafio que necessita ser superado para evitar um possível comprometimento do futuro reprodutivo dessas mulheres. Observou-se em um estudo de origem brasileira que o tempo que se leva do início da sintomatologia até se chegar ao diagnóstico, gasta-se em média 04 anos em mulheres com infertilidade e 7,4 anos em mulheres que apresentam dor pélvica.

Percebeu-se uma insatisfação por parte da maioria das mulheres com o tempo levado para se diagnosticar a patologia, apontado por elas como sendo devido à falta de conhecimento e suspeita diagnóstica pelos médicos que as consultaram inicialmente. Tendo elas que passar por uma “procissão médica”, algo definido como fato de ter que ir a vários médicos, percorrendo uma longa jornada para que se tivesse um diagnóstico correto sobre a endometriose e, enfim iniciar o tratamento. Ao pesquisar sobre a temática em questão encontrou-se uma literatura em que Bellelis *et al.* (2010) afirma que esta dificuldade encontrada na obtenção do diagnóstico se deve ao fato de o quadro clínico ser inespecífico, como também, a dificuldades encontradas em dispor de métodos diagnósticos específicos.

As mulheres alvo deste estudo estavam sendo tratadas com o Zoladex, que possui como princípio ativo o acetato de Gosserrelina. Este é um inibidor do hormônio luteinizante. Tendo como efeito terapêutico nos casos de endometriose uma regressão desta com diminuição

da dor, como também adelgaçamento do endométrio. Está disponível em seringas de 3,6mg, a qual sua administração se dá a cada 4 semanas, e 10,8mg, com administração a cada 12 semanas (AME, 2013).

4.4 Percepção das mulheres sobre o tratamento

Das mulheres entrevistadas que participaram do estudo, notou-se a dificuldade que elas têm acerca de conhecimento sobre o próprio tratamento. Apenas uma afirmou não saber como funciona o tratamento da endometriose, duas demonstraram ter um conhecimento prévio do tratamento, mas de forma incompleta.

Não, estou conhecendo agora [...] (COPO DE LEITE).

Ele me disse que o Zoladex vai eliminar os focos, porque a cirurgia não eliminou tudo (JASMIM).

Para induzir a menopausa e baixar os hormônios (ORQUÍDEA).

Apenas duas mulheres entrevistadas tinham um conhecimento coerente em relação ao tratamento ligado à cirurgia, e aos benefícios que ela oferece priorizando a possibilidade de poder engravidar. Ressalta-se que as informações dadas por essas mulheres se equivocam desviando o assunto do real objetivo da pergunta, como observado a partir dos relatos destas mulheres entrevistadas.

Que eu não podia ter filhos, de cara. Ele disse que não era assim, que ainda ia investigar. Só que a minha é profunda. Fico triste, né. Porque você tem que fazer cirurgia, e a cirurgia não é nada boa, por mais que seja bem simples. A anestesia não é legal. Então você fica nervosa, fica muito. E pode pensar que é câncer no final. Como ele disse que a minha tava avançada (LÍRIO).

Porque eu busquei. Porque depois que o médico disse que eu tinha, eu fui atrás, pesquisei. Vi várias reportagens das pessoas que tinham endometriose. Fui vendo vários exemplos de vida das pessoas que conseguiram depois da cirurgia, foi isso que me motivou a cirurgia. Pra mim ter uma qualidade de vida. Aí fui pesquisando, fui vendo que as mulheres tinham qualidade de vida maravilhosa. Muitos conseguiram engravidar normal, outras através de fertilização. Aí isso tá me motivando cada dia mais. Procurar melhorar, me cuidar (MARGARIDA).

Segundo Nácúl e Spritzer (2010), os tratamentos da endometriose mais utilizados atualmente são a terapia de supressão ovariana, a cirurgia ou a utilização das duas formas em conjunto. Sua utilização terapêutica varia muito, e depende da condição em que a paciente se encontra. Utiliza-se o medicamentoso com maior frequência por conta de sua indicação no

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

primeiro contato de suspeita diagnóstica, e para evitar recidiva da endometriose ao término do tratamento. Entretanto o tratamento cirúrgico é indicado quando a paciente apresenta exame de imagem sugestivo de endometrioma maior que 03 cm, como por exemplo, mapeamento e recidiva da dor ou aderências como suspeita.

A cirurgia em pacientes acometidas pela endometriose objetiva-se principalmente remover a maior quantidade encontrada possível de tecido acometido, como também, tentar reestabelecer a fisiologia anatômica normal da pelve. Essa cirurgia necessita de um cirurgião especializado, onde o manuseio do tecido é extremamente delicado, pois a regulação da homeostasia é fundamental para se evitar novos focos endometrióticos e a formação de novas aderências (NAVARRO; BARCELOS; SILVA, 2006).

O único tratamento que tem por finalidade eliminar os focos da endometriose é a excisão cirúrgica das lesões. Contudo, essa remoção cirúrgica profunda de lesões endometrióticas, é um procedimento bastante delicado e exige mais tempo de cirurgia consequentemente maiores riscos, necessitando de um preparo técnico seguro e rigoroso (ARRUDA *et al.*, 2010).

Evidenciamos que Lírio ao relatar sua opinião relacionada ao funcionamento do tratamento da endometriose, demonstrou vários sentimentos como: tristeza, melancolia, ansiedade e medo. Lírio menciona que o tipo dela é profundo e encontra-se avançada, se sentiu insegura ao realizar a cirurgia devido à anestesia, como também pelo medo da descoberta de ser um possível diagnóstico de câncer.

Diante do relato de Lírio notamos que existe uma necessidade de desenvolver uma assistência melhorada para esse público em questão. A enfermagem tem um papel ímpar na contribuição do cuidado para com essas mulheres em questão. Pois a enfermagem contribui tanto na assistência humanizada, como na parte de orientação em relação ao acompanhamento da doença, tratamento, recuperação até sua reabilitação.

A enfermagem realiza o cuidado conhecendo a paciente, avaliando seu caso e riscos existentes, como também, planejando as intervenções de acordo com a singularidade e particularidades de cada caso.

A contribuição do profissional de enfermagem na orientação do tratamento é um papel fundamental, pois tal orientação contribui na educação e no conhecimento dessas mulheres em relação a sua própria patologia e seu tratamento. Assim, diminui a ansiedade e medo, proporcionando outra forma de se portar frente às dificuldades encontradas do decorrer do tratamento, suas metas e planos para o futuro, de modo geral, uma melhor expectativa na qualidade de vida.

Para tal contribuição, a enfermagem deve manter um vínculo, utilizado para se ter um relacionamento interpessoal satisfatório, assim a paciente se sentirá confiante e resultará em um melhor resultado no tratamento e na sua qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível obter maior conhecimento não só sobre a patologia intitulada endometriose, mas também sobre o mundo emocional e individualizado de mulheres ao receberem o diagnóstico e durante o decorrer de suas vidas aprendendo a lidar com os sintomas físicos e psicológicos advindos desta convivência forçada com a patologia.

Foi possível também perceber as limitações no diagnóstico e o quanto estas limitações prejudicam a qualidade de vida dessa parcela de mulheres. Faz-se necessária uma maior abordagem de pesquisas acerca desta limitação para que a qualidade de vida de tais mulheres melhore e o sofrimento com os sintomas e imprecisão de diagnóstico ao passarem por diversos médicos torne-se uma realidade não mais vivida.

Outro achado de grande importância foi a participação da equipe de enfermagem como educadora, que exerce papel de grande relevância junto às mulheres que necessitam de um maior esclarecimento quanto ao tratamento da endometriose, ficando isto bastante claro nas falas mencionadas do decorrer deste estudo. Observamos que tais mulheres não mencionam a enfermagem como referência de informações, como também de assistência prestada a elas.

A enfermagem é uma profissão que atua diretamente com o público em questão, onde realiza uma assistência de enfermagem voltada para as condições de cada indivíduo. Portanto, tal profissão conhece o perfil das mulheres, e na contribuição de serem mais bem amparadas. Tal estudo reforça a busca de uma melhor assistência no tratamento dessas mulheres, tanto da parte do enfermeiro como dos profissionais da saúde, fato este que se evidencia nos relatos mencionados no decorrer deste estudo.

Evidenciamos que se faz necessário e de grande relevância a realização de novos estudos relacionados à endometriose, seja este, por acadêmicos ou graduados de enfermagem, como por outros profissionais da saúde. Isso dará continuidade à pesquisa já realizada e contribuirá como fonte de pesquisa para outros trabalhos.

REFERÊNCIAS

- AME. **Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem**. 9. ed. São Paulo: EPUB, 2013.
- ARRUDA, M. S. *et al.* Endometriose profunda: aspectos ecográficos. **Revista Feminina**, Campinas, v. 38, n. 7, p. 367-372, jul. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n7/a1525.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BELLELIS, P. *et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/22.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 12 abr. 2020.
- JEFFCOATE, T. N. **Principles of gynaecology**. London: Butterworth, 1979.
- MARQUI, A. B. T. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, Uberaba, v. 3, n. 2, p. 97-105, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/809/pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
- NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 298-307, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.
- NAVARRO, P. A. A. S.; BARCELOS, I. D. S.; SILVA, J. C. R. Tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 28, n. 10, p. 612-623, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n10/a08v28n10.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.
- PORTH, C. M.; MATFIN, G. **Fisiopatologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- RUANO, J. M. C. *et al.* Endometriose em mulheres com dor pélvica crônica: tratamento clínico. **Projeto Diretrizes**: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, [S.l.], 10 out. 2011. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/endometriose_em_mulheres_dor_pelvica_cronica.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

TEIXEIRA, C. R. V. **Endometriose**: qualidade de vida da mulher. 2007. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) — Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2007.

CAPÍTULO 6

GESTANTES COM SÍFILIS: PERFIL DE UMA POPULAÇÃO INFECTADA E REFLEXÕES SOBRE SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Rodrigo Castro Sampaio

Bruna Nunes Osterno

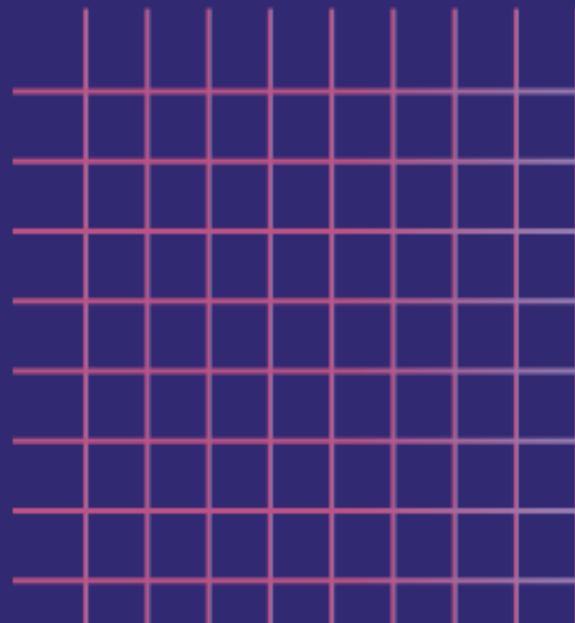
Maria Eliane Andrade da Costa

Alexsandro Ferreira Rocha

Carlos Jerson Alencar Rodrigues

Francisca Lívia Martins Lobo

Camilla Pontes Bezerra



RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e adquirida através do contato sexual. A sífilis pode trazer graves consequências para mãe e concepto se não tratada, por isso a importância da realização do tratamento adequado. Objetivou-se analisar o perfil de vinte e um casos de sífilis em gestantes em Fortaleza-CE. Trata-se de uma pesquisa documental, do tipo exploratório-descritiva. Os dados foram coletados a partir dos prontuários do Centro de Saúde Escola Meireles (SESA). Para conhecer a tendência da doença no município, primeiramente se resgatou a incidência de sífilis em Fortaleza-CE. Posteriormente os dados foram estratificados em variáveis e apresentados na forma de gráficos e tabelas. Das 21 gestantes, 10 eram solteiras, 19 eram usuárias de álcool e/ou outras drogas. Em relação ao número de parceiros, sete tiveram de dois a cinco parceiros em 12 meses, contribuindo para a infecção da doença. Referente ao tratamento, 16 realizaram tratamento adequado e 12 gestantes tiveram sífilis associadas a outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Conclui-se que as gestantes com sífilis possuem baixo nível social e comportamento de risco que as coloca em vulnerabilidade para contrair IST. Vale ressaltar a necessidade da melhoria nas informações registradas nos prontuários das gestantes a fim de contribuir para futuras pesquisas e medidas de prevenção da doença.

Palavras-chave: Sífilis. Vigilância em saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pré-natal.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que atinge homens e mulheres, de qualquer faixa etária, havendo também transmissão da mãe para o bebê na gestação, chamada sífilis congênita, totalmente evitável através do uso de preservativo, e é considerada a segunda doença mais grave depois do HIV (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (SILVA; SANTOS, 2004).

A sífilis congênita é uma infecção que atinge o feto durante a gestação, onde a bactéria *Treponema Pallidum* é repassada através da placenta, podendo provocar aborto ou mesmo malformações como surdez, cegueira como também motoras.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

A doença pode ser evitada desde que a mulher infectada seja rapidamente tratada antes mesmo do parto. Para isso, o Ministério da Saúde preconiza o rastreamento da doença no pré-natal, realizando o teste rápido como também o exame de sangue, *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL) no primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2007a). Quando a sífilis é diagnosticada em uma gestante, o tratamento deve ser iniciado rapidamente e os parceiros precisam ser tratados, principalmente para evitar uma possível reinfecção da gestante.

A sífilis está relacionada a desfechos desfavoráveis para a mulher e seu filho, a exemplo de aborto, natimortalidade, neomortalidade, entre outros, em mais de 50% dos casos. Também pode estar associada a resultados adversos após o parto, como óbito fetal, perinatal ou neonatal, recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso (RODRIGUES, 2005).

No Brasil, a incidência da sífilis congênita passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,9 em 2005. Entre os casos notificados em 2005, 78% das mães realizaram pré-natal. Destas, 56% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e apenas 13,3% tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2007b).

No Ceará, segundo dados da Secretária da Saúde do Estado, de 1998 a 2007 foram notificados e investigados 1.699 casos da doença em menores de 1 ano de idade. Só no ano de 411 casos de sífilis, congênita, com uma taxa de incidência de 3,2/1000 nascidos vivos (PAZ *et al.*, 2005).

Atentando-se para os números revelados, pôde-se perceber que o enfoque no pré-natal está deficiente, quer seja pela importância que o profissional da saúde passe para a gestante, ou até mesmo dos próprios gestores da saúde, que não dão a atenção necessária para este problema de saúde pública, que nitidamente passa tão despercebido comprovado pelos indicadores já realizados.

Podemos assim inferir que esses números são preocupantes e reforçam a necessidade tanto da melhoria da qualidade do pré-natal quanto de novas pesquisas direcionadas à prevenção desta doença. A avaliação do enfrentamento destas gestantes diante um resultado positivo de sífilis, pode colaborar com a elaboração de novas pesquisas e medidas que contribuam com uma melhor percepção da maternidade por parte dessas mulheres, visando assim, a manutenção de uma gestação tranquila e saudável, como também, a relação favorável entre mãe e filho.

2 OBJETIVO

Traçar o perfil das gestantes com sífilis atendidas em um Centro de Referência de Fortaleza-CE.

3 METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo documental, do tipo exploratório – descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam nenhuma análise aprofundada. Esse tipo de pesquisa visa, assim, selecionar, tratar e interpretar a informação bruta, buscando extrair dela algum sentido e introduzir-lhe algum valor, podendo, desse modo, contribuir com a comunidade científica a fim de que outros possam voltar a desempenhar futuramente o mesmo papel (SILVA; GRIGOLO, 2002).

Quando o pesquisador utiliza o estudo descritivo, pretende expor as características de determinada população a partir do uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Frequentemente as pesquisas descritivas, em conjunto com as exploratórias, são realizadas pelos pesquisadores preocupados com a atuação prática (GIL, 2006).

O estudo foi realizado em Fortaleza, Ceará, no Centro de Saúde Escola Meireles (SESA), unidade de referência em atendimento de pré-natal e detecção de DSTs, entre outros serviços. A população foi constituída pelos casos de sífilis em gestantes ocorridos no município, nos meses de abril e maio de 2016, totalizando 21 gestantes com sífilis.

No caso deste estudo, a pesquisa bibliográfica foi composta por toda a literatura relacionada ao tema de estudo, indexada nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), como também pelos cadernos do Ministério da Saúde e boletins epidemiológicos relacionados ao tema.

Quanto à amostra, os artigos foram selecionados a partir de variável de interesse, totalizando nove artigos, sendo selecionada apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos para este estudo.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados, no qual era composto por um questionário com dados gerais da paciente, seu perfil socioeconômico e obstétrico. Foi realizado um contato prévio com a Coordenação de Enfermagem da Unidade, onde foram entregues um

ofício e a cópia do projeto de pesquisa solicitando a permissão para a realização da coleta de dados, e após autorização, o presente estudo foi desenvolvido.

Segundo Barbosa (2008), os registros institucionais (ou análise documental) são as primeiras fontes de informação a serem consideradas, é a existência de registros na própria organização, sob formas de documentos, fichas, relatórios ou arquivos em computador. Além disto, esta informação é estável, e não depende de uma forma específica para ser coletada.

Os dados socioeconômicos referentes às gestantes foram estratificados segundo as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade, uso de drogas, número de parceiros e antecedentes relacionados à doença. Quanto aos dados obstétricos: realização do tratamento da doença e aos números de gestações, partos e abortos (GPA).

As informações foram organizadas e apresentadas na forma de gráficos e tabelas, e discutidas posteriormente a luz da literatura.

Segundo Gil (2008), a transcrição é uma fase que requer muito cuidado. Todo e qualquer detalhe do registro é importante, se captado e transcrito com clareza pelo pesquisador.

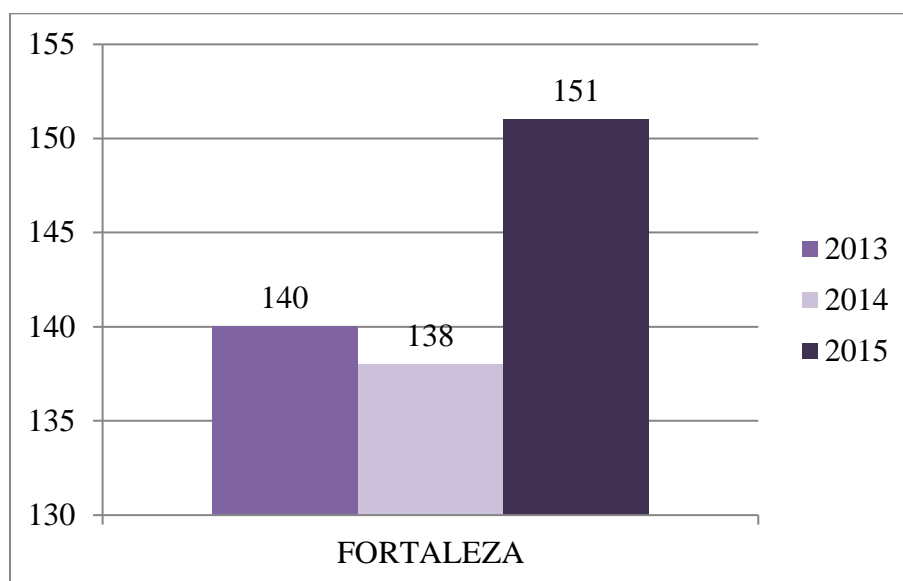
O estudo levará em consideração os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), responsável por aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Foi mantida a privacidade de cada participante, criando um codinome, para cada, garantindo assim a proteção da imagem e identidade destas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo optou-se por, inicialmente, apresentar a incidência de sífilis em gestantes de Fortaleza, Ceará, entre 2013 e 2015 e, em seguida, expor os resultados da análise dos prontuários das 21 mulheres com sífilis diagnosticadas no período de 2014 a 2016.

O Gráfico 1 ilustra a incidência de sífilis em gestantes de Fortaleza, no período de 2013 a 2015, no qual pode-se observar que em 2013 houve uma incidência de 140 casos, havendo redução no ano de 2014 totalizando 138 casos e em 2015 o aumento abrupto de 151 casos que pode significar que apesar da ampliação do diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente. O aumento gradual na notificação de casos na rede de atenção pré-natal nos últimos anos deveu-se provavelmente ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da Rede Cegonha, o que propiciou o aumento na cobertura de testagem das gestantes e acompanhamento dos casos (BRASIL, 2012).

Gráfico 1 – Incidência de sífilis em gestantes de Fortaleza, no período de 2013 a 2015



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINANNET.

A sífilis em gestante é uma doença de notificação compulsória desde 2005. A notificação e vigilância desse agravo é imprescindível para o monitoramento da transmissão vertical, conforme o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis lançado em 2007. Para fins de vigilância epidemiológica, será considerado caso de sífilis em gestantes e assim deverá ser notificado: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2009).

O agente etiológico é o *T. Pallidum*, uma espiroqueta de alta patogenicidade. Não é cultivável, mas a inoculação em cobaia permite seu isolamento e confirmação laboratorial (CEARÁ, 2017).

A Tabela 1 apresenta a distribuição socioeconômica das gestantes com sífilis. Quanto à distribuição por faixa etária, observou-se um predomínio de mulheres de 20 a 40 anos e, apesar de a adolescência ser um fator de risco para sífilis, dentre as mães com a infecção, apenas uma era adolescente. Das 21 gestantes, 10 eram solteiras, ou seja, não tinham companheiro, o que naturalmente, dificultou a identificação do parceiro por parte da equipe de saúde para garantir que ele também fosse tratado. Em relação à escolaridade, oito concluíram o ensino fundamental e não mais estudaram, apenas cinco concluíram o ensino médio, uma não finalizou o ensino superior e as sete restantes a escolaridade não foi informada.

Analisando-se os registros dos prontuários, conclui-se que oito gestantes eram tabagistas e utilizavam álcool, quatro utilizavam cocaína inalada associada ao álcool, quatro

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

usavam maconha ainda no começo da gravidez, três utilizavam crack e duas não usavam nenhum tipo de droga (Tabela 1). O consumo de álcool associado a outras drogas podem diminuir a capacidade de percepção do indivíduo levando a prática de relações sexuais desprotegidas, com parceiros de maior risco favorecendo a transmissão da sífilis e outras IST.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das gestantes com sífilis

Variáveis		Frequência
Faixa etária	15 -19 anos	5
	20 - 40 anos	16
Estado civil	Solteira	10
	Casada	6
	União estável	5
Escolaridade	E. F. Completo	8
	E. M. Completo	5
	E. S. Incompleto	1
	Ignorado	7
Uso de drogas	Maconha	4
	Cocaína	4
	Álcool e tabaco	8
	Crack	3
	Nenhum	2

Fonte: SESA.

A constatação feita pelo autor diz que há associação entre o baixo nível socioeconômico com a baixa escolaridade, como também, relacionada à falta de conhecimentos sobre as IST e a importância dos cuidados no pré-natal (ARAÚJO *et al.*, 2006). A partir do perfil social encontrado na população em estudo, pode-se deduzir que a maioria das gestantes são fortemente vulneráveis a contraírem IST.

Os estudos sugerem novas formas de comunicação na educação em saúde da mulher, recém-nascido e família. As enfermeiras precisam estar à disposição da clientela, adequar-se aos valores culturais dela para compreender suas reais necessidades, afastando-se

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

do modelo biomédico, enfatizando a abordagem humanística e holística nas intervenções de enfermagem e promovendo políticas públicas mais abrangentes (SILVA; SANTOS, 2004).

A Tabela 2 apresenta a distribuição das gestantes portadoras de Sífilis em relação aos antecedentes obstétricos. Analisando-se os registros dos prontuários, concluiu-se que em 2014 foram diagnosticados dez casos de Sífilis em gestantes no pré-natal, destas, quatro apresentaram mais de duas gestações e partos, outras quatro gestantes encontravam-se em sua primeira gestação, apenas uma gestante teve aborto e as outras duas não informavam seus antecedentes obstétricos no prontuário.

Em 2015, das nove gestantes confirmadas com Sífilis, três apresentavam mais de quatro gestações, três partos e nenhum aborto. Outras três gestantes encontravam-se em sua segunda gestação e um parto, já outras duas estavam na 1º gestação e apenas uma não havia informação no prontuário. Já no começo de 2016, foram detectadas duas gestantes com o diagnóstico de sífilis, onde uma apresentava-se na 1º gestação e a outra não apresentava informação quanto aos antecedentes obstétricos.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes portadoras de Sífilis de acordo com os antecedentes obstétricos

Gestante/Ano	G	P	A
Azaléia/2014	4	3	0
Bromélia/2014	3	2	0
Camélia/2014	3	2	1
Cravina/2014	1	0	0
Cravo/2014	1	0	0
Dália/2014	1	0	0
Erva Doce/2014	1	0	0
Flor de Lótus/2014*	-	-	-
Frésia/2014*	-	-	-
Gardênia/2014	2	1	0
Girassol/2015	5	4	0
Hibisco/2015	1	0	0
Hortênciã/2015	5	4	0
Íris/2015	1	0	0
Jasmin/2015	1	0	0

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Gestante/Ano	G	P	A
Lavanda/2015	7	6	0
Lírio/2015	2	1	0
Margarida/2015*	-	-	-
Mimosa/2015	2	1	0
Orquídea/2016*	-	-	-
Tulipa/2016	1	0	0

Fonte: SESA.

*Dados não informados.

Percebe-se assim, que na análise de 2014 a 2016, mais da metade das gestantes com o diagnóstico de Sífilis, detectado no pré-natal, nos antecedentes obstétricos apresentavam mais de três gestações, partos e abortos, onde uma dessas gestantes já apresentava a sétima gestação. Visto que são pacientes donas de casa, que residem em locais precários, onde a grande maioria são usuárias de drogas, como visto nas tabelas já descritas, muitas vezes pela falta de informação e a dificuldade de acesso à rede pública de saúde, acaba que não fazendo um acompanhamento e desconhecendo as técnicas de planejamento familiar, de controle de doenças, tornando-se vulneráveis as várias gestações e até mesmo a contrair doenças, dificultando o tratamento, o controle, podendo haver transmissão para o conceito.

Na Tabela 3, apresenta-se a distribuição das gestantes com sífilis em relação ao número de parceiros em 12 meses. No momento da realização dos testes rápidos as gestantes são indagadas sobre algumas questões socioeconômicas e principalmente sobre o número de parceiros em um período de 12 meses, algumas gestantes são bem sinceras, já outras preferem não falar sobre o assunto, muitas vezes por vergonha, por medo de serem julgadas ou até mesmo medo do parceiro atual descobrir fatos do passado, apesar de terem sido asseguradas do sigilo em todas as respostas.

Em 2014, das dez gestantes com o diagnóstico de sífilis, apenas duas tiveram dois parceiros em 12 meses. Já em 2015 houve um aumento na qual das nove gestantes com o diagnóstico, duas apresentaram cinco parceiros, outras três tiveram mais de dois parceiros, duas gestantes se relacionaram com apenas um parceiro e duas não informaram a quantidade. Em 2016, as duas gestantes com o diagnóstico, apresentaram apenas um parceiro em 12 meses (Tabela 3).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Tabela 3 – Distribuição das gestantes portadoras de sífilis em relação ao número de parceiros em 12 meses

Gestante/Ano	Nº de parceiros
Azaléia/2014	2
Bromélia/2014	1
Camélia/2014	1
Cravina/2014	1
Cravo/2014	1
Dália/2014	1
Erva Doce/2014	2
Flor De Lótus/2014	1
Frésia/2014	1
Gardênia/2014	1
Girassol/2015	2
Hibisco/2015	1
Hortêncina/2015	5
Íris/2015	3
Jasmin/2015*	-
Lavanda/2015	1
Lírio/2015	5
Margarida/2015*	-
Mimosa/2015	3
Orquídea/2016	1
Tulipa/2016	1

Fonte: SESA.

*Dados não informados.

A quantidade de parceiros de uma gestante com sífilis em 12 meses é um fator de grande relevância para o controle de algumas doenças, principalmente as IST, como a sífilis, doença transmitida pela prática do sexo desprotegido, ação evidenciada em moradores de rua, usuários de drogas, nos relacionamentos em que um dos parceiros não aceita o uso dos métodos de proteção, outra questão é o uso incorreto destes métodos, ligados à falta de informação e interesse das pessoas em buscar pelo conhecimento.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

É sabido que a sífilis é uma doença sexualmente transmissível e, portanto, necessita para sua prevenção o sexo seguro com métodos de barreira (SPARLING; HICKS, 2012). A proteção indevida durante o sexo é bem evidenciada em moradores de rua, usuários de drogas, nos relacionamentos em que um dos parceiros não aceita o uso dos métodos de proteção, outra questão é o uso incorreto desses métodos, ligados à falta de informação e interesse das pessoas em buscar conhecimento.

Um fator bem evidente foi o que ocorreu entre 2014 e 2015 um aumento em relação à quantidade de parceiros por gestante, o mesmo que observado nos antecedentes obstétricos, justamente no ano de 2015 as gestantes múltiparas apresentaram mais parceiros em 12 meses. Concluimos assim que as pessoas mais vulneráveis são principalmente as múltiparas, que são mulheres muitas vezes usuárias de drogas, vivendo em condições precárias e que se relacionam com vários homens em um curto período de tempo, contraindo e transmitindo doenças, sem o devido tratamento e controle, ligado a falta de conhecimento sobre as DSTs, suas consequências e agravos. A promiscuidade contribui diretamente na infecção de Sífilis e outras doenças.

O parceiro, muitas vezes não recebe o tratamento correto por vários fatores, um deles é a dificuldade do homem em procurar o serviço de saúde para se detectar as doenças e realizar o tratamento, que também pode estar relacionado com a vergonha e o medo.

Outro fator importante descrito pelo autor, quando fala que uma justificativa para essa deficiência na procura da Unidade Básica de Saúde (UBS) pelos homens pode estar relacionada ao fato destas não disponibilizarem programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina e organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária (SPARLING; HICKS, 2012).

Diante de um quadro de sífilis na gestação é importante que seja realizado o teste rápido e tratamento tanto da gestante, quanto do parceiro, evitando o agravo das doenças, nas gestantes evitem que a sífilis seja transmitida para o feto. Deve ser incentivada a população a buscar um acompanhamento nas unidades de atenção básica, apresentando a importância do planejamento familiar, da proteção na hora da prática sexual, controlando assim a transmissão de algumas doenças.

A constatação da elevada prevalência de gestantes infectadas, o não tratamento adequado das pacientes e dos parceiros, apesar do acompanhamento pré-natal, refletem a necessidade de rever ou reformular a assistência prestada a essas mulheres, enfatizando o seu aspecto qualitativo, a fim de se minimizar a transmissão vertical da sífilis (FIGUEIRÓ-FILHO, 2007).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

A Tabela 4 demonstra os casos de sífilis especificados por tratamento e realização de exames relacionados à infecção. As dezesseis gestantes citadas no estudo realizaram tratamento com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI durante o pré-natal, evidenciando eficácia no tratamento devido à orientação adequada dada a essas mulheres na gestação pelos profissionais de saúde. Analisando os dados nos prontuários observou-se que cinco não iniciaram o tratamento nem se tem conhecimento da realização do exame das taxas da evolução da doença (VDRL).

Tabela 4 – Distribuição dos casos de sífilis, de acordo com exames relacionados à infecção e tratamento

Variáveis	Frequência
Teste Não Treponêmico (VDRL)	
Realizado	16
Não Realizado/Não Se Tem Conhecimento	5
Tratamento	
Realizado	16
Não Realizado/Não Se Tem Conhecimento	5

Fonte: SESA.

De acordo com o Ministério da Saúde, com a instituição do tratamento há queda progressiva dos títulos no VDRL, tendo à negatificação, podendo, porém manter-se reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção (“memória imunológica”) (BRASIL, 2006).

Foram encontradas várias dificuldades na análise dos prontuários como, por exemplo, informações incompletas, falta de registro quanto às consultas de pré-natal das gestantes, documentos não preenchidos sobre a quantidade de doses do tratamento das gestantes, indicando obstáculos para a interpretação de dados. Devido à falta de dados registrados em prontuário não se pôde identificar a fase clínica da doença nas gestantes. Foram identificadas dificuldades também quanto à identificação dos parceiros e sua adesão ao tratamento, e isso pode se dever a várias razões, como horário de trabalho não compatível com o funcionamento dos serviços de saúde, desconhecimento sobre a doença e as consequências para o conceito, não acreditar ser ter uma IST, o desconhecimento dos parceiros por parte das gestantes, entre outras.

Acredita-se que o esclarecimento às gestantes sobre a gravidade da doença tem suma importância quanto ao conhecimento sobre o modo de transmissão, a prevenção, o

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

tratamento, as consequências da doença para o conceito, ressaltando a necessidade do tratamento concomitante do parceiro, é estratégia fundamental para que a gestante desenvolva interesse em participar da construção dos cuidados de saúde para si e para o feto, ainda que indiretamente, de modo que se torne uma aliada no próprio tratamento, evitando, assim, a transmissão vertical da infecção (MESQUITA *et al.*, 2012).

Na Tabela 5, observa-se os antecedentes relacionados às IST nas gestantes nos anos de 2014 a 2016. No ano de 2014, na gestação anterior, das dez gestantes com sífilis, duas tiveram só sífilis e uma teve sífilis associada a outra doença sexualmente transmissível, outras sete não tiveram IST. Porém, em 2015, houve um aumento contabilizando seis gestantes infectadas pela sífilis, duas tiveram sífilis associada a outras IST e uma não teve, e em 2016, apenas uma teve só sífilis e outra não teve IST. Podemos observar que das vinte e uma mulheres somente nove não tiveram IST na gestação anterior. Os números nos mostra que a maioria das pacientes se reinfectaram na gestação atual, e essa recontaminação se deve principalmente à falta de conhecimento das mesmas sobre as IST e seus agravos, a promiscuidade de parceiros, entre outros fatores. A explicação possível para o aumento da infecção no ano de 2015 se deve principalmente à alta cobertura da testagem de gestantes, a realização de pré-natal, como também a orientação dos profissionais de saúde a essas gestantes.

Tabela 5 – Casos de doenças antecedentes a gestação atual

	Sífilis	Sífilis associada a outras IST	Outras IST	Sem IST
2014	2	1	-	7
2015	6	2	-	1
2016	1	-	-	1

Fonte: SESA.

A realização incompleta ou mesmo inadequada do pré-natal, seja pelo início tardio ou por falta do comparecimento às consultas, pode explicar diversos casos de sífilis congênita em bebês. O pré-natal inadequado impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce (ARAÚJO *et al.*, 2006).

É importante ressaltar a importância das consultas de pré-natal para o esclarecimento das IST, a transmissão, a prevenção e o tratamento, visando a saúde da mulher e do conceito. A assistência pré-natal é fundamental à saúde materno-infantil. Nesse período, devem ser desenvolvidas atividades relacionadas à promoção de saúde e identificação de riscos

para a gestante e o conceito, permitindo assim a prevenção de inúmeras complicações, além de reduzir ou eliminar fatores e comportamentos de risco associados a vários agravos à saúde (PUCCINI *et al.*, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, pode-se concluir ser de fundamental importância a análise minuciosa dos casos de sífilis, bem como os fatores envolvidos nesse processo, para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.

Pode-se observar alta incidência no ano de 2015 com cento e cinquenta e um casos de gestantes com sífilis, representando alta eficácia do rastreio da doença no pré-natal contribuindo para o diagnóstico precoce. Observou-se também o perfil socioeconômico dessas mulheres evidenciando que a maioria das gestantes estudadas eram solteiras, não haviam finalizado o ensino fundamental, eram usuárias de álcool e/ou outras drogas, fatores que favorecem a transmissão de sífilis e outras IST.

Pelos antecedentes obstétricos, percebeu-se que mais da metade dessas gestantes apresentaram mais de três gestações, partos e abortos, evidenciando a falta de conhecimento sobre o planejamento familiar, o controle de doenças, tornando-as vulnerável a novas gestações indesejadas ou até mesmo a contrair doenças.

O estudo evidenciou também que as múltiparas, mulheres que já tiveram vários filhos, são as mais susceptíveis a novas gestações inesperadas pela falta de conhecimento sobre a prevenção da gestação e sobre os métodos contraceptivos.

Outro fator importante observado no estudo foi a promiscuidade das mulheres, onde a maioria delas apresentavam de dois a cinco parceiros em doze meses, facilitando a transmissão de sífilis e outras IST. Por outro lado o estudo evidenciou que dezesseis mulheres fizeram o tratamento adequado, representando a eficácia na cobertura das testagens da sífilis facilitando a rápida recuperação dessas gestantes e prevenindo a sífilis congênita. Ao analisar os antecedentes de doenças das gestantes, percebeu-se que a maioria das mulheres tiveram IST nas gestações anteriores constatando a reinfecção dessas mulheres, apenas nove não tiveram IST em gestações anteriores, evidenciando a necessidade de orientar e acompanhar essas gestantes favorecendo a realização do tratamento adequado e a prevenção de uma nova infecção.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Conclui-se que as gestantes que adquiriram sífilis possuem um baixo nível social e comportamento de risco que as coloca em vulnerabilidade para contrair IST. Constatou-se também que houve deficiências na assistência a saúde, por falta de informação, registros nos prontuários, contribuindo para a incidência dos casos.

A constatação da elevada prevalência de gestantes infectadas reflete a necessidade de novos estudos e pesquisas para elaboração de medidas que favoreçam a reformulação da assistência prestada a essas mulheres, a fim de se reduzir a transmissão da doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 1, jan./mar. 2006.

BARBOSA, E. F. **Metodologia da pesquisa**: instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais. [S.l.: s.n.], 2008. Disponível em: http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2013_2/Instrumento_Coleta_Dados_Pesquisas_Educacionais.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS E DST**: ano IV, n. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/81/boletim_epidemiologico_aids_e_dst_-_2007.pdf?file=1&type=node&id=81&force=1. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

CEARÁ. Secretaria Municipal de Fortaleza. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. Disponível em:

<https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20142017/Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2014-2017---FINAL---site-SMS.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 12 abr. 2020.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no Município de Campo Grande-MS. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [S.l.], v. 19, n. (3-4), 139-143, 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/5.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2006.

MESQUITA, K. O. *et al.* Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012. Disponível em: <http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/02/r24-1-2012-7.Analise-dos-Casos-de-Sifilis-Congenita.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

PAZ, L. C. *et al.* Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 58, n. 4, p. 486-487, jul./ago. 2005.

PUCCINI, R. F. *et al.* Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003, v. 19, n. 1, p. 35-45, jan./fev. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14903.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

RODRIGUES, C. S. **Sífilis na gestação e puerpério**: oportunidades estratégicas para sua prevenção e controle. Brasil, 2000. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

SILVA, L. R.; SANTOS, R. S. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 393-401, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062010.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

SILVA, M. B.; GRIGOLO, T. M. **Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II**. Caderno Pedagógico. Florianópolis: Udesc, 2002.

SPARLING, P. F.; HICKS, C. B. **Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of late syphilis**. Waltham, MA: Up to Date, 2012.

CAPÍTULO 7

PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ- NATAL E ATENDIMENTO NO PARTO E PÓS-PARTO

Maria Lucivânia Pereira da Silva

Nadla Thais Moreira Limeira

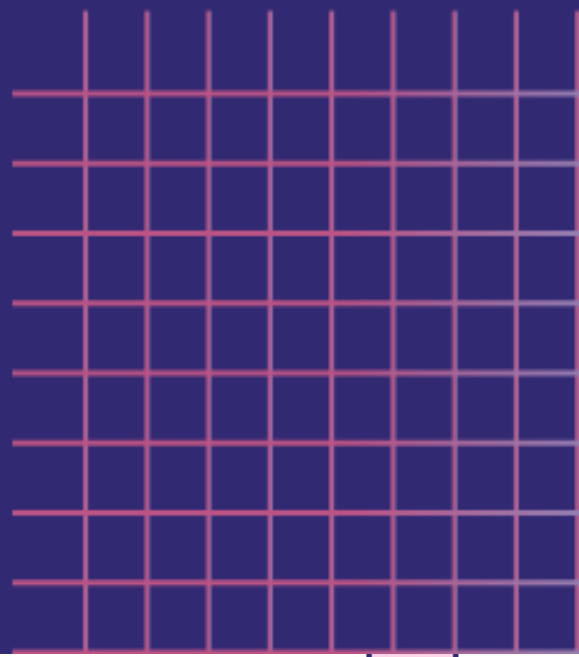
Francisca Janete dos Santos Marques

Paula Silva Aragão

Silvana Mêre Cesário Nóbrega

Patrícia Amanda Pereira Vieira

Camilla Pontes Bezerra



RESUMO

Percebe-se, na prática, que apesar de muitos profissionais priorizarem a captação precoce de gestantes para o início do pré-natal, a solicitação de exames as orientações e cuidados no primeiro trimestre da gestação, o profissional tem deixado de lado as orientações e os cuidados às gestantes na fase final da gravidez, também denominado período pré-parto. Objetivou-se descrever a percepção das puérperas acerca da atuação do enfermeiro durante as consultas de pré-natal e atendimento durante o parto e pós-parto. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Pacatuba-CE. Participaram do estudo puérperas que tinham realizado mínimo três consultas de pré-natal. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista realizada no domicílio por meio de um roteiro que investigou: nível de conhecimento e percepção acerca de assuntos relacionados à assistência de enfermagem durante o pré-natal, parto e pós-parto. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011). Emergiram as seguintes categorias: Orientações recebidas durante o pré-natal; Identificação do momento do trabalho de parto; Sentimentos das puérperas acerca da assistência prestada durante o parto; Percepção das puérperas acerca da atuação do enfermeiro durante as consultas de pré-natal e atendimento durante o parto e pós-parto. As puérperas consideraram o enfermeiro como o principal profissional presente durante toda a assistência pré-natal, parto e pós-parto, tendo, portanto uma boa percepção acerca de sua atuação.

Palavras-chave: Enfermagem. Pré-Natal. Parto. Pós-Parto.

1 INTRODUÇÃO

A gestação, para a maioria das mulheres, é considerada uma época de preparação para o parto e o recebimento de um novo ser, e pode ser em que ocorrem mudanças físicas, comportamentais e emocionais. O enfermeiro tem como desafio entender todos esses múltiplos significados da gestação e trabalhar com a gestante no decorrer de toda a assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Na atualidade são visíveis as iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e os programas e políticas voltadas à atenção a saúde da mulher tais como: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, criado em 2002, a Política Nacional de Atenção Integral

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

à Saúde da Mulher criado em 2004, e a Rede Cegonha que iniciou em 2011 e está sendo implantada gradativamente (BRASIL, 2002, 2004, 2011).

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças tanto no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento assim como na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve um trabalho importante assegurado pela Lei do Exercício Profissional, nº 7.498/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem. Em seu Art. 11 estabelece as atividades privativamente do enfermeiro, tais como: a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distócia (BRASIL, 1986).

De acordo com o Ministério da Saúde, os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados a atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência (BRASIL, 2012).

Percebe-se, nas práticas, que muitos profissionais priorizam a captação precoce de gestantes para o início do pré-natal, a solicitação de exames as orientações e cuidados no primeiro trimestre da gestação, que são primordiais para assegurar a saúde da mãe, e o nascimento de um recém-nascido saudável, porém o profissional tem deixado de lado as orientações e os cuidados às gestantes na fase final da gravidez, período esse conhecido como pré-parto ou período premonitório da gestação. Diante dessas considerações questiona-se: qual a percepção das puérperas acerca da atuação do enfermeiro durante as consultas de pré-natal e atendimento durante o parto e pós-parto?

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo um parto saudável e sem riscos para a saúde da mãe e bebê. Recomenda, ainda, que se preste uma assistência qualificada e humanizada à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério através de comunicação efetiva, focando em suas necessidades de saúde e garantindo, assim, uma gestação segura (BRASIL, 2012).

O enfermeiro é um dos profissionais que atuam no decorrer de toda a assistência pré-natal, parto, e pós-parto, deste modo também se torna responsável pela saúde da gestante

e o nascimento de um recém-nascido saudável requer, portanto, deste profissional uma atenção que contemple toda a integralidade do cuidado do binômio mãe e filho.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2008), no final da prenhez predominam as ansiedades relacionadas à possibilidade de deformidade do concepto, às dores do parto e à própria morte da gestante. A preparação psicofísica para o parto é método de educação psíquica e física que visa manter a gestante em equilíbrio emocional, atenuando as dores da parturição e disciplinando o comportamento quando deflagrado o parto.

O interesse na realização do presente estudo surgiu a partir das vivências dos estágios da faculdade, nos quais se percebeu a necessidade do enfermeiro, em suas consultas de pré-natal, orientar a gestante através de práticas educativas sobre o trabalho de parto e pós-parto atenuando todas as dúvidas e medos do parto fisiológico.

A pesquisa beneficiará acadêmicos de enfermagem e enfermeiros na busca pelo conhecimento sobre a temática do estudo. Poderá promover aos enfermeiros uma auto avaliação dos cuidados realizados, buscando melhorar e qualificar a assistência prestada à gestante durante todos os períodos da gestação, parto e puerpério.

2 OBJETIVO

Descrever a percepção das puérperas acerca da atuação do enfermeiro durante as consultas de pré-natal e atendimento durante o parto e pós-parto.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, também considerada método naturalista, salienta a complexidade inerente aos seres humanos, em que a verdade é um agregado da realidade. Nesse tipo de estudo, a investigação tem como foco as experiências humanas, sendo realizada com base na coleta e avaliação de materiais narrativos e subjetivos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa foi realizada no mês de março de 2015, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do município de Pacatuba-CE. As UBASF são os locais prioritários de atuação das equipes de Atenção Primária. Desse modo, desenvolve-se uma atenção à Saúde com alto grau de descentralização e profunda capilaridade no território nacional, o que a deixa sempre mais próxima ao cotidiano das pessoas (BRASIL, 2015a).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

A Atenção primária à Saúde é desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica constituídas geralmente pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem que realizam a atenção de uma população específica que está em um território definido. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas, e trabalham considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2015a).

A população deste estudo foi constituída por puérperas que realizaram o seu pré-natal na atenção primária à saúde. Para a definição do número de participantes adotamos a saturação dos dados, que está na dependência da compreensão do fenômeno estudado, independentemente da quantidade de entrevistadas. Conforme Polit, Beck e Hungler (2004), a saturação dos dados ocorre quando as informações que estão sendo analisadas se tornam repetitivas, ou seja, não aparecem novas ideias ou conceitos.

Como participantes, selecionamos apenas puérperas que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a dezoito anos, ter feito no mínimo três consultas de pré-natal na UBASF e ter passado pelo parto fisiológico. Como critérios de exclusão escolhidos: puérperas com deficiência visual, auditiva ou com déficit cognitivo.

Como técnica de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Esta é uma entrevista estruturada a partir de uma ordem preestabelecida pelo entrevistador e além de conter questões fechadas e diretas inclui algumas perguntas abertas, nas quais o entrevistador se utiliza de certa liberdade (GAUTHIER, 1998).

A coleta dos dados foi feita por meio de um questionário abordando a temática, desenvolvido pelos autores do estudo, foram utilizados gravadores para o registro da fala das participantes.

As puérperas foram convidadas a participar do estudo mediante abordagem direta. Compuseram o roteiro básico de entrevista, questões que buscam o conhecimento e a compreensão dos seguintes aspectos: nível de conhecimento e a percepção acerca de assuntos relacionados à assistência de enfermagem durante o pré-natal, parto e pós-parto.

O primeiro contato com as puérperas se deu na UBASF, mediante a busca dos seus prontuários. Primeiramente foi feita uma consulta de todos os prontuários das puérperas assistidas no último ano, levando em consideração os critérios de inclusão já citados. Após a coleta dos endereços realizamos as visitas domiciliares.

As entrevistas foram realizadas nas casas das puérperas. Nesses locais pudemos trabalhar com liberdade e tempo suficiente com as puérperas garantindo a privacidade da entrevistada e facilitando a abordagem dessa temática. Após esclarecimento e concordância dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram gravadas.

Concluídas as entrevistas, procedemos ao esclarecimento das dúvidas apresentadas pelas puérperas, prestamos também, informações adicionais que complementaram as respostas emitidas pelas puérperas, demonstrando o papel educativo do estudo.

Os dados foram analisados de acordo com Bardin (2011), obedecendo as seguintes etapas: a) Pré-análise: etapa em que foram realizadas as transcrições das ideias, na íntegra; leitura flutuante; constituição do *corpus*; e preparação do material; b) Exploração do material: os dados do material foram recortados, utilizando as falas das entrevistadas; em seguida, organizados em categorias. As entrevistadas foram identificadas por meio da sigla “E” seguindo uma ordem crescente de números de acordo com a ordem das entrevistas e a quantidade de participantes; depois, essas categorias foram descritas; c) Tratamento dos resultados obtidos: de posse dessas informações, foram propostas pelos pesquisadores suas inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos.

Inicialmente o(a) coordenador(a) da UBASF foi informada sobre a pesquisa e o consentimento se deu por meio de uma carta de apresentação da pesquisa, anexada ao projeto.

Como exigido, o estudo foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética e Pesquisa para atender aos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (2012).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi explicado as participantes, o total sigilo e anonimato das informações coletadas durante a pesquisa. Essas informações foram coletadas somente para os fins previstos da pesquisa. Para a manutenção do anonimato dos participantes do estudo foram atribuídos letras e números fictícios E1, E2, E3, E4, E5. Também lhes foram assegurados à privacidade e a proteção da imagem e identidade, a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O perfil das puérperas entrevistadas

Todas as puérperas tiveram parto normal nas maternidades, suas idades variaram entre 18 e 33 anos de idade, sendo que das cinco puérperas entrevistadas quatro eram primíparas e uma multípara.

Em relação à escolaridade, três entrevistadas possuíam o Ensino Médio completo e duas não tinham concluído o Ensino Médio. Quanto à ocupação, tivemos: bordadeira, estudante, do lar, operadora de caixa e auxiliar de farmácia.

Todas realizaram a consulta de pré-natal na unidade básica de saúde e o número de consultas de pré-natal variou entre 3 e 8. Segundo o Ministério da Saúde, as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente seis consultas de pré-natal e continuidade no atendimento (BRASIL, 2012).

Diante das características do grupo estudado e o questionário utilizado na coleta dos dados, realizamos a análise temática dos depoimentos das entrevistadas, o que possibilitou a categorização da percepção das puérperas acerca da atuação do enfermeiro em quatro categorias: 1. Orientações recebidas durante o pré-natal; 2. Identificação do momento do trabalho de parto; 3. Sentimentos das puérperas acerca da assistência prestada durante o parto; 4. Percepção das puérperas acerca da atuação do enfermeiro durante as consultas de pré-natal e atendimento durante o parto e pós-parto.

4.2 Orientações recebidas durante o pré-natal

A maioria das entrevistadas disse ter recebido algum tipo de orientação durante o pré-natal, sobre o momento do parto e puerpério. Durante o pré-natal foi evidenciado que as puérperas receberam orientações sobre a importância de manter hábitos saudáveis de vida (alimentação, exercícios etc.), medicamentos que precisavam tomar, a importância do acompanhamento pré-natal. Acerca do parto e puerpério, relataram ter recebido orientações quanto ao trabalho de parto, porém sobre o puerpério as orientações foram escassas, se restringindo apenas quanto aos cuidados com o recém-nascido, com orientações transmitidas por meio de palestras na Unidade Básica de Saúde.

[...] Não pegar peso. Alimentar direito, tomar os remédios, fazer os exames. Sobre o parto não me orientou, só li o cartão do pré-natal, não fui orientada. [...] (E1).

[...] Me orientou sobre a alimentação logo no começo da gestação, e teve palestras sobre a hora do parto e também palestras sobre pós-parto. Orientou sobre o trabalho de parto, o que ia passar e sentir. [...] (E5).

[...] Nos primeiros meses não podia levantar peso, evitar comer coisa crua, depois é que tinha que ficar mesmo acompanhando regularmente o pré-natal. [...] (E3).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

O Ministério da Saúde descreve todas as orientações que o profissional de saúde que acompanha o pré-natal deve transmitir a gestante, tais como: orientar sobre a alimentação, a periodicidade das consultas, sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso; fornecer, para alívio das ansiedades da mulher, orientações sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa, bem como sobre o pós-parto (BRASIL, 2012).

Segundo Vieira *et al.* (2011), o enfermeiro deve orientar sobre dieta, higiene, cuidados com as mamas, alterações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, planejamento familiar, sexualidade e direitos trabalhistas.

Através das falas identificamos que, durante o pré-natal, o enfermeiro deve estimular a autoconfiança da gestante para que ela se sinta segura no momento do parto, tendo maior clareza sobre o que está sentindo e os limites a serem enfrentados durante o trabalho de parto. A paciente deve ser orientada sobre como, quando e para quem ela pode pedir ajuda.

[...] Me orientou, que eu ia começar a sentir as contrações e que ao final da gestação tem um probleminha, corrimento ne?! Só isso. Também fui orientada sobre o trabalho de parto. [...] (E2).

De acordo com Ricci (2013), dentre os fatores que influenciam uma experiência positiva de parto incluem: informações claras sobre os procedimentos; confiança na equipe que a assiste; preparação para a experiência do nascimento.

Segundo Francisquini *et al.* (2010), a mulher preparada durante o pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, enfrentará estes períodos com maior segurança, harmonia e prazer, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas.

Quando foram indagadas sobre por qual profissional de saúde haviam recebido as orientações acerca dos sinais e sintomas que indicam o início do trabalho de parto, três entrevistadas relataram que receberam orientações somente do enfermeiro; uma relatou que recebeu orientações de ambos os profissionais, enfermeiro e médico, apenas uma puérpera relatou que não foi orientada sobre sinais e sintomas do trabalho de parto.

A partir dos depoimentos foi identificado que mulheres com muitos filhos recebem poucas orientações, talvez pelo profissional achar que elas têm experiências quanto à temática quando na verdade elas não têm o conhecimento necessário.

[...] Sobre o trabalho de parto, não me orientou muito não por que ela (Enfermeira) já sabia que eu tinha três (filhos) e eu sei que (parto) não presta mesmo, é ruim. Mas

lembrando do meu primeiro filho, na época o que eu sabia era o que o pessoal comentava né? Das dores. E o que a enfermeira orientou foi que na hora de que a pessoa sente muita dor e tem que suportar e também assim, que no dia estoura a bolsa explicou que quando saísse o líquido não ficasse nervosa na hora, e que também iria ter muita contração, como se fosse a cólica que a pessoa tivesse menstruando, só que mais forte. [...] (E4).

De acordo com Francisquini *et al.* (2010), em um país como o Brasil, influenciado por inúmeras culturas, percebe-se a forte influência do conhecimento popular empírico e das tradições culturais e religiosas sobre os aspectos gestacionais, por isso é importante que o profissional de saúde forneça orientações e explicações que permitam desmitificar conceitos errôneos.

Portanto, o atendimento do enfermeiro na assistência pré-natal deve ser acolhedor, prestar informações claras e seguras contemplando todas as fases da gestação e, independentemente de quantos filhos anteriormente a mulher já tenha tido, é importante estimular interesse em participar regularmente das consultas, palestras e demais serviços oferecidos pela atenção básica de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde deve-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras, buscando observar o seu impacto em cada mulher (BRASIL, 2012).

4.3 Identificação do momento do trabalho de parto

Nesta categoria apenas três entrevistadas relataram que conseguiram identificar o momento em que entraram em trabalho de parto, explicaram o que sentiram e como agiram, conforme foram orientadas nas consultas de pré-natal.

[...] Primeiro começou com umas dorzinhas e depois foi aumentando e começou a sair a secreção, os líquidos. Consegui identificar porque orientaram. [...] (E4).

[...] Fiquei sentindo dor o dia inteiro (contração), aí quando foi de noite que a dor começou a ficar mais constante, (...) e depois que comecei a perder líquido foi que me levaram pro hospital. [...] (E5).

Segundo Ricci (2013), antes do início do trabalho de parto, o corpo de cada gestante sofre diversas alterações para se preparar para o nascimento de seu filho. Estas alterações dependendo da frequência e intensidade sugere a aproximação do trabalho de parto.

Nas últimas quatro semanas do período gestacional surgem contrações rítmicas, intensas, que iniciam com baixa frequência (até três contrações a cada hora) e ficam mais

frequentes no decorrer destas semanas, denominadas de contrações de Braxton-Hicks (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

De acordo com Ricci (2013), as contrações de Braxton-Hicks, em geral, perduram por cerca de 30 semanas, podendo perdurar por até 2 minutos. À medida que a hora do parto se aproxima e o útero fica mais sensível à ocitocina, a intensidade e a frequência destas contrações aumenta.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2008), associa-se clinicamente o parto ao desenvolvimento de contrações dolorosas rítmicas, que tem como função condicionar a dilatação do colo uterino. Convencionalmente, considera-se o início do trabalho de parto quando se atinge 2cm de dilatação do colo uterino e a frequência das contrações uterinas chegam a 3 a cada 10 minutos.

No início do trabalho de parto, o tampão de muco que preenche o canal cervical durante a gravidez é expelido devido ao amolecimento da cérvix uterina e da maior pressão pela apresentação fetal. Os capilares do colo uterino são expostos, liberam um leve sangramento, que, ao se misturar ao muco, resulta em secreções rosáceas (RICCI, 2013).

[...] Eu comecei a sentir umas dores todo dia, mas eu continuei andando, andando e todo dia estava sentindo dor. Dia 16 amanheci com umas dorzinhas, igual aos outros dias pensava que não era dor do parto todo dia estava sentindo, aí fui pra Pacatuba quando cheguei lá já era a hora de ter mesmo [...] (E2).

É possível perceber através dos relatos anteriores que as puérperas se sentiram mais seguras quanto ao momento certo de ir para a maternidade, quando elas se lembraram das orientações recebidas durante o pré-natal. Percebemos, portanto, que quando não há uma orientação eficaz voltada para sanar as dúvidas do terceiro trimestre da gestação, para a gestante diferenciar as contrações de Braxton-Hicks do trabalho de parto torna-se uma tarefa difícil.

4.4 Sentimentos das puérperas acerca da assistência prestada durante o parto

Nesta categoria identificamos ambivalências: algumas entrevistadas informaram que a assistência ao seu parto foi de qualidade, demonstrando sentimentos de alegria; outras puérperas, no entanto, demonstraram tristeza ao lembrar-se de seus partos. Algumas relataram sobre a demora em relação ao atendimento, sentindo-se com medo de não ser atendida. Nesse sentido, obtivemos respostas problematizadoras descritas nas falas a seguir:

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

[...] É por que eu passei por três hospitais. O primeiro hospital foi quando estava perdendo líquido, estava com dor, quando cheguei viram que eu tinha plano de saúde não quiseram nem me examinar me encaminharam para outro hospital, não pegaram meu nome nem nada [...] (E3).

Muitas mulheres têm preferido a realização da cirurgia cesariana ao parto fisiológico devido ao medo da dor ou do que lhes possa acontecer nas maternidades, medo da exposição ao seu corpo e os procedimentos que as mesmas desconhecem por falta de orientação. Ainda existe o “tabu” sobre o parto fisiológico conhecido como parto normal e, apesar dos investimentos que o SUS tem feito nos últimos quarenta anos à saúde da mulher, as puérperas consideram o atendimento desumanizado, como evidenciamos nas falas a seguir:

[...] A assistência pelo médico eu não tive. Tive por quatro estagiários (acho que era de enfermagem). Mas eles como estagiários tem mais atenção com você do que o próprio profissional. O atendimento deixou até a desejar porque o médico não estava e veio aparecer depois de meia hora, e no momento não tinha enfermeiro que foi bem dizer na hora do almoço [...] (E5).

[...] No parto do meu último menino eles (equipe) vendo a gente morrendo de dor, vendo a gente chamando, quase não davam atenção, a enfermeira diz que é normal e tem que aguentar a dor e só vai mesmo quando a gente já tá pra ter [...] (E4).

[...] Já o parto da menina, foi super bem, ficaram perto (equipe) e de instante em instante ficavam indo lá no quarto, tem “coisas” pra pessoa brincar né, é cavalo, é bola, eu estava com dor e disse que não tinha tempo para aquilo [...] (E4).

Percebe-se que a entrevistada E4 teve experiências boas e ruins quanto ao parto de seus filhos, e tais atitudes desencadeadas pelos profissionais proporcionou sentimentos tanto de alegria, como tristeza, medo e descontentamento. Observa-se, portanto, através das falas, um paradoxo quanto à teoria e as práticas realizadas nos serviços que se utiliza o SUS.

Recentemente, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu a Rede Cegonha que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar a mulher o direito a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério (BRASIL, 2011).

Evidenciou-se, também, na última fala, o desconhecimento da puérpera acerca de instrumentos como bola de Bobat e o cavalinho utilizado pelas gestantes no trabalho de parto, instrumentos que, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) preveem soluções para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto (BRASIL, 2015b).

Percebeu-se a partir dos relatos das entrevistadas, que a gestação, para muitas mulheres, é um momento sublime e único da vida e sobre o momento do prevalece o sentimento de alegria e felicidade por trazer ao mundo um novo ser. Mas, por vezes, estes sentimentos

acabam sendo substituídos por experiências traumáticas, desencadeado pelo profissional da saúde.

Segundo o estudo de Monte, Gomes e Amorim (2011), algumas medidas adotadas pela equipe de saúde influenciam o bem-estar das mulheres; conforme elas são ouvidas, o trabalho de parto flui mais naturalmente do que se a assistência fosse centrada apenas em rotinas medicalizadas. De acordo com Ricci (2013), para a mulher, sentimentos de segurança e de proteção promovem tipicamente sentimentos de controle e capacidade para enfrentar os desafios da experiência de dar à luz. No entanto, a ansiedade e o medo diminuem a capacidade da mulher lidar com o desconforto do trabalho de parto.

Segundo Moura, Costa e Teixeira (2010), a satisfação do cliente deve ser o foco de qualquer instituição que pretenda oferecer atendimento de qualidade, sendo que tal qualidade deve ser proporcional à satisfação dos desejos, necessidades e expectativas da clientela que busca esses serviços.

De acordo com o Ministério da Saúde, na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e as usuárias, mediante atitudes profissionais humanizadoras (BRASIL, 2012).

Portanto, a mulher precisa sentir-se acolhida para ter segurança, e confiar na equipe de profissionais; tais condutas facilitam as relações interpessoais, e a assistência passa a ser integralizada, tornando o acolhimento humanizado e as ações de saúde de melhor qualidade (VIEIRA *et al.*, 2011).

Para ter uma atitude humanizadora, é importante o enfermeiro, assim como os demais profissionais da saúde, colocar-se no lugar de seu paciente e perceber que atitudes pautadas no respeito, cuidado e atenção tendem a qualificar seu trabalho na assistência prestada.

4.5 Percepção das puérperas acerca da atuação do enfermeiro durante as consultas de pré-natal e atendimento durante o parto e pós-parto

Quatro entrevistadas apontaram o enfermeiro como sendo o principal profissional presente, desde a assistência ao pré-natal, durante o parto e pós-parto. Apenas uma das entrevistadas relatou que a assistência prestada foi de baixa qualidade e necessitava haver melhorias.

[...] No pré-natal o enfermeiro foi quem mais esteve presente, muito importante porque foi desde quando eu soube da gestação até depois; No pré-natal, foi mais com ela (Enfermeira) do que com o médico que fez o parto [...] (E3).

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

[...] Foram boas. Às vezes, eu reclamava, mas não era da Enfermeira, era da Doutora (Médica) porque teve uma vez que ela apertou tanto a minha barriga que fui pra casa com dor, eu disse: Não vou mais fazer consulta com essa Doutora ela quer matar a minha menina[...] (E4).

[...] Eu não sabia como era a orientação foi o primeiro filho, mais acho que tem que melhorar [...] (E1).

Como já citado anteriormente, e de acordo com o Ministério da Saúde, o total de consultas de pré-natal deverá ser de, no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2012).

Evidenciamos, nas falas, que ocorreu uma prevalência maior de consultas de pré-natal realizado com a enfermeira da unidade, do que com o médico, desse modo percebe-se, novamente, uma contradição entre o que a literatura recomenda e o que está sendo realizado na prática; contudo, sabe-se que uma ação multidisciplinar requer a participação de todos os profissionais agentes do cuidado.

De acordo com Decreto nº 94.406/1987, regulamentada pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, ao enfermeiro incube privativamente a consulta de Enfermagem assim como integrante da equipe de saúde a prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 1987).

Deste modo, de acordo com o Ministério da Saúde, durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante, fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo (BRASIL, 2012).

Segundo o estudo realizado por Vieira *et al.* (2011), para proporcionar vínculo e humanização da assistência, é de extrema importância a familiaridade entre profissionais de saúde e usuárias do sistema identificados nas falas a seguir:

[...] São boas as orientações e atendimento. A enfermeira principalmente fica sempre do lado da gente, até no hospital ficou do meu lado como se fosse minha mãe, me mandando ter calma e paciência [...] (E2).

[...] O enfermeiro é importante em tudo! O enfermeiro é importante nessa área de orientar, ela me acompanhou bastante porque eu tive depressão pós-parto [...] (E5).

[...] Eu achei a consulta da enfermeira melhor do que a da Doutora (Médica) [...] (E4).

De acordo com Vieira *et al.* (2011), o pré-natal realizado por uma equipe multiprofissional tem se revelado excelente aliado à promoção da saúde, prevenindo transtornos psicoafetivos, transtornos alimentares e socioculturais da gestante, melhorando a qualidade da assistência materna e do recém-nascido.

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

A assistência prestada à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério deve ser multidisciplinar promovendo um cuidado holístico e integral, com enfoque no binômio mãe e filho. É importante que todos os profissionais conciliem o que a literatura propõe com que é realizado nas práticas, em quaisquer ambientes onde haja a prestação dos serviços de saúde, seja nas unidades básicas, assim como nas maternidades.

De um modo geral, observamos que as puérperas tiveram uma boa percepção acerca da atuação do enfermeiro durante as consultas de pré-natal e atendimento durante o parto e pós-parto. Atitudes simples do enfermeiro, como ouvir e orientar, são primordiais e condicionantes para minimizar o medo da gestante sobre o parto normal, diminuindo gradativamente o número de cirurgias cesarianas no país e permitindo a mulher exercer o papel principal no processo do parto fisiológico.

Notamos que, mesmo com toda a iniciativa do Ministério da Saúde em qualificar o atendimento prestado à gestante, puérpera e recém-nascido, ainda existem fragilidades com relação à assistência prestada pela equipe multiprofissional. Portanto, é importante que médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde tenham atitudes e posturas acolhedoras, aliando, ao máximo, o que determina a literatura com o que ocorre na prática assistencial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os relatos das entrevistadas verificamos que é primordial o enfermeiro durante o pré-natal transmitir orientações claras e seguras direcionadas a gestante conforme o trimestre que se encontra, sempre observando o impacto que a informação traz sobre cada mulher, evitando informações excessivas e desnecessárias.

Nessa perspectiva é relevante que os profissionais da saúde permitam a mulher exercer o papel principal no processo do parto, favorecendo sua autonomia sobre o tipo de parto que deseja ter e sobre a assistência a ela ofertada.

O estudo reforçou a necessidade de uma melhor integração da equipe de saúde, já que a mesma é composta por profissionais de diversos tipos de formação. As entrevistadas em seus relatos transmitem o sentimento de falta de comprometimento no que diz respeito a assistência ofertada por outros profissionais.

Notamos que mesmo com toda a iniciativa do Ministério da Saúde em qualificar o atendimento prestado à gestante, puérpera e recém-nascido, ainda existem fragilidades com relação à assistência prestada pela equipe multiprofissional, portanto é importante que médicos,

enfermeiros e demais profissionais da saúde tenham atitudes e posturas acolhedoras, aliando ao máximo o que determina a literatura com o que ocorre na prática assistencial.

Ao final desta pesquisa vale destacar os pontos fortes revelados nas falas das entrevistadas. Elas associam o enfermeiro como sendo o principal profissional presente durante toda a assistência pré-natal, parto e pós-parto, tendo, portanto uma boa percepção acerca de sua atuação.

Salientamos que são relevantes novos estudos de acadêmicos para dar seguimento a esta investigação, objetivando também conhecer a percepção dos profissionais acerca da assistência prestada à mulher durante todas as fases da gestação, parto e pós-parto.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 8853, 9 jun. 1987. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. **Legislação dos profissionais de enfermagem**. Fortaleza: Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, 2012.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 9273, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, jun. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Como funciona?**

Enfermagem em Saúde da Mulher: Evidências para o Cuidado

Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2015a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpcomofunciona>. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. **Novas normas para serviços de obstetrícia e neonatal**. [S.l.: s.n.], 2015b. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1.htm. Acesso em: 15 maio 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 7 dez. 2020.

FRANCISQUINI, A. R. *et al.* Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Revista Ciência e Cuidado em Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 743-751, out./dez. 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13826/7193>. Acesso em: 7 dez. 2020.

GAUTHIER, C. **Por uma teoria da pedagogia**: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente. Ijuí: Unijuí, 1998.

MONTE, N. L.; GOMES, J. S.; AMORIM, L. M. M. A percepção das puérperas quanto ao parto humanizado em uma maternidade pública de Teresina-PI. **Revista interdisciplinar de NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 3, p. 20-24, 2011.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende**: obstetrícia fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2008.

MOURA, M. A. V.; COSTA, G. R. M.; TEIXEIRA, C. S. T. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 429-434, jul./set. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Exploração da pesquisa em enfermagem. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 19-42.
RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VIEIRA, S. M. *et al.* Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n.spe, p. 255-262, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.



IMAC
Editora



ISBN 978-65-993219-2-4