

**Desafios na Assistência
à Saúde da Mulher
e Temas Emergentes**

Presidente da República

Dilma Vana Roussef

Ministro da Educação

Aloizio Mercadante

Universidade Federal do Ceará – UFC

Reitor

Prof. Jesualdo Pereira Farias

Vice-Reitor

Prof. Henry de Holanda Campos

Edições UFC

Diretor e Editor

Prof. Antônio Cláudio Lima Guimarães

Conselho Editorial

Presidente

Prof. Antônio Cláudio Lima Guimarães

Conselheiros

Prof^ª. Adelaide Maria Gonçalves Pereira

Prof^ª. Angela Maria R. Mota de Gutiérrez

Prof. Gil de Aquino Farias

Prof. Italo Gurgel

Prof. José Edmar da Silva Ribeiro

Raimunda Magalhães da Silva
Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho
Ana Fátima Carvalho Fernandes
(Organizadoras)

Desafios na Assistência à Saúde da Mulher e Temas Emergentes



EDIÇÕES

UFC

Fortaleza

2012

Desafios na assistência à saúde da mulher e temas emergentes

© 2012 Copyright by Raimunda Magalhães da Silva, Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho e Ana Fátima Carvalho Fernandes (Organizadoras)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Todos os Direitos Reservados

Editora da Universidade Federal do Ceará – UFC

Av. da Universidade, 2932 – Benfica – Fortaleza – Ceará

CEP: 60.020-181 – Tel./Fax: (85) 3366.7766 (Diretoria)

3366.7499 (Distribuição) 3366.7439 (Livraria)

Internet: www.editora.ufc.br – E-mail: editora@ufc.br

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Moacir Ribeiro da Silva

LEITURA E REVISÃO DE TEXTO

Silvânia Bravo Bezerra

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Bibliotecária Perpétua Socorro T. Guimarães

PROGRAMAÇÃO VISUAL E DIAGRAMAÇÃO

Luiz Carlos Azevedo

CAPA

Valdiano Araújo Macedo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Bibliotecária: Perpétua Socorro T. Guimarães CRB 3-801-98

Desafios na assistência à saúde da mulher e temas emergentes
/ Raimunda Magalhães da Silva, Escolástica Rejane
Ferreira Moura Ramalho e Ana Fátima Carvalho Fernandes
[organizadoras]. – Fortaleza: Edições UFC, 2012.

330 p.: il.

Isbn: 978-85-7282-532-0

1. Saúde maternal 2. Saúde da mulher 3. Acolhimento
humanizado 4. Gravidez na adolescência I. Título

CDD: 613.0424

Editora Filiada à



Associação Brasileira das
Editoras Universitárias

Sobre os Autores

Ana Cléa Veras Camurça Vieira – Terapeuta Ocupacional. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Anna Paula Sousa da Silva – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza.

Ana Paula Soares Gondim – Farmacêutica. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP. Docente da Universidade de Fortaleza.

Ana Fátima Carvalho Fernandes – Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa – CNPq. Docente da Universidade Federal do Ceará.

Aline Veras Morais Brilhante – Médica. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Preceptora da residência médica do Hospital Geral de Fortaleza – HGF.

Ana Maria Fontenelle Catrib – Pedagoga. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente da Universidade de Fortaleza. Bolsista de Produtividade em Pesquisa- CNPq.

Ana Virginia de Melo Fialho – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Antônia Núbia Moreira Marques – Assistente Social da Área Técnica da Saúde da Mulher e Gênero do Município de Fortaleza, Ceará.

Ana Karen de Carvalho Albuquerque – Odontóloga pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Claudianne Maia de Farias Lima – Enfermeira. cursando especialização em Enfermagem Obstétrica na Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Carla Campos Muniz Medeiros – Médica. Doutora pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Professora da Universidade Estadual da Paraíba.

Carolina Maria de Lima Carvalho – Enfermeira. Doutora em Enfermagem – UFC. Bolsista do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD/CAPES).

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – Fisioterapêuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Dafne Paiva Rodrigues – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da UECE.

Daniella Barbosa Campos – Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Bolsista de Iniciação Científica (CNPq).

Deborah Pedrosa Moreira – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Diana Pires Félix – Enfermeira da Fundação Ana Lima em Maracanaú – Ceará.

Elizabeth Moreira Mota – Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubrian.

Erine Dantas Bezerra – Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Coordenadora do Curso Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio em Juazeiro do Norte - Ceará.

Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da UFC. Bolsista de Produtividade em Pesquisa CNPq.

Eryjosy Marculino Guerreiro – Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos em Saúde –UECE.

Francisco Stélio de Sousa – Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professor da Universidade Estadual da Paraíba.

Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos – Enfermeira. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Girliani Silva de Sousa – Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Geisy Lane Muniz Luna – Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Docente da Universidade de Fortaleza.

Gracyelle Alves Remigio Moreira – Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Georgia Medeiros Paiva – Educadora Física. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Herla Maria Furtado Jorge – Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Helexciana Teixeira Fernandes – Enfermeira. Fortaleza-CE.

Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa – Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Federal do Piauí.

Igho Leonardo do Nascimento Carvalho – Enfermeiro do Hospital Regional do Cariri – Ceará. Mestrando em Saúde Coletiva.

Ingrid Botelho Saldanha Handell – Nutricionista. Mestrado em Saúde Pública – Fiocruz. Trabalha na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Inacia Sátiro Xavier de França – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora da Universidade Estadual de Campina Grande – PB.

Isabella Lima Barbosa – Enfermeira Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Docente da Universidade de Fortaleza.

Isolda Pereira da Silveira – Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubrian.

Italo Rigoberto Cavalcante Andrade – Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva. Docente da Universidade de Fortaleza – Unifor.

Ivana Rios Rodrigues – Graduanda em Enfermagem. Bolsista de iniciação científica.

Joanalice Parente Pimentel – Enfermeira da Clínica São José - Fortaleza-CE.

Joanna Carla da Conceição Cavalcante – Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.

José Osmar Vasconcelos Filho – Odontólogo. Doutor em Odontologia. Docente da Universidade de Fortaleza.

Karina de Lima Nogueira – Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Campina Grande-PB. Brasil.

Laura Pinto Torres de Melo – Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Lorena Barbosa Ximenes – Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Produtividade em Pesquisa – CNPq.

Lorita Marlena Freitag Pagliuca – Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Produtividade em Pesquisa – CNPq.

Luiza Jane Eyre de Sousa Vieira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza. Bolsista de Produtividade em Pesquisa – CNPq.

Lídia Andrade Lourinho – Fonoaudióloga. Psicopedagoga. Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR).

Lorena de Castro Pacheco Barros – Enfermeira. Especialista em Obstetrícia pela Universidade Estadual do Ceará.

Maria Aparecida Barbosa Carneiro – Assistente Social. Professora do Curso de Serviço Social, do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas da Universidade Estadual da Paraíba. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Campina Grande, Brasil.

Marlucilena Pinheiro da Silva – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – Unifor. Docente da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

Maria Alix Leite Araújo – Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

Marli Villela Mamede – Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa.

Marly Marques da Cruz – Psicóloga. Doutora em saúde pública – FIOCRUZ. Docente da ENSP/FIOCRUZ.

Marina Atanaka dos Santos – Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela FIOCRUZ. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso.

Mateus Fernandes Saraiva – Educador Físico pela Faculdade Integrada do Ceará – FIC.

Maria Adelaide Moura da Silveira – Enfermeira pela UECE.

Mariza Silva de Oliveira – Enfermeira – Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

Mariana Gonçalves de Oliveira – Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

Maria Vieira de Lima Saintrain – Odontóloga. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente da Universidade de Fortaleza.

Milena Silva Costa – Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Docente da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cajazeiras.

Míria Conceição Lavinias Santos – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira do INCA/Rio de Janeiro.

Mirna Albuquerque Frota – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

Neiva Francenely Cunha Vieira – Enfermeira. Doutora pela Universidade de Bristol-Grãbetanha. Docente da Universidade do Ceará.

Paulo Félix de Almeida Pena – Farmacêutico. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Gerente Regional da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil.

Renata Késia de Andrade Bezerra – Enfermeira. Especialista em Obstetrícia pela Universidade Estadual do Ceará.

Raimunda Magalhães da Silva – Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente da Universidade de Fortaleza. Bolsista de Produtividade em Pesquisa – CNPq.

Rosineide Santana de Brito – Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Sâmia Jucá Pinheiro – Graduada Pela Universidade Federal do Ceará.

Samira Valentim Gama Lira – Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR). Docente da Universidade de Fortaleza.

Sâmia Aguiar Lobo – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

Silvio Carlos Rocha de Freitas – Médico. Mestre em Saúde Coletiva pela Unifor. Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza.

Sue Helem Bezerra Cavalcante – Enfermeira do programa Saúde da Família em Novo Oriente – Ceará.

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva – Terapeuta Ocupacional. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade de Fortaleza – Unifor.

Zenilda Vieira Bruno – Médica. Doutora em Ginecologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente da Universidade Federal do Ceará.

SUMÁRIO

Apresentação	17
--------------------	----

PARTE 1

Contribuições para a Promoção da Gravidez

1.1	Aspectos Sexuais, Reprodutivos e Reações Familiares de Adolescentes Grávidas <i>Raimunda Magalhães da Silva, Escolástica Rejane Ferreira Moura, Lorena de Castro Pacheco Barros, Renata Késia de Andrade Bezerra, Isabella Lima Barbosa e Daniella Barbosa Campos</i>	25
1.2	Assistência de Enfermagem ao Planejamento Familiar na Opinião de Adolescentes <i>Raimunda Magalhães da Silva, Escolástica Rejane Ferreira Moura, Sue Helem Bezerra Cavalcante, Joana Carla da Conceição Cavalcante, Milena Silva Costa e Laura Pinto Torres de Melo</i>	47
1.3	Mortes Maternas em Fortaleza, Ceará no Período de 2004 a 2010: um Agravado Passível de Prevenção <i>Sílvia Carlos Rocha de Freitas, Maria Alix Leite Araújo, Antônio Núbia Moreira Marques</i>	64

PARTE 2

Aportes à Assistência ao Pré-Natal

2.1	Assistência Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família a Partir da Autoavaliação de Enfermeiros e Médicos <i>Raimunda Magalhães da Silva, Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho, Erine Dantas Bezerra, Maria Alix Leite Araújo, Marli Vilella Mamede e Herla Maria Furtado Jorge</i>	83
-----	---	----

- 2.2 Consulta de Enfermagem e Prevenção dos Fatores de Risco para Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Marlucilena Pinheiro da Silva, Joanalice Parente Pimentel, Helexciana Teixeira Fernandes, Italo Rigoberto Cavalcante Andrade, Mirna Albuquerque Frota 96
- 2.3 Assistência Pré-Natal em Município da Amazônia Legal: um Estudo de Caso
Ingrid Botelho Saldanha Handell, Marly Marques da Cruz e Marina Atanaka dos Santos 128
- 2.4 Percepções de Gestantes sobre Gravidez e Consulta de Enfermagem no Pré-Natal
Dafne Paiva Rodrigues, Maria Adelaide Moura da Silveira, Eryjocy Marculino Guerreiro, Ivana Rios Rodrigues e Ana Virginia de Melo Fialho 142

PARTE 3

Promoção da saúde: o que é possível na assistência ao parto e puerpério

- 3.1 Ambiente Favorável ao Parto e Nascimento como Estratégia de Promoção da Saúde
Isolda Pereira da Silveira, Neiva Francenely Cunha Vieira, Lorena Barbosa Ximenes, Ana Fátima Carvalho Fernandes 163
- 3.2 Comunicação Verbal e Corporal com Parturientes
Gracyelle Alves Remigio Moreira, Claudianne Maia de Farias Lima, Igho Leonardo do Nascimento Carvalho, Paulo Félix de Almeida Pena, Ana Cléa Veras Camurça Vieira e Girliani Silva de Sousa 173

3.3	O Puerpério no Contexto da Estratégia Saúde da Família	
	<i>Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos e Rosineide Santana de Brito</i>	191

PARTE 4

Enfrentamento da Mastectomia

4.1	Classificação do Estado de Saúde de Mulheres Mastectomizadas	
	<i>Míria Conceição Lavinas Santos, Sâmia Jucá Pinheiro, Elizabeth Moreira Mota, Sâmia Aguiar Lôbo, Mateus Fernandes Saraiva, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro e Ana Fátima Carvalho Fernandes</i>	211
4.2	Sentimentos que Interferem na Inteligência Emocional de Mulheres Mastectomizadas	
	<i>Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa, Mariza Silva de Oliveira, Anna Paula Sousa da Silva, Carolina Maria de Lima Carvalho e Ana Fátima Carvalho Fernandes</i>	224

PARTE 5

Temas Emergentes

5.1	Expressão da Sexualidade da Mulher Cega com Enfoque na Amamentação	
	<i>Diana Pires Félix, Mariana Gonçalves de Oliveira e Lorita Marlena Freitag Pagliuca</i>	245

- 5.2 Diminuição da Massa Óssea em Mulheres:
Importância do Diagnóstico Precoce para um
Envelhecimento Saudável
*Maria Vieira de Lima Saintrain, Zenilda Vieira
Bruno, José Osmar Vasconcelos Filho, Ana Karen
de Carvalho Albuquerque, Ana Paula Soares
Gondim e Ana Maria Fontenelle Catrib 264*
- 5.3 Aspectos Atuais das Síndromes Pré-Menstrual e
Disfórica Pré-Menstrual
*Aline Veras Moraes Brilhante, Ana Maria
Fontenelle Catrib, Georgia Medeiros Paiva e
Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva, Maria
Vieira de Lima Saintrain e Lidia Andrade Lourinho 275*
- 5.4 Concepções de Mulheres Atendidas na Estratégia
Saúde da Família sobre Cidadania e Direito à Saúde
*Karina de Lima Nogueira, Maria Aparecida
Barbosa Carneiro, Inacia Sátiro Xavier de
França, Francisco Stélio de Sousa e Carla
Campos Muniz Medeiros 294*
- 5.5 Fatores Associados à Violência Contra a Mulher
em Comunidade do Nordeste Brasileiro
*Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Samira
Valentim Gama Lira, Gracyelle Alves Remigio
Moreira, Deborah Pedrosa Moreira, Geisy Lane
Muniz Luna e Ana Paula Soares Gondim 311*

APRESENTAÇÃO

Esta coletânea sobre Desafios à Saúde da Mulher e Temas Emergentes surgiu do encontro entre três grupos de pesquisa voltados a questões relacionadas à saúde da mulher de diferentes Universidades, os quais compartilham da experiência de pesquisa, ensino e orientação de alunos de graduação e pós-graduação.

Nessa compilação, foram reunidos estudos abordando Contribuições para a prevenção da gravidez na adolescência (Aspectos sexuais, reprodutivos e reações familiares de adolescentes grávidas; e Assistência de Enfermagem ao planejamento familiar na opinião de adolescentes); Aportes à assistência ao pré-natal (Assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família a partir da autoavaliação de enfermeiros e médicos; Consulta de Enfermagem e prevenção dos fatores de risco da síndrome hipertensiva específica da gravidez; Assistência pré-natal em município da Amazônia Legal: um estudo de caso; Percepções de gestantes sobre gravidez e consulta de enfermagem no pré-natal); Promoção da saúde: o que é possível na assistência ao parto e puerpério (Ambiente favorável ao parto e nascimento como estratégia de promoção da saúde; Comunicação verbal e corporal com parturientes; O puerpério no contexto da Estratégia Saúde da Família); e Enfrentamento da mastectomia (Classificação do estado de saúde de mulheres mastectomizadas; Sentimentos que interferem na inteligência emocional de mulheres mastectomizadas).

Das Contribuições para a prevenção da gravidez na adolescência, quarenta gestantes adolescentes de risco atendidas em hospital de referência secundária do município de Fortaleza-CE, em julho de 2010, revelaram como mo-

tivo da gravidez o descuido, mas também o desejo pessoal ou do casal. As percepções dessas adolescentes frente à gravidez foram marcadas por tristeza, porém também por felicidade e por sentimentos de responsabilidade e amadurecimento, em que estudar e trabalhar são expectativas de futuro desse grupo. Semelhantes foram as reações das famílias, que expressaram sentimentos de apoio, felicidade e aceitação, mas também de rejeição e tristeza, prevalecendo os primeiros.

O segundo estudo no qual participaram 11 adolescentes que haviam tido pelo menos três consultas de enfermagem em Planejamento Familiar (PF), em cinco unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE, em agosto e outubro de 2008, revelou, pela percepção das adolescentes, que a assistência ao PF desenvolvida por enfermeiros é competente, esclarecedora, com relação interpessoal entre enfermeiro e cliente positiva. Todavia, a oferta de Métodos Anticoncepcionais (MAC) é insuficiente e limitada, o que gera insatisfação. A rede de serviços, na visão desse público-alvo, é de difícil acesso, com longas esperas e longas distâncias entre os serviços e o domicílio.

Portanto, os desafios persistem na atenção à saúde da mulher adolescente, cujos indicadores de gravidez são elevados e em face disso a atenção ao PF é pouco eficaz.

Dos *Aportes à assistência ao pré-natal*, estudo realizado em Fortaleza-CE, em julho de 2006, com 12 enfermeiros e 12 médicos da ESF ressaltou que o alcance do que preconiza o Ministério da Saúde para com a assistência pré-natal passa pelo aprimoramento do desempenho profissional. Alertou-se também para a necessidade de revisão dos currículos universitários dos cursos de Enfermagem e de Medicina, pois, apesar de algumas conquistas, ainda predomina o ensino pautado na assistência curativista, hospitalocên-

trica, preparando inadequadamente os futuros profissionais para atuação coerente com o esperado na ESF.

Um estudo de abordagem qualitativa, em que participaram 17 gestantes assistidas em um centro de saúde de Fortaleza-CE, afirmou que as atividades grupais de informação em saúde devem ser priorizadas no decorrer da atenção ao pré-natal, uma vez que o intercâmbio de experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestar e parir, bem como incentivar o autocuidado. Entre os temas a serem ensinados com prioridade destacam-se os fatores de risco para a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) e como controlar aqueles que são modificáveis, devido à expressiva contribuição da SHEG para a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

Estudo realizado em município da Amazônia legal, do tipo estudo de caso, avaliou estrutura e insumos de duas Unidades de Saúde da Família (USF), no tocante ao pré-natal: capacitação profissional, equipes de saúde completas, protocolos de atendimento e disponibilidade de recursos de apoio visual para as atividades educativas, salas adequadas para as consultas de pré-natal, farmácia e medicamentos disponíveis, e posto de coleta de exames laboratoriais. Ademais, avaliou o processo de acordo com os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Assim, tanto no componente de estrutura quanto no componente de processo, as USF's (casos 1 e 2) apresentaram-se parcialmente implementadas.

Ouvindo 12 gestantes de segundo e terceiro trimestre de gravidez, com pelo menos quatro consultas de enfermagem ao pré-natal quanto às percepções relativas à gestação e ao atendimento pelo enfermeiro, verificou-se que a gravidez é percebida tanto de forma positiva quanto de forma

negativa, a variar de acordo com a história de vida de cada gestante. Estas valorizaram a assistência de enfermagem, destacando a solicitação de exames e as estratégias de educação em saúde. A educação em saúde realizada pelo enfermeiro na assistência pré-natal é uma forma de humanizar a atenção e o cuidado à mulher no período gestacional. É importante que o profissional utilize a escuta como meio de se apoderar das experiências, medos, dúvidas, angústias e representações das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal. A partir de então, o diálogo entre enfermeiro, gestante e familiares se torna imprescindível para minimizar ansiedades e atender as necessidades dessa cliente.

No contexto desses estudos, fragilidades são mantidas na assistência ao pré-natal, passando por limitações de infraestrutura, processo, formação de médicos e enfermeiros e de educação em saúde das gestantes e suas famílias.

Da Promoção da saúde: o que é possível na assistência ao parto e puerpério, identifica-se que, apesar da percepção quanto à importância de se promover mudanças no ambiente do parto, muito há que ser feito na prática dos serviços para que as recomendações oficiais da OMS e do MS sejam alcançadas, ou seja, que o parto seja vivenciado em um ambiente favorável à saúde em todas as suas dimensões (estrutura, interação interpessoal, ambiência específica às necessidades das parturientes, dentre outros).

Dez profissionais dos setores de pré-parto e parto de uma maternidade pública de João Pessoa-PB foram observadas em fevereiro e março de 2008 como parte de um estudo sobre a comunicação com a parturiente. Foram registradas expressões e atitudes autoritárias, invasão de privacidade, preconceito, uso de linguagem técnica, despersonalização, impessoalidade e abuso de poder pelos profissionais.

Nesse contexto, a ambiência do parto e a forma como os profissionais lidam com a cena do trabalho de parto e parto se mantêm no mesmo paradigma de descaso e falta de humanização.

Do *Enfrentamento da Mastectomia*, estudo classificou o estado de saúde de 48 mulheres mastectomizadas há um ano ou mais, atendidas em ambulatório de Oncologia Clínica (hormonioterapia) de Hospital de referência em Oncologia, de Fortaleza-Ceará. Houve predomínio do estado de saúde “Bom”, sendo casamento, família, presença dos filhos e religião, elementos de importante suporte emocional dessas mulheres.

Em outro estudo, 17 mulheres mastectomizadas integrantes de um grupo de apoio que funciona no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, localizada em Fortaleza-CE, foram ouvidas em abril e maio de 2009 sobre os sentimentos relacionados com a mastectomia. Foram encontrados: Aproximação da história de vida, medo, relação com a morte, afastamento de parentes e amigos, raiva, culpa, rejeição, profundo sofrimento, falta de apoio do marido e de familiares, ansiedade e depressão.

Nesse contexto, torna-se relevante que as equipes de saúde lidem com as mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia de forma a envolver todos esses atores que lhes representam suporte emocional e que estejam preparados para lidar com os mais diversos sentimentos que podem ser manifestados.

Os *Temas Emergentes* foram reunidos em: Expressão da sexualidade da mulher cega com enfoque na amamentação; Diminuição da massa óssea em mulheres: importância do diagnóstico precoce para um envelhecimento saudável; Aspectos atuais das síndromes pré-menstrual e disfórica

pré-menstrual; Concepções de mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família sobre cidadania e direito à saúde; e Fatores associados à violência contra a mulher em comunidade do Nordeste brasileiro.

Os referidos temas acompanham as demandas da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), bem como da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006), vigentes no país. O estudo com mulheres cegas segue a inclusão dos grupos especiais trabalhados a partir da PNAISM. O estudo que aborda as concepções de mulheres atendidas na ESF sobre cidadania e direito à saúde está inserido em um dos temas estruturantes da atenção básica – cidadania. A promoção da cidadania do usuário do SUS é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe da ESF.

Estudo com enfoque em agravo da mulher idosa (diminuição da massa óssea) é relevante pelo aumento da expectativa de vida e a abordagem sobre síndromes pré-menstrual e disfórica pré-menstrual é de interesse geral dos que lidam com a saúde da mulher, pois atinge 75% a 80% das mulheres em menor ou maior grau.

Fatores associados à violência contra a mulher em comunidade do Nordeste brasileiro representa uma preocupação com um dos mais sérios problemas de saúde pública, atingindo não só a saúde da mulher, mas a qualidade de vida e saúde da família e da comunidade.

Este foi o fio condutor desta obra. Levar o leitor a refletir sobre temas clássicos da saúde da mulher com seus desafios e ampliar o olhar sobre a saúde da mulher por meio dos temas emergentes.

PROFA. DRA. ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO

PARTE 1

**Contribuições para a
Promoção da Gravidez**

1.1 Aspectos Sexuais, Reprodutivos e Reações Familiares de Adolescentes Grávidas

*Raimunda Magalhães da Silva
Escolástica Rejane Ferreira Moura
Lorena de Castro Pacheco Barros
Renata Késia de Andrade Bezerra
Isabella Lima Barbosa
Daniella Barbosa Campos*

A assistência à anticoncepção de adolescentes exige particularidades, no sentido de que necessidades específicas deste grupo sejam atendidas. É importante o emprego de estratégias educativas participativas e atrativas, uso de uma linguagem direcionada à faixa etária, oferta de Métodos Anticoncepcionais (MAC) apropriados e profissionais de saúde competentes para lidar com o universo da adolescência. Portanto, dificuldades são encontradas na prática de orientar esse público-alvo quanto às práticas contraceptivas. Para Brindis (2006), essas dificuldades resultam em desconhecimento sobre a saúde reprodutiva e a baixa adesão ao uso de MAC, seja pela falta ou pela ineficiência das orientações dos serviços de planejamento familiar, culminando com a iniciação sexual precoce e as elevadas taxas de fecundidade entre adolescentes.

Informações relacionadas aos MAC's e aos riscos decorrentes de relações sexuais desprotegidas são essenciais para que os adolescentes sejam capazes de vivenciar o sexo de modo saudável, prevenindo a gravidez não planejada e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (VIEIRA *et al.*, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adolescente o indivíduo na faixa etária de 10 a 19 anos. Nesse contexto, a população de adolescentes no Brasil é de

aproximadamente 34 milhões, correspondendo a 18% da população geral, sendo 50,6% homens e 49,4% mulheres. Em Fortaleza, a população de adolescentes corresponde a 17,6% da população geral, de acordo com o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010).

A adolescência é uma fase da vida em que a susceptibilidade a problemas sociais e psicológicos é elevada, pois neste período o indivíduo está desvinculando-se da fase infantil e, paralelamente, inserindo-se na fase adulta. Portanto, o profissional de saúde deve ter a sensibilidade ao atendimento integral à saúde do adolescente, acolhendo-o, criando vínculo de confiança e oferecendo uma assistência de acordo com a subjetividade de cada indivíduo.

O Ministério da Saúde, em 1986, com a finalidade de diminuir o número de gravidezes na adolescência e solucionar outros problemas relacionados à sexualidade dos jovens, lançou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Este enfatiza que a assistência nesse grupo etário seja realizada por equipe multiprofissional, a desenvolver ações preventivas, educativas e curativas relacionadas à gestação e aos cuidados da criança até o primeiro ano de vida, visando à integralidade das ações de saúde e a redução da morbidade e da mortalidade materna e perinatal, bem como dos desajustes individuais, familiares e sociais. Dentre as ações de saúde ofertadas, deve-se priorizar a assistência à anti-concepção, pré-natal, parto, puerpério e o suporte psicossomático à adolescente, parceiro e famílias (BRASIL, 1993).

O Ministério da Saúde (MS) busca assegurar, por meio das ações de planejamento familiar, o acesso de mulheres e homens em idade fértil a métodos e meios para a regulação da fecundidade no serviço público, em atendimento a um direito assegurado na Constituição Federal no seu artigo 226, parágrafo 7 e pela Lei 9.263/96 que regulamenta o planeja-

mento familiar (BRASIL, 2002). Tomando por base a referida lei, o MS determina como competência dos profissionais de saúde assistir a clientela em concepção e contracepção, empenhando-se em bem informar os indivíduos sobre os meios e técnicas disponíveis (BRASIL, 2004).

A sexualidade é uma dimensão de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, afetividade, prazer e sentimentos. Para os adolescentes, representa um campo de descobertas, de experimentações e de vivências de liberdade, como também a construção da capacidade para a tomada de decisão, de escolha, de responsabilidade e de afirmação da identidade (BRASIL, 2007).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada no Brasil, em 2006, mostra que houve uma queda na taxa geral de fecundidade no país, correspondendo a 1,8 filhos por mulher (BRASIL, 2008). Em 1970, a mulher brasileira tinha, em média, 5,8 filhos. Trinta anos depois, esta média era de 2,3 filhos. Em 2000, com exceção da região Norte, as demais regiões apresentaram taxas de fecundidade próximas à taxa média nacional (2,3 filhos por mulher). A região Sudeste apresentou a menor taxa de fecundidade: 2,2 filhos por mulher (IBGE, 2011). Contudo, a taxa de gravidez na adolescência se mantém elevada (23,0%).

Ressalta-se que houve uma redução de 30,4% no número de partos realizados na rede pública do Ceará em adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos nos últimos dez anos. No Brasil, a quantidade de partos em adolescentes caiu 30,6% no mesmo período. Esses dados revelam melhoria significativa, mas sabe-se que a gravidez na adolescência continua sendo um desafio para a Saúde Pública. Em 2007, o número de adolescentes grávidas chegou a cerca de um milhão, ou seja, uma em cada três adolescentes

já era mãe ou estava grávida (BRASIL, 2008). A porcentagem da faixa etária dos 10 aos 19 anos no total dos partos chegou a 21,7%, em 2000, contra 18,2%, em 2009, no Ceará. Em Fortaleza, observa-se 21,7% de adolescentes grávidas, em 2000, contra 18,1, em 2009 (CEARÁ, 2010).

A ocorrência da gravidez em idade precoce pode trazer, além dos riscos biológicos para as adolescentes, os riscos emocionais e sociais como a evasão escolar, o abandono pelo parceiro e/ou família, a interrupção de projetos de vida e riscos materno-fetais que constituem importantes fatores no modo como a adolescente irá lidar com as expectativas de futuro (SABROZA, 2004).

Atualmente, a assistência ao planejamento familiar no País é oferecida quase que exclusivamente na atenção básica, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com implantação iniciada em 1994. Nas áreas adstritas da ESF, as práticas profissionais devem enfatizar as ações de promoção da saúde, valorizando uma comunicação efetiva com os adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva, de modo a capacitá-los para que tomem suas próprias decisões e sejam personagens pró-ativos nas práticas de concepção (RUZANY; SZWARCWALD, 2000; ALDRIGHI e PETTA, 2004).

Diante do exposto, ressalva-se a necessidade de empenho dos múltiplos setores sociais na melhoria da assistência à saúde sexual e reprodutiva do adolescente nos serviços públicos de saúde, donde se espera contribuir para o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados aos adolescentes, em sua totalidade, desde a promoção da saúde aos aspectos curativos, de forma que as informações adquiridas possam ser favoráveis para o serviço e para os profissionais de saúde. Deste modo, apresentam-se contribuições quanto aos aspectos sexuais e de anticoncepção vivenciados por adolescentes grávidas; conhecimento de

adolescentes a respeito de serviços de planejamento familiar e a realização de consultas nas unidades de saúde; e percepções de adolescentes grávidas a respeito da gestação e do seu futuro, bem como reações familiares em detrimento da adolescente grávida.

Contexto de atendimento das adolescentes grávidas

As adolescentes grávidas foram atendidas em um hospital de referência secundária para gestação de risco, pertencente à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), do município de Fortaleza-CE. Esta SER abrange as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que mantêm vinculação com a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) no que tange a formação de profissionais da saúde, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros. Uma vez atendidas por meio de consultas de pré-natal nas UBS e sendo identificados fatores de risco reprodutivo, as adolescentes são referenciadas para o referido hospital.

Devido ao elevado número de consultas de pré-natal de adolescentes, o referido hospital criou o Serviço Interdisciplinar em Ginecologia e Obstetrícia para Adolescente (SIGO-adolescente), que tem como finalidade prestar atendimento humanizado e interdisciplinar a esse público-alvo, considerando as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e econômicas das adolescentes. Este serviço foi implantado em setembro de 2007 e destaca o acompanhamento das adolescentes por dois anos após o parto com consultas de planejamento familiar.

Foram ouvidas quarenta adolescentes grávidas, selecionadas de modo não probabilístico e intencional, em

julho de 2010, por meio de entrevista estruturada guiada por um formulário pré-estabelecido, em horário e dias das consultas de pré-natal. O formulário foi estruturado em quatro grupos de dados: demográficos e socioeconômicos; aspectos sexuais e de anticoncepção; oferta de serviço de planejamento familiar para essa população; e percepções de adolescentes grávidas sobre a gestação e seu futuro.

Os dados foram organizados no Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 13.0 e os resultados foram apresentados em tabelas, que receberam tratamento estatístico descritivo.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2003). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, conforme parecer nº 054/2010. As participantes, uma vez informadas sobre os objetivos do estudo, decidiram participar livremente, passando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Características demográficas e socioeconômicas de adolescentes grávidas

Tabela 1 – Distribuição do Número de Adolescentes Grávidas Segundo Condições Demográficas e Socioeconômicas. Hospital de Referência Secundária – SER VI. Fortaleza-CE, jul. 2010

Condições (n = 40)	Nº	%
Idade das adolescentes (em anos completos)		
10 a 15	8	20,0
16 a 19	32	80,0

continuação

Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	23	57,5
Ensino fundamental completo	6	15,0
Ensino médio incompleto	3	7,5
Ensino médio completo	8	20,0
Vínculo atual com o pai da criança		
Casada ou em união consensual	28	70,0
Noivo ou namorado	5	12,5
Sem vínculo	7	17,5
Com quem reside*		
Parceiro	28	70,0
Pais, somente com a mãe ou somente com o pai	15	37,5
Outros parentes	3	7,5
Com atividade remunerada	7	17,5
Renda Familiar (em salários mínimos)		
< 1	8	20
1 a 2	27	67,5
3 a 4	5	12,5
Escolaridade da mãe		
Sem estudo	2	5,0
Ensino fundamental incompleto	11	27,5
Ensino fundamental completo	4	10,0
Ensino médio incompleto	2	5,0
Ensino médio completo	7	17,5
Não sabe	14	35,0
Escolaridade do pai		
Sem estudo	2	5,0
Ensino fundamental incompleto	9	22,5
Ensino fundamental completo	5	12,5
Ensino médio incompleto	2	5,0
Ensino médio completo	5	12,5
Não sabe	17	42,5

*A soma total foi > 40, pois alguns adolescentes responderam mais de uma opção.

A faixa etária das adolescentes variou de 10 a 19 anos, com uma média de 17,2 anos. Predominou maiores de 15 anos, com 32 (80,0%) tendo entre 16 e 19 anos, corroborando resultado de estudo realizado por Spindola e Silva (2009) no município do Rio de Janeiro, no qual encontraram 86,6% das adolescentes grávidas do estudo nesta faixa etária. Esses achados são menos preocupantes sob o ponto de vista da morbidade e da mortalidade materna e perinatal, comprometidas bem mais quando a gestação ocorre antes dos 15 anos de idade. Entretanto, na perspectiva emocional, social e de formação profissional, é importante que estas adolescentes tomem consciência da importância do adiamento de seus planos de maternidade. Para tanto, serviços eficazes de planejamento familiar devem estar ao seu alcance.

A escolaridade variou do ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo, com predomínio daquelas que tinham ensino fundamental incompleto, o correspondente a 23 (57,5%). Nesse contexto, já sendo a gravidez um evento que favorece o abandono escolar, infere-se existir uma ampla lacuna a ser enfrentada na profissionalização dessas adolescentes, em particular para um mercado de trabalho que se torna cada vez mais exigente e competitivo. Pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) revelou como principais motivos de abandono escolar à falta de interesse, o uso de drogas, problema de ordem financeira e familiar e a gravidez na adolescência (UNICEF, 2002).

A maioria das adolescentes estava residindo com o parceiro (70,0%), resultado semelhante ao encontrado por Ximenes *et al.* (2007) em seu estudo realizado na microrregião de Acaraú-CE, onde 72% das adolescentes estavam residindo com seus parceiros. Esses achados parecem re-

velar uma situação nova com relação à paternidade, pois o abandono vivenciado pelos parceiros dessas adolescentes era bastante elevado.

Em relação ao vínculo com o pai da criança, 28 (70,0%) viviam em união consensual ou estavam casadas e 7 (17,5%) haviam rompido com o parceiro devido a rejeição deste a gravidez, mas, para outras, o parceiro nem havia tomado conhecimento da gestação; 28 (70,0%) gestantes residiam com o companheiro e 15 (37,5%) viviam com os pais, somente com a mãe ou somente com o pai.

A renda familiar variou de menos de um a quatro salários mínimos, sendo que a maioria, 27 (67,5%), apresentou renda de um a dois salários. Destaca-se que 8 (20,0%) das adolescentes apresentaram renda de menos de um salário. Outro aspecto a ressaltar é que apenas 7 (17,5%) tinham alguma atividade remunerada, realidade que a torna dependente de seus familiares ou de familiares do parceiro, que, em geral, também é adolescente. É discutível a atividade remunerada desempenhada por adolescentes, particularmente quando estão com um atraso escolar significativo, uma vez que, nessa fase da vida, deve ser priorizada a educação e profissionalização. A menos que tais atividades representem estágios profissionalizantes, tal resultado seria desfavorável, pois parcela elevada do grupo pesquisado mostrou-se em desvantagem frente ao mercado de trabalho. Ademais, Godinho *et al* (2000) afirmam que a gravidez precoce acarreta perda das oportunidades educacionais e de trabalho.

A escolaridade das mães das adolescentes variou de “sem escolaridade” ao ensino médio completo e 14 (35,0%) não souberam informar; 11 (27,5%) não concluíram o ensino fundamental. A escolaridade do pai das adolescentes também variou da falta de escolaridade ao ensino médio

completo, sendo que 17 (42,5%) não souberam informar, também uma limitação do estudo; 9 (22,5%) não concluíram o ensino fundamental.

Aspectos sexuais e de anticoncepção de adolescentes grávidas

Tabela 2 – Distribuição do Número de Adolescentes Grávidas Segundo Aspectos Sexuais e Acesso de Informações Sobre Métodos Anticoncepcionais. Hospital de Referência Secundária SER VI. Fortaleza-CE, jul. 2010

Aspectos sexuais e de anticoncepção	No.	%
Idade da menarca (em anos completos) (n = 40)		
< 11	1	2,5
11 a 12	19	47,5
13 a 14	18	45,0
> 15	2	5,0
Idade da iniciação sexual (em anos completos) (n = 40)		
11 a 14	23	57,5
15 a 17	16	40,0
18 a 19	1	2,5
Intervalo entre a menarca e a iniciação sexual (em anos completos) (n = 40)		
0 – 2	27	67,5
3 – 5	11	27,5
> 6	2	5,0
Fonte de informações sobre sexualidade* (n = 33)		
Amigas	12	30,0
Pais	12	30,0
Escola	8	20,0
Familiares	6	15,0
Meios de comunicação	6	15,0
Outros	2	7,5

continuação

Fonte de orientação sobre o método anticoncepcional* (n = 30)		
Mãe	9	22,5
Amigas	7	17,5
Familiares	6	15,0
Escola	4	10,0
Profissional de saúde	3	7,5
Outros	5	12,5

*A soma total foi > 40, pois alguns adolescentes responderam mais de uma opção.

O limite entre a infância e a fase reprodutiva feminina é delimitada pela menarca que, no grupo pesquisado, ocorreu em menores de 11 a maiores de 15 anos, com uma média de 12,4 anos e predomínio da faixa etária dos 11 aos 12 anos, correspondendo a 19 (47,5%), seguido pelas idades de 13 a 14 anos, que correspondeu a 18 (45,0%).

A iniciação sexual das adolescentes variou de 11 a 19 anos, com média de 14,4 anos. A maioria, ou seja, 23 (57,5%) adolescentes, iniciaram-se sexualmente entre 11 e 14 anos. A idade da iniciação sexual mostrou-se precoce e bem próxima da menarca, aspecto que deixa essas adolescentes mais vulneráveis à gravidez não planejada e a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e do HIV/AIDS.

O intervalo entre a menarca e a primeira relação sexual variou de zero a seis anos, com uma média de 2,05 anos, sendo que 27 (67,5%) adolescentes se iniciaram sexualmente no intervalo de zero a dois anos a contar da menarca.

Pesquisa multicêntrica realizada em 13 capitais brasileiras e no Distrito Federal, incluindo Fortaleza - CE, constatou que mais da metade dos jovens do sexo masculino iniciou a atividade sexual entre 10 e 14 anos e as jovens, em sua maioria, entre 15 e 19 anos de idade. Em Fortaleza,

57,5% dos adolescentes e 26,7% das adolescentes iniciaram-se sexualmente entre 10 e 14 anos, respectivamente (CASTRO, ABRAMOVAY e SILVA, 2004).

As informações sobre sexualidade foram obtidas basicamente de amigas, pais e escola, correspondendo à resposta dada por 32 (80,0%) adolescentes. Familiares e meios de comunicação contribuíram com as informações para 6 (15,0%) adolescentes, cada fonte. Ter as amigas como principais informantes é preocupante, pois, em geral, estas também estão desinformadas ou têm informações distorcidas sobre o assunto. A esse respeito, Muza e Costa (2002) chamam a atenção para o fato de que as conversas das adolescentes com as amigas são, em sua maioria, superficiais, sem esclarecimento sobre a sexualidade, métodos anticoncepcionais, prevenção de DST e gravidez, com uma carga de vulgaridade que gera mais dúvidas, medo e culpa. Todavia, ter os pais e a escola como principais fontes de informação é positivo, pois são entidades a quem compete o papel da educação sexual, desprovida de preconceitos e discriminações. Quanto aos pais, espera-se o estabelecimento de diálogos francos, verdadeiros, sem julgamentos, destacando-se a importância de também estarem preparados para a tarefa.

As fontes de informações sobre os MAC's foram principalmente mães, amigas e familiares, totalizando 22 (55,0%). Escola ou profissional de saúde foi fonte de informação para 7 (17,5%) adolescentes. Borges, Nichiata e Schor (2006) também identificaram a família como principal fonte de diálogo e informação para os adolescentes sobre contracepção.

A escola, por reunir um grande contingente populacional de adolescentes torna-se um espaço propício para a disseminação de informações, cabendo a adoção de técnicas e meios de ensino-aprendizagem grupal ou coletivo. A baixa participação de profissional da saúde como fonte de informação pode ser explicada, em parte, pela ausência de serviços de saúde específicos para esse público-alvo, bem como pela falta de conhecimento por parte da adolescente para buscar esses serviços como um direito assegurado. Para outras adolescentes, procurar uma unidade de saúde para obter informações ou ter uma consulta de planejamento familiar representa um risco de denúncia à família, por uma amiga ou vizinha que porventura a tenha encontrado. Esse fato afasta do serviço de saúde aquelas adolescentes que ainda não compartilharam com seus pais a iniciação sexual. Muza e Costa (2002) defendem que a ausência do adolescente no serviço de saúde está relacionada à resistência em procurar o profissional de saúde para esclarecimento sobre os MAC's ou a resistência dos serviços procurados em acolher os interesses dos adolescentes. Osis *et al* (2006) afirmam que há profissional que ainda hoje solicita a presença do responsável pelo adolescente nas consultas de planejamento familiar, conflito ético já solucionado. Conforme o Ministério da Saúde, o planejamento familiar na adolescência deve ocorrer com a combinação de pontos participativos constituídos pelo adolescente, pais, educadores e profissionais da saúde. Porém é necessário atender o adolescente respeitando a sua individualidade, seus valores, crenças e atitudes (BRASIL, 2005)

Acesso e uso de métodos anticoncepcionais por adolescentes

Tabela 3 – Distribuição do Número de Adolescentes Grávidas Quanto ao Acesso e Uso de Método Anticoncepcional. Hospital de Referência Secundária – SER VI. Fortaleza-CE, jul. 2010

Variáveis (N = 33)*	No.	%
Fonte de aquisição do MAC		
Compra	23	69,7
Serviço de saúde	10	30,3
Decisão pelo MAC		
Parceiro	16	48,5
Com ajuda de um profissional de saúde	9	27,3
A adolescente	8	24,2
História de uso de MAC	33	82,5
MAC usados		
Métodos hormonais (oral ou injetável)	16	48,5
Preservativo masculino	14	42,4
Preservativo masculino (proteção DST) associado a outro método.	3	9,1
Usava MAC quando engravidou	10	30,3
Conhecimento sobre serviço de planejamento familiar na unidade de saúde	16	48,5
Realizou consulta de planejamento familiar	5	15,2

*7 adolescentes não buscavam e não haviam usado nenhum MAC.

Dentre as 33 (100,0%) adolescentes que já haviam usado MAC, 23 (69,7%) adquiriram por meio de compra, reforçando a baixa procura pelo serviço de saúde ou um serviço de saúde que não responde às suas necessidades. Mas foi expressivo o desconhecimento das adolescentes quanto à oferta de serviço de planejamento familiar pela unidade de

saúde (60%), é tanto que apenas 17,5% haviam realizado consulta nessa área do cuidado.

A decisão pelo MAC foi predominantemente do parceiro, correspondendo a 16 (48,5%), o dobro do número de adolescentes que tomaram decisão, ou seja, 8 (24,2%). A participação de um profissional de saúde nesse processo foi relativamente baixa (27,3%). Estudo de Paniz, Fassa e Silva (2005) confirma a pouca utilização do serviço de saúde como fonte de informação e apoio na escolha do MAC, revelada pela metade dos usuários de MAC participantes da pesquisa. Sobre o assunto, Camiá e Barbieri (2002) destacam que quanto melhor for a qualidade da orientação prestada, maior será a adequação na escolha, satisfação, aceitabilidade e continuidade no uso do MAC.

A elevada escolha de MAC pelo parceiro revela uma inovação, o que vem reforçar a participação masculina nesse campo, condição anteriormente citada como nova quando se afirmou que 70,0% das adolescentes grávidas estavam residindo com seus parceiros. É importante integrá-los às ações de saúde voltadas ao planejamento familiar, pois estudo de Moura e Silva (2006) realizado em oito municípios do Ceará detectou ausência total de homens nestes serviços.

No histórico de uso de MAC, 82,5% das adolescentes já haviam usado um MAC, mesmo assim apenas 30,3% encontravam-se usando antes da gestação atual, o que além de fazer valer os motivos já anteriormente discutidos, indica a necessidade de compreender o comportamento de “descuido” relatado por 45% das adolescentes. Ressalta-se também a existência de falha no uso do método, reconhecida por 12,5% das participantes.

O uso de MAC em algum momento da vida foi afirmado por 33 (82,5%) participantes, mas quando engravidaram, 23 (69,7%) não estavam usando qualquer MAC.

Os MAC's usados foram os hormonais e o preservativo masculino, por um número equitativo de adolescentes, 16 (48,5%) e 14 (42,4%), respectivamente. Contudo somando o número de adolescentes que citaram como MAC já utilizado o preservativo masculino e os que citaram também o mesmo método, mas associado a um segundo MAC, totalizou 17 (51,5%) adolescentes que já usaram o preservativo masculino, superando, pois, o número de usuárias de hormonais.

A falta de conhecimento da oferta de serviço de planejamento familiar pela unidade de saúde mais próxima foi relatada por 17 (51,5%) adolescentes, resultado que pode justificar, em parte, o baixo percentual de adolescentes que haviam realizado consulta nessa área, ou seja, 5 (15,2%).

Os métodos hormonais (oral ou injetável) já haviam sido usados por 40% das adolescentes e somando o número de adolescentes que preferiu usar o preservativo masculino isolado com uso associado a outro método correspondeu a 51,5%, percentual significativo ao ser analisado na perspectiva da prevenção das DST/HIV/AIDS. Segundo a OMS, o uso correto do preservativo masculino garante uma eficácia contraceptiva de 98% e do hormonal oral combinado associado ao preservativo masculino essa eficácia chega a 99,0% (BRASIL, 2007). Essa elevada eficácia constitui uma das características dos métodos que devem ser adotados por adolescentes, uma vez que a gestação deve ser adiada com segurança. No estudo de Belo e Silva (2004), os MAC's mais citados já usados pelos adolescentes foram os hormonais orais e o preservativo masculino.

A escolha do método anticoncepcional deve ser feita em razão de sua eficácia, inocuidade, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso e reversibilidade. Além dessas características, deve-se considerar os fatores individuais e

situacionais dos usuários, como o estado de saúde, escolha pessoal, condições econômicas, fase e estilo de vida (CAMIÁ E BARBIERI, 2002).

Percepções de adolescentes grávidas sobre a gestação e seu futuro e reação familiar

Tabela 4 – Distribuição do Número de Adolescentes Grávidas Conforme Percepções Sobre a Gestação e seu Futuro e Reação Familiar. Hospital de Referência Secundária – SER VI. Fortaleza-CE, jul. 2010

Variável (N = 40)	No.	%
Motivos da gravidez		
Descuido	18	45,0
Desejo do casal	8	20,0
Desejo pessoal	6	15,0
Uso incorreto do método	5	12,5
Falha do método	3	7,5
Percepção em relação à gravidez		
Tristeza	11	27,5
Responsabilidade	9	22,5
Felicidade	8	20,0
Não soube explicar	8	20,0
Amadurecimento	4	10,0
Expectativa para o futuro*		
Estudar	20	50,0
Trabalhar	20	50,0
Ser dona de casa	6	15,0
Não tem planos	5	12,5
Reação familiar à gravidez*		
Apoio	13	32,5
Rejeição	11	27,5
Felicidade	7	17,5
Aceitação	7	17,5
Tristeza	2	5,0
Não soube responder	2	5,0

* A soma total foi > 40, pois alguns adolescentes responderam mais de uma opção.

Ao verificar os motivos da gestação atual, além do descuido que correspondeu a 45% das respostas, o desejo da adolescente ou o desejo do casal de engravidar motivou a gestação de 35,0% do grupo. Ximenes *et al.* (2007) referem que parte das adolescentes que optam por construir suas famílias cedo têm um sentimento eminente da autorrealização na maternidade. Portanto, a gravidez na adolescência guarda relação com sentimento de insegurança, tentativa de melhoria de vida, rompimento da dependência dos pais, carência afetiva, baixa autoestima, instabilidade emocional ou desejo de constituir sua própria família.

As percepções das adolescentes frente à gravidez foram diversificadas e divergentes, marcadas por tristeza, em primeiro lugar, sentimento referido por 11 (27,5%) adolescentes; mas também por felicidade, sentimento relatado por 8 (20,0%) adolescentes. Os sentimentos de responsabilidade e amadurecimento foram identificados por um total de 13 (32,5%) adolescentes. Estudar e trabalhar foram as principais expectativas de futuro expressas pelas adolescentes, correspondendo a 20 (50,0%) e 20 (50,0%), respectivamente. Resultados semelhantes foram identificados por Andrade, Ribeiro e Ohara (2009) em estudo realizado em São Paulo sobre a maternidade na adolescência, ou seja, as mães adolescentes pretendiam continuar os estudos, trabalhar e conquistar a autonomia financeira.

Também diversificadas e divergentes foram as reações das famílias, marcadas principalmente por sentimentos positivos de apoio, felicidade e aceitação, totalizando as respostas de 27 (67,5%) adolescentes. Contudo, 14 (35,0%) das famílias vivenciaram rejeição e tristeza. Percebe-se, pois, que os sentimentos positivos foram vivenciados por praticamente o dobro do número de famílias que vivenciaram reações negativas.

A percepção das adolescentes sobre a gravidez foi ambígua, expressa como tristeza, felicidade e responsabilidade, basicamente. Assim também foram as reações de suas famílias, oscilando entre apoio, rejeição, aceitação. É sabido que o apoio oferecido a gestante adolescente pela família é um dos principais fatores para que estas possam concretizar seus sonhos e anseios. Andrade (2004) afirma que o apoio familiar é imprescindível para o suporte financeiro, emocional, favorecendo oportunidades para que as adolescentes mães possam concretizar seus planos futuros.

Referências

ALDRIGHI, J.M.; PETTA, C.A. *Anticoncepção*: manual de orientação. São Paulo, 2004.

ANDRADE, P.R. Superando dificuldades impulsionadas pela força do amor: a experiência da mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho (Tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, 2004.

_____. RIBEIRO, C.A.; OHARA, C.V.S. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 662-668, dez. 2009.

BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 11-17, ago. 2004.

BORGES, A.L.V; NICHIAITA, L.Y.I; SCHOR N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.422-427, jun., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Brasília (DF), 1993.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Resolução Nº 196, de 1996. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. 2.ed. Brasília (DF), 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente: competência e habilidade*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – *PNDS 2006*: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

_____. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRINDIS, C.D. A public health success: understanding policy changes related to teen sexual activity and pregnancy. *Anna Rev. Public. Health*, v. 27, n. 1, p. 277-295, 2006.

CAMIÁ, G.E.K.; BARBIERI, M. Planejamento Familiar. In: BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; ABRÃO, C.F.V. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. São Paulo: Roca, 2002.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO/MS, 2004.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado (SESA). Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. Disponível em: < http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/vigilancias_EpidemiologicaTabnet.asp# > . Acesso em: 20 jun. 2011.

GODINHO *et al.* Adolescentes grávidas: onde buscam apoio?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p. 25-32, abr, 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Fecundidade. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc1> > . Acesso em: 10 mar. 2011.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v.19, n.2, p. 150-156, jun. 2006.

MUZA, G.M.; COSTA, M.P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: O olhar dos adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.1, p. 321-8, jan.- fev., 2002.

OSIS, M.J.D; FAÚDES, A; MAKUSCH, M.Y; *et al.* Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, nov. 2006.

PANIZ, V.M.V.; FASSA, A.G.F.; SILVA, M.C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1747-1760, nov./dez., 2005.

RUZANY, M.H.; SZWARCWALD, C.L. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto. *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 26-35, 2000.

SABROZA, A.R.; LEAL, M.C. do, JUNIOR, P.R.S. de, GAMA, S.G.N. da. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 130-137, set. 2004.

SPINDOLA, T.; SILVA, L.F.F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 99-107, mar. 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *A voz dos adolescentes*. Brasília (DF); 2002.

VIEIRA, L.M.; SAES, S.O.; DÓRIA, A.A.B. *et al.* Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, jan. - mar., 2006.

XIMENES NETO, F.R.G.; DIAS, M.A.S.; ROCHA, J.; CUNHA, I.C.K.O. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 60, n.3, p. 279-285, maio/jun., 2007.

1.2 Assistência de Enfermagem ao Planejamento Familiar na Opinião de Adolescentes

Raimunda Magalhães da Silva

Escolástica Rejane Ferreira Moura

Sue Helem Bezerra Cavalcante

Joana Carla da Conceição Cavalcante

Milena Silva Costa

Laura Pinto Torres de Melo

O Planejamento Familiar (PF) constitui destaque nas políticas públicas de saúde do Brasil, aspecto cujas lutas femininas por seus direitos sexuais e reprodutivos exerceram marcante influência, particularmente na década de 1960. As condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade estão asseguradas, atualmente, na Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata sobre o PF, bem como da Constituição Federal, na qual este se configura como responsabilidade do Estado (BRASIL, 2002).

Tal conquista se mantém na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que propõe, em um dos seus objetivos, estimular a implantação e implementação da assistência ao PF, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde (BRASIL, 2004).

Tratando especificamente da adolescência, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1989, o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), visando à integralidade das ações de saúde no enfoque preventivo e educativo, buscando reduzir a morbidade e a mortalidade e os desajustes individuais e sociais, crescentes nessa faixa etária (BRASIL, 1993).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos

e representa um contingente expressivo da população geral. No Brasil, em 2010, a população adolescente correspondia a 34.157.631, com 17.166.761 na faixa etária entre 10 e 14 anos e 16.990.870 entre 15 e 19 anos de idade. No Estado do Ceará, no mesmo ano, a população de adolescentes era de 1.694.148, o correspondente a 5% da população de adolescentes no Brasil. No município de Fortaleza, no mesmo período, estimou-se uma população de 432.658 habitantes, correspondendo a 25% da população cearense (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens enfoca a saúde sexual e reprodutiva deste grupo como temática a ser abordada nas ações e intervenções assistenciais e educativas, por constituir área de elevada ocorrência de agravos passíveis de prevenção, como a gravidez precoce, o aborto induzido e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (BRASIL, 2005). Para se obter qualidade na atenção ao adolescente, a educação em saúde é um dos elementos fundamentais, oferecendo à clientela base para o exercício da autonomia e da tomada de decisão, ressaltando, por exemplo, a escolha livre e informada do Método Anticoncepcional (MAC), o uso de preservativo para dupla proteção e o planejamento da gravidez para um período ótimo da vida do casal (BRASIL, 2002).

No atendimento aos adolescentes que frequentam os Centros de Saúde da Família (CSF), o enfermeiro deve responder às exigências sociais e de saúde de determinado espaço físico (área adscrita) e contexto temporal, proporcionando o acréscimo de conhecimentos consoante às mudanças e os questionamentos que o jovem vivencia, colaborando, assim, com a formação efetiva de sua personalidade (ERMEL e FRACOLLI, 2006).

Nesse contexto, a Consulta de Enfermagem ao PF é o meio pelo qual o enfermeiro sistematiza o atendimento individual do adolescente, incluindo mais uma vez o componente educativo, por meio da orientação individualizada para as necessidades específicas do usuário, porém ampliando com as medidas clínicas e assistenciais.

Considerando a importância de o usuário se posicionar diante dos serviços que lhes são oferecidos no âmbito da saúde, uma vez que representa uma forma de exercer o controle social, bem como demonstrar sua (in)satisfação com o serviço e suas demandas serem acolhidas pelos gestores e profissionais comprometidos com a qualidade dos serviços, uma descrição da assistência ao PF desenvolvida por enfermeiros sob avaliação de adolescentes apresenta-se na sequência.

Qualidade da atenção ao planejamento familiar

A qualidade da assistência à saúde é avaliada, em geral, quanto à estrutura, ao processo e aos resultados ou impacto. A presente avaliação da assistência de enfermagem ao PF por adolescentes foi realizada na perspectiva do processo da assistência e tomou para o embasamento teórico os seis elementos definidos por Bruce (1990). Os elementos são: Oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais; Informação dada ao cliente; Competência técnica profissional; Relacionamento interpessoal profissional-cliente; Acompanhamento dos usuários; e Rede apropriada de serviços. Estes estão apresentados na própria discussão dos resultados.

A pesquisa foi realizada com adolescentes que frequentavam cinco CSF's da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza-CE. A SER VI é a maior, constituída

por 27 bairros e 19 CSF. Participaram 11 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos que tinham participado de pelo menos três consultas de enfermagem ao planejamento familiar em CSF da referida SER.

Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2008, utilizando-se a entrevista semiestruturada, a qual proporcionou um diálogo entre pesquisador e adolescente. A coleta de dados com cada adolescente foi encerrada pela verificação da recorrência dos relatos e associações de ideias repetidas, inócuas para a investigação.

Os formulários de entrevistas foram numerados de 1 a 11 e codificados pela letra “A” de adolescente. Na organização dos dados, realizamos leituras repetidas do material, com o objetivo de agrupar em temáticas de significados convergentes e divergentes, de acordo com o objeto de estudo e os seis elementos da qualidade do processo voltado ao PF propostos por Bruce (1990).

Antes da entrevista, os adolescentes foram informados da relevância e objetivos do estudo, acerca da importância de sua participação e do sigilo de suas falas, tendo-se procurado interagir no sentido de criar uma situação de confiança e respeito mútuo. Estes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, conforme protocolo N°. 332/2006, em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – MS, segundo Resolução N°196/96 (BRASIL, 2001).

Caracterização das adolescentes

Os 11 adolescentes entrevistados eram do sexo feminino, procedentes de Fortaleza e tinham entre 16 e 19 anos; 10 participantes haviam estudado até 11 anos de idade e apenas uma informou manter essa atividade para além dos 12 anos de idade. Seis eram solteiras, quatro mantinham união estável e uma estava casada. A renda familiar variou entre menos de um a cinco salários mínimos. Em relação às características gineco-obstétricas, quatro eram nulíparas e sete tinham filhos. Nenhuma relatou aborto. A maioria era primípara, com o primeiro parto ocorrendo aos 16 anos.

Essas condições do grupo pesquisado preocupam aos que fazem a saúde pública, pois a fecundidade se mostra elevada exatamente entre as adolescentes mais pobres e com menor escolaridade. Portanto, os gestores precisam agregar este indicador às políticas públicas, pois o impacto positivo na saúde sexual e reprodutiva da comunidade, está associado ao incremento da educação e conclusão do ensino pelos jovens (BERLOFI, ALKMIN, BARBIERI, GUAZZELLI, 2006). Como medida intersetorial, ressaltamos que os enfermeiros estimulem esses adolescentes para a volta à escola e estabeleçam parceria com as escolas para o alcance dessa meta.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes casadas ou não, têm diferentes necessidades. A idade em si gera diversidade, pois as jovens se desenvolvem rapidamente durante a adolescência. Portanto, estes fatores, também, são relevantes para o surgimento de estratégias a serem desenvolvidas por gestores e profissionais atuantes com essa clientela.

Assistência de enfermagem ao PF na opinião de adolescentes: avaliação de processo

Oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais

A oferta e livre escolha dos MAC's significam a variedade de métodos que devem ser oferecidos pelo serviço de saúde, desde que sejam seguros e confiáveis. A garantia da oferta não significa que cada programa deve oferecer todos os métodos, mas que façam todo o esforço para ser suficiente a cada CSF, de modo que todos os adolescentes tenham acesso igual a uma satisfatória variedade (BRUCE, 1990).

Para responder pela oferta de MAC, o Ministério da Saúde definiu como estratégia para distribuição dos métodos duas modalidades de *kits* para serem enviados aos municípios: o kit básico, composto por pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona e o preservativo masculino; e o *kit* complementar, que contém além do *kit* básico o Dispositivo Intrauterino (DIU) e o injetável trimestral. Este último é enviado aos municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes ou que informarem possuir médicos capacitados para inserção do DIU (BRASIL, 2005). Apesar da iniciativa, a quantidade desses insumos é insuficiente e barreiras são encontradas no repasse até os municípios, de modo que a falta de métodos passa a representar queixa constante nos CSF's.

Sobre a utilização de MAC, nove adolescentes usavam anticoncepcional hormonal oral, uma anticoncepcional hormonal oral associado ao preservativo masculino e outra fazia uso apenas do preservativo masculino. O uso combinado de pílula e preservativo tem resultado de ênfase dada pelos profissionais do serviço à dupla proteção e pela

oferta do método, que facilita o acesso (BERLOFI, ALKMIN, BARBIERI, GUAZZELLI, 2006). Contudo entre as adolescentes investigadas, essa prática foi baixa, devendo, assim, ser retomada ou reforçada pelas equipes que lidam com o PF.

Tendo recebido orientação individualizada sobre o MAC na consulta de enfermagem e com a prescrição em mãos, as adolescentes recebem os MAC's no próprio CSF e quando estes estão em falta, estas são orientadas a comprar nas farmácias. Portanto, sendo dever do Estado a oferta regular dos anticoncepcionais, quando a adolescente é submetida à compra, esta vivencia uma negação de seus direitos.

A escolha do MAC a ser utilizado foi tomada, principalmente, pela própria adolescente, pois oito assim referiram, seguida do consenso entre a usuária e seu companheiro (duas) e com suporte do enfermeiro (uma). Vale ressaltar que o melhor método é aquele que vai deixar o usuário mais seguro, adaptando-se ao seu estilo de vida e à sua condição de saúde (BRASIL, 2006). Os MAC's que as adolescentes já usaram foram o preservativo masculino, o anticoncepcional oral, a tabela e o coito interrompido.

O Ministério da Saúde preconiza que a escolha do MAC deve ser livre e informada. Para tanto, é importante procurar o serviço de saúde para adquirir orientações sobre os MAC's disponíveis e formas de obtenção, além de iniciar o acompanhamento regular por meio das consultas de enfermagem e médicas (BRASIL, 2006).

Colocando-se sobre o desejo de mudança de método, observou-se objeção contra o uso do preservativo masculino pelo companheiro e o pouco conhecimento sobre outros MAC's nas falas das adolescentes: *“Eu queria trocar pela camisinha só que meu marido não gosta, mas sei que é bom.”* (A9 – 18 anos, usuária de pílula).

“Quero trocar pela injeção ou DIU. Vou usar no próximo mês, mas ainda estou em dúvida.” (A12 – 18 anos, pretensa usuária de pílula).

A mudança de MAC é habitual quando os usuários estão a utilizar pela primeira vez, não estão devidamente informados ou simplesmente desejam experimentar outros métodos. Para Bruce (1990), a habilidade dos indivíduos em mudar de métodos representa autonomia. Transitar entre os MAC's é salutar à livre escolha e para se encontrar o método ideal e ter mais opções para se beneficiar em momentos e circunstâncias da vida diferentes (BRUCE, 1990).

Sobre os MAC's já utilizados e o motivo da interrupção, as adolescentes responderam: *“Usei camisinha masculina e parei porque meu parceiro é fixo.”* (A4 – 19 anos). *“Usava tabela e soube lá na consulta que não é seguro.”* (A5 – 18 anos). *“Usava camisinha masculina e deixei porque não gosto, incomoda.”* (A6 – 18 anos). *“Utilizava camisinha masculina, mas meu marido não quer usar.”* (A8 – 18 anos). *“Eu já tomei pílula por alguns meses, mas daí sentia mal-estar e dor de cabeça e parei. Agora estou só na camisinha.”* (A10 – 19 anos).

De acordo com as falas, a interrupção do uso do preservativo foi motivada pela união estável do casal, o que não torna o uso do preservativo desnecessário, pois a relação fixa não significa monogamia de ambos. Outros motivos foram a própria adolescente e/ou o seu parceiro não gostar de usar. O método da tabela foi suspenso pela informação tomada no serviço de que este é um método de baixa eficácia. Preocupa essa informação como causa de abandono do método, pois sabe-se que seu uso correto e com acompanhamento reduz consideravelmente as chances de uma gravidez.

Informação dada ao cliente

A informação que a usuária recebe sobre os MAC's é prestada principalmente pelos enfermeiros e amigos/vizinhos, seguidos pelos médicos, professores e alguém da família.

Acerca da informação sobre os tipos de MAC's, a maioria das adolescentes referiu conhecer a tabela, a camisinha masculina e o anticoncepcional oral. Percentual menor das usuárias, contudo, reconheceu, ainda, a camisinha feminina, o muco, o coito interrompido, o DIU e o anticoncepcional injetável.

O usuário de PF deve estar bem informado sobre todos os MAC's, para que não haja resistência na sua aceitação e uso. Ao mesmo tempo, a informação sobre MAC não acarretará nenhuma mudança de comportamento, se não houver acessibilidade aos MAC de acordo com as escolhas dos jovens (MARTINS, 2006).

As adolescentes relataram estarem melhor informadas a respeito dos anticoncepcionais hormonais orais e do preservativo masculino, pelo fato de serem os métodos mais disponíveis e mais divulgados. Foi ainda constatado que as informações quanto aos MAC's são oferecidas pela enfermeira na consulta de enfermagem, pois esta repassa as informações que permitem aos usuários o emprego do método, com eficácia. Vale salientar que a falta de esclarecimento, muitas vezes, enseja a interrupção do uso do método além de não favorecer a troca de MAC.

Competência técnica profissional

A competência técnica profissional envolve, principalmente, a competência clínica, a observação dos protocolos e a assepsia cuidadosa requerida para fornecer métodos clí-

nicos, como DIU e esterilização, sendo o elemento menos julgado pelos clientes (BRUCE, 1990).

A esse respeito, as adolescentes relataram que a consulta de enfermagem, no geral, supre suas necessidades, pois são esclarecidas dúvidas, as explicações são claras e o atendimento é bom, conforme pode ser observado nas seguintes falas: *“Eu acho sim que minhas necessidades são atendidas na consulta, pois a enfermeira tira minhas dúvidas.”* (A5 – 18 anos). *“Eu acho que atendem. Porque elas explicam bem.”* (A7 – 18 anos). *“Mesmo quando eu não tenho ficha elas me atendem e me atendem bem.”* (A10 – 19 anos). *“Ah! eles me explicaram tudinho e depois quando eu preciso, eu pego comprimido.”* (A11 – 18 anos). Em contraposição, uma adolescente referiu que nem todas as necessidades foram atendidas na consulta de enfermagem ao PF, caracterizando alguns profissionais como “ignorantes” no atendimento: *“Muitas vezes a gente vem e elas são muito ignorantes.”* (A9 – 16 anos). Em face ao exposto, observa-se nas falas dessas adolescentes aquilo que Bruce (1990) já chamava a atenção há duas décadas, de que o usuário fazia pouco ou o menor julgamento a respeito da competência técnica. Aqui, a competência técnica foi analisada praticamente na perspectiva da relação interpessoal positiva e da comunicação clara e informativa.

Relacionamento interpessoal profissional-cliente

As relações interpessoais envolvem as dimensões pessoais e do serviço. Essas relações devem ser estabelecidas com simpatia, confiança e garantia da disponibilidade por parte do profissional, no caso de qualquer dúvida ou intercorrência por parte dos usuários (BRUCE, 1990). Essa relação, quando positiva, facilita a aprendizagem, a tomada de

decisão e o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde dos adolescentes.

Quando questionadas se o enfermeiro as deixa à vontade para conversar, as adolescentes responderam: *“Ela me deixa bem à vontade, ela é bem simpática, só não gosto muito porque às vezes não é ela.”* (A1 – 19 anos). *“A doutora (enfermeira) é simpática e isso me deixa à vontade.”* (A8 – 18 anos). *“Tem doutora que me deixa, mas têm outras que querem expulsar a gente logo da sala.”* (A9 – 16 anos). *“Por ela ser mulher eu me sinto mais à vontade de conversar. Ela diz logo: ‘Olha fulana, me veja como uma amiga.’”* (A11 – 18 anos).

Pode-se perceber que parte das adolescentes expressou contar com um espaço de diálogo com o enfermeiro, por ocasião da consulta de enfermagem, e outras não. Os enfermeiros que disponibilizavam esse espaço de conversa e troca apresentavam boa comunicação na opinião das adolescentes, os diálogos eram longos, com indagações gerais e estes estavam interessados em bem orientar, mostrando-se simpáticos. Portanto, estes fatores foram considerados, sob a óptica das adolescentes, adequados para um relacionamento profissional-cliente.

Assim, quanto ao atendimento, todas as adolescentes afirmaram sua satisfação, como declararam nestas falas: *“Estou satisfeita com o atendimento, porque tiram todas as dúvidas.”* (A7 – 18 anos). *“Estou satisfeita, pois se não fosse por elas muita gente já tinha tido filho e elas dão anticoncepcionais.”* (A9 – 16 anos). *“Estou bastante satisfeita, pois sempre que eu venho aqui me atendem.”* (A10 – 19 anos).

Alguns critérios são estabelecidos para que haja satisfatória relação interpessoal profissional-cliente: simpatia, confiança e acessibilidade ao esclarecimento ante quaisquer indagações feitas pelas usuárias. A noção da realidade

socioeconômica e cultural dessas adolescentes, entretanto, é fundamental, pois é necessário saber o que e como ensiná-las, valorizando o saber sobre o PF. Quando o relacionamento profissional-cliente evolui de forma positiva, resulta na confiança da usuária no profissional, o que enseja satisfação para ela, pois há possibilidades em aceitar os serviços e estabelecer vínculos (MOURA e SILVA, 2006).

Acompanhamento dos usuários

O acompanhamento do usuário de PF é importante, pois o profissional pode observar a evolução do paciente no uso do MAC de escolha e, se for necessário, interferir. Entretanto, os serviços de PF estão mais voltados para o recrutamento dos clientes do que para o acompanhamento, determinando elevada descontinuidade no uso dos anti-concepcionais (BRUCE, 1990).

Quanto ao acompanhamento do método em uso, todas as participantes disseram estar satisfeitas, sem dúvidas ou queixas e que desejavam continuar com o método em uso, como se pode observar nas falas: *“Estou satisfeita, sem dúvidas, sem queixas e desejo continuar com o método, porque me protege bem.”* (A7 – 18 anos). *“Às vezes eu desejo trocar, mas estou satisfeita com o meu. Tenho medo de trocar porque vai que eu troque e não me dê.”* (A9 – 16 anos). *“Eu não posso usar nenhum tipo de remédio. A camisinha satisfaz minhas necessidades.”* (A10 – 19 anos). *“[...] me sinto mal de vez em quando, mas estou satisfeita.”* (A11 - 18 anos). As adolescentes destacaram o poder de proteção do método (eficácia) e não causar efeitos colaterais como motivo para manter-se com o método e uma, mesmo sentindo-se mal esporadicamente, sentia-se satisfeita.

As consultas de acompanhamento visam garantir o atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências (BRASIL, 2002). Porém, cabe ao enfermeiro avaliar o intervalo adequado de retorno das usuárias, o que deverá ser estabelecido de acordo com a autonomia manifestada pela paciente para fazer o uso e monitoramento do método, bem como do tipo de MAC em uso. Com isso, vindas desnecessárias ao serviço ou consultas de enfermagem desnecessárias poderão ser evitadas, ampliando as possibilidades do enfermeiro de enxugar a demanda e ganhar tempo para desenvolver as atividades com qualidade.

Rede apropriada de serviços

A rede apropriada de serviço refere-se à situação dos serviços de PF, de modo que sejam convenientes e aceitáveis pelos clientes, respondendo as suas concepções naturais de saúde e necessidade de prevenção (BRUCE, 1990).

No que concerne à frequência das consultas de enfermagem de acompanhamento, cinco usuárias referiram consulta mensal, pois é o período que o anticoncepcional oral termina, tendo que retornar para receber a prescrição daquele mês. Duas adolescentes relataram retorno a cada dois meses e quatro a cada três meses. O retorno mensal ao CSF apresentou o maior número de queixas, ou seja, foi comentado por sete adolescentes, enquanto quatro usuárias apontaram a longa espera, filas e dificuldades para participar das atividades do PF. Foram relatadas as seguintes falas: *“Às vezes o horário não dá pra mim.”* (A2 – 18 anos). *“Ter que vir todo mês pegar a pílula é uma dificuldade para mim.”* (A5 – 18 anos). *“As filas são grandes, só pode pegar a ficha*

10 horas, quando a gente vai perguntar é com ignorância e também falta anticoncepcional.” (A9 – 16 anos).

Portanto, a ida mensal ao CSF, as longas filas e o tempo de espera dificultam o acesso das adolescentes ao PF. Estas também relataram o horário de consulta, a “ignorância” dos profissionais e a falta de anticoncepcionais como outros critérios de insatisfação com a rede de serviço.

Ao serem questionadas a respeito de como deveria ser uma rede de serviço de PF de qualidade, as adolescentes responderam: *“Se fosse mais perto da minha casa.” (A4 – 19 anos). “Não deveria faltar comprimido nunca!” (A8 – 18 anos). “Assim, devia mudar o horário de entregar as fichas, atender a gente com mais delicadeza, mais calma e que tenha anticoncepcional porque aqui mal tem.” (A9 – 16 anos). “Atender as pessoas bem, porque tem profissional que nem olha pra tua cara [...]” (A11 – 18 anos).*

Portanto, no ponto de vista das adolescentes, uma rede apropriada de serviços de PF deve garantir: proximidade geográfica das usuárias, atendimento em horários que favoreça a mulher do lar e trabalhadora fora do lar, oferta dos MAC de forma regular e em quantidade suficiente e relacionamento profissional-cliente positivo.

Para Bruce (1990), a rede apropriada de serviços de PF deve garantir o acesso e reduzir o tempo de espera para o atendimento (BRUCE, 1990). Nesse sentido, acredita-se que uma descentralização dos serviços acarretaria a otimização do atendimento, ou seja, haveria uma redistribuição do fluxo de usuários, uma redução das filas e das longas esperas e o aumento da obtenção dos MAC's, por haver uma proximidade de suas residências.

Observou-se, pois, que as adolescentes constituíram uma clientela merecedora de escuta, uma vez que manifestaram opiniões próprias e sugestões a respeito da as-

sistência ao PF, que devem ser acolhidas pelos gestores e profissionais de saúde que lidam com essa área do cuidado. Os pontos de vista das adolescentes abrangeram os seis elementos da qualidade do PF, propostos por Bruce (1990), definindo, pois, que o grupo pesquisado possui expectativas ampliadas com relação à assistência.

A assistência ao PF desenvolvida por enfermeiros foi analisada por parte das adolescentes como esclarecedora, de uma boa relação interpessoal, competente, mas por outra parte (porém bem menor – uma ou duas adolescentes), sem delicadeza e com “ignorância”. Quanto à oferta dos MAC's, apresentaram a insatisfação com a falta de MAC e quanto a rede de serviços, dificuldade de acesso, longas esperas e longas distâncias entre os serviços e o domicílio.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar*: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos*: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BERLOFI, L. M; ALKMIN, E. L. C; BARBIERI, M; *et al.* Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul. Enferm.* v. 19, n. 2, p. 196-200, 2006.

BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning.*, v.21, n.2, p.61-91, 1990.

ERMEL, R. C; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev. Esc. Enferm.* v.40, n.4, p.533-539, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censos Demográficos e Contagem Populacional: para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus*, 2010. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> > . Acesso em: 07 jun. 2010.

MARTINS, L. B. M. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Revista Saúde Pública.*, v.40, n.1, p.57-64, 2006.

MOURA, E. R. F; SILVA, R. M. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa

Saúde da Família. *Acta Paul. Enferm.*, v.19, n.2, p.150-156, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escola Bloomberg de Saúde Pública (Estados Unidos). Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins. *Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde*. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

1.3 Mortes Maternas em Fortaleza, Ceará no Período de 2004 a 2010: um Agravado Passível de Prevenção

Sílvio Carlos Rocha de Freitas

Maria Alix Leite Araújo

Antônia Núbia Moreira Marques

Aspectos relacionados ao problema da mortalidade materna no mundo e no Brasil

A mortalidade materna é uma questão de saúde pública, constitui-se em uma grave violação dos direitos humanos das mulheres e pode ser evitada na grande maioria dos casos (GOMES *et al.*, 2010). É definida como mortes que ocorrem em mulheres no período da gestação, no parto e em até um ano de puerpério, tendo como causas as doenças relacionadas ou agravadas pela gravidez e os problemas incidentais ou acidentais ocorridos nesse período (OMS, 1995).

As mortes maternas são agrupadas em obstétricas diretas, indiretas e não obstétricas. As diretas são resultantes de complicações obstétricas e/ou de doenças específicas da gestação, as indiretas decorrem de doenças não específicas pré-existentes ou desenvolvidas e agravadas pelo efeito fisiológico da gestação e as não obstétricas têm como causas os problemas incidentais ou acidentais (RIQUINHO & CORREIA, 2006).

Acrescenta-se ainda as mortes causadas pelo HIV, necrose pós-parto da hipófise, osteomalácia puerperal, tétano obstétrico, transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério. Considera a morte materna tardia de-

corrente de causas obstétricas quando ocorre após 42 dias e menos de um ano após o parto. Inclui também o conceito de morte materna por sequelas de causa obstétricas diretas, quando ocorrida um ano ou mais após o parto (OMS, 1995).

A mortalidade materna é um indicador que reflete a qualidade da assistência à saúde prestada às mulheres durante o ciclo gravídico/puerperal, e é caracterizado também como indicador da qualidade de vida de uma população. Portanto, o passo inicial para o seu enfrentamento foi a criação e implantação pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna (CMM). Esses comitês trouxeram como consequência a melhoria dos registros, da quantidade e da qualidade das informações relativas à mortalidade materna. A implantação desses comitês é considerada uma ação estratégica, pois com base nos dados levantados, é possível definir políticas mais eficazes de atenção à mulher.

A partir da criação dos comitês, todos os óbitos maternos passaram a ser investigados pelos profissionais dos serviços de saúde quando na ocasião, alguns formulários devem ser preenchidos (BRASIL, 2008) e posteriormente analisados pelos CMM. O registro, a identificação e a investigação dos fatores que ocasionam os óbitos maternos possibilitam desvendar a cadeia de eventos responsáveis pela sua ocorrência, bem como subsidiar melhorias na organização dos serviços de saúde, na atuação dos profissionais, especialmente relacionados à atenção pré-natal, ao parto e no puerpério (BRASIL, 2009).

O “retrato” da mortalidade materna no mundo revela que mulheres marginalizadas socialmente são as que estão morrendo devido à má qualidade na assistência obstétrica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1990), o aceitável é que ocorram, no ano, vinte mortes de mulheres

por causas obstétricas para cada cem mil nascidos vivos. Entretanto, nos países pobres e em desenvolvimento, essas taxas são bem maiores e elevam para mais de quinhentos mil por ano o número de mulheres que morrem em consequência da gravidez ou do parto, valor que corresponde a um óbito por meio minuto.

A afirmação feita por Widney Brown, diretora geral de Direito Internacional e Política da Anistia Internacional, comprova que um longo caminho ainda precisa ser trilhado até que as mulheres tenham seus direitos plenamente garantidos e declarou que

nenhuma mulher deveria morrer no parto, pois estas mortes são evitáveis. Os governos deveriam adotar muitas outras medidas para garantir que as mulheres mais marginalizadas e pobres tenham um acesso igual e oportuno a uma atenção que possa salvar vidas. (AMNESTY INTERNATIONAL, 2010).

Grande parte das mulheres vitimadas durante a gravidez ou o parto vive em zonas rurais, nas periferias das grandes cidades, em comunidades mais pobres e nas zonas de conflitos. Também as que pertencem às minorias étnicas e grupos indígenas e as portadoras do vírus HIV, muitas vezes ficam relegadas à própria sorte em um momento que exige cuidados específicos e redobrados (AMNESTY INTERNATIONAL, 2010).

Nos últimos anos, o número absoluto de mortes maternas vem diminuindo no mundo, porém sem representatividade frente às metas do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que é de reduzir 75 % desses óbitos até o ano de 2015. Para o alcance dessa meta, far-se-á necessária a redução de 5,5 % mortes ao ano. Ocorre que, desde 1990, a redução mundial anual não passou de 2,3 % (OMS, 2010).

Nos países em desenvolvimento, o risco de morte por causas relacionadas à gravidez é 36 vezes maior que nos países desenvolvidos e as gestantes continuam morrendo por causas conhecidas e evitáveis (OMS, 2010).

No Brasil, a razão da mortalidade materna é um indicador que vem sendo utilizado desde o início da década de 1980, pois reflete a qualidade da assistência à saúde (BRASIL, 2009). Relaciona as mortes maternas com o número de nascidos vivos, sendo expressa por cem mil nascidos vivos. Para comparações internacionais, o cálculo da razão de mortalidade materna leva em consideração as mortes maternas por causas obstétricas diretas e indiretas verificadas durante a gestação e o puerpério. Os óbitos maternos por causas não obstétricas não entram no cálculo da razão da mortalidade materna, assim como, os óbitos ocorridos após 43 dias do parto, considerados óbitos tardios (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Alguns fatores dificultam o real monitoramento da mortalidade materna no Brasil. A grande maioria está relacionada à baixa qualidade dos registros, resultando no problema da subinformação devido à falta ou o preenchimento incorreto das declarações de óbito e dos formulários recomendados nas investigações. Acrescenta-se a isso a omissão do registro de óbito em cartório, seja pela existência de cemitérios irregulares, seja pela falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2007).

Como consequência dessa problemática relacionada à falta ou escassez de registros, as mortes maternas no Brasil são calculadas a partir da aplicação de um fator de correção ao valor do indicador obtido no cálculo direto dos sistemas de informação de mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Esse fator de correção

tem como objetivo tentar corrigir o problema da subnotificação das mortes maternas. Para os cálculos específicos das regiões, não mais se utiliza o fator de correção, segundo consenso obtido em discussões na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2002). A falta de qualidade nos registros de notificações de óbitos no Brasil, especialmente de mortes maternas, representa uma realidade a ser enfrentada e torna de grande relevância o papel dos CMM.

A mortalidade materna em Fortaleza

Os óbitos maternos em Fortaleza são analisados em reuniões específicas e regulares do CMM deste município, que foi implantado por meio de uma portaria municipal no ano de 2004 (FORTALEZA, 2004). A análise desses óbitos, ao longo dos anos, mostra que houve significativa diminuição entre os anos, de 2004 a 2007, entretanto, essa queda não ocorre com a mesma proporção a partir de 2008 (Tabela 1).

A Prefeitura de Fortaleza, por meio da Coordenação de Saúde da Mulher e Gênero, reconhece que é urgente a necessidade de implementação de ações para melhoria da qualidade e humanização da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal e também a importância da atuação dos Comitês de Mortalidade Materna como estratégia valiosa na luta contra os maus resultados obstétricos. Por esse motivo, estabeleceu prioridades para a redução desses óbitos e pactuou uma redução de 60% na Razão de Mortalidade Materna entre o período de 2005 a 2010. Apesar das medidas tomadas ao longo desses anos com o objetivo de melhorar a organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência obstétrica, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) ficou acima do que foi pactuado e a meta não foi alcançada (Tabela 1).

Tabela 1 – Razão de Mortalidade Materna em Fortaleza nos Anos de 2004 a 2010

Ano	Óbitos maternos diretos	Nascidos vivos	RMM*
2004	29	37425	75,0
2005	26	37897	66,0
2006	17	39683	33,0
2007	18	38011	24,0
2008	30	38011	58,0
2009	22	37212	37,6
2010	24	36299	46,8

Fontes: MS/DATASUS: SESA e SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica (SINASC) e CMMF.

* RMM calculada sob 28 óbitos em 2004, 25 em 2005, 13 em 2006, 09 em 2007 e 22 em 2008, (As mortes obstétricas ocorridas após 42 dias de puerpério e as não obstétricas não foram computadas nesse cálculo).

A tabela 2 apresenta o quantitativo mensal dos óbitos maternos ocorridos em Fortaleza entre os anos de 2008 a 2010. Ocorreram 30, 18 e 25 óbitos respectivamente em mulheres no período gravídico puerperal nesse período.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos maternos de Fortaleza de acordo com os meses do ano. Fortaleza, 2008 – 2010

Meses	2008	2009	2010
Janeiro	03	-	02
Fevereiro	01	04	01
Março	08	04	01
Abril	03	01	01
Maio	03	01	01
Junho	03	-	01
Julho	03	-	04
Agosto	02	01	03
Setembro	03	03	02
Outubro	-	02	05
Novembro	01	01	02
Dezembro	-	01	02
Total	30	18	25

Fontes: MS/DATASUS: SESA e SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica (SINASC) e CMMF.

A análise dos óbitos maternos revelam informações importantes relacionadas especialmente às questões socioeconômicas e sociodemográficas das mulheres acometidas, bem como da assistência dispensada durante o pré-natal, o parto e o puerpério. Essa análise proporciona a oportunidade para a definição de medidas profiláticas e institucionais para a tomada de decisão por parte de gestores e profissionais de saúde.

Em Fortaleza, analisando somente o ano de 2010, pode-se perceber que 15 (60,0%) dos óbitos maternos ocorreram em mulheres que se encontravam na faixa etária de 20 e 29 anos, oito (32,0%) entre as que estavam entre 30 e 39 anos e dois (8,0%) entre 10 e 19 anos. A RMM em mulheres que se encontravam na faixa etária de 10 a 19 anos foi de 31,7, dados que põem em questionamento o risco para óbito materno na população adolescente.

Em relação à ocupação ou profissão, 11 (44,0%) óbitos ocorreram em mulheres classificadas como domésticas, do lar ou donas de casa. Chama a atenção que em 10 (40,0%) fichas não constavam informações sobre a profissão. Em relação a raça/cor, 21 (84,0%) eram mulheres consideradas pardas ou pretas e quatro (16,0%), brancas. Em relação à escolaridade, 11 (44,0%) tinham o 1º grau completo ou incompleto; seis (24,0%), o 2º grau completo ou incompleto, uma (4,0%) era analfabeta e em sete (28,0%) das fichas não havia informações sobre escolaridade. Vale salientar que nenhuma mulher tinha nível superior. A análise da variável estado civil leva em consideração as mulheres que eram oficialmente casadas ou que viviam ou não com o companheiro. Constata-se que 17 (68%) eram casadas e/ou viviam com o companheiro, seis (24,0%) eram solteiras ou não tinham companheiro e em duas fichas (8,0%) não havia essa informação. Os dados relacionados à renda familiar não permite conclusões, pois em 21 (84,0%) fichas de investigação não havia informações sobre esse dado (Tabela 3).

Tabela 3 – Óbitos maternos segundo algumas variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Ceará. 2010

Variáveis	Nº óbitos	%
Faixa etária (em anos)		
10 – 19	02	8,0
20 – 29	15	60,0
30 – 39	08	32,0
Ocupação		
Doméstica	11	44,0
Estudante	02	8,0
Vendedora	01	4,0
Bordadeira	01	4,0
Ignorada	10	40,0
Raça		
Pardas/Pretas	21	84,0
Branças	04	16,0
Escolaridade		
Analfabeta	01	4,0
1º grau completo ou incompleto	11	44,0
2º grau completo ou incompleto	06	24,0
Ignorado	07	28,0
Situação conjugal		
Casadas/Tinham companheiro	17	68,0
Solteiras/Sem Companheiro	06	24,0
Ignorado	02	8,0
Renda familiar (em salários mínimos)		
1 – 2	01	4,0
> 2	03	12,0
Ignorado	21	84,0
Total	25	100,0

Fontes: MS/DATASUS: SESA e SMS. *Célula de Vigilância Epidemiológica* (SI-NASC) e CMMF.

Mais de 95% das mulheres que foram a óbitos durante a gravidez, o parto e o puerpério, nesse ano, tinham características denunciadoras de marginalização social, pois 90,0% moravam em bairros periféricos e pobres da cidade.

Um detalhamento dos óbitos por Secretarias Executivas Regionais está apresentado na tabela 4 e por bairros de residência da mulher está apresentado a seguir no quadro 4.

Tabela 4 – Cálculo da Razão de Mortalidade Materna por Secretarias Executivas Regionais. Fortaleza, 2010

SER	Óbitos maternos	Nascidos vivos	RMM*
I	04	5210	76,7
II	01	4867	20,5
III	02	5258	38,4
IV	02	3334	59,9
V	06	7429	53,8
VI	10	8601	58,1
Total	25	36229	46,9

Pode-se perceber que a grande maioria dos óbitos ocorreu em mulheres que residiam na SER VI.

Tabela 5 – Distribuição dos Óbitos Maternos por Bairro de Residência da Mulher. Fortaleza – Ceará, 2010

SER	Bairro	Ano de 2010
I	Álvaro Weyne	1
	Jardim Guanabara	1
	Pirambú	1
	Vila Velha	1
Total		4
II	São João do Tauape	1
Total		1
III	Dom Lustosa	1
	Bonsucesso	1
Total		2

continuação

IV	Panamericano	1
	Parangaba	1
Total		2
V	Bom Jardim	2
	Granja Portugal	1
	Granja Lisboa	1 *
	Planalto Aírton Sena	1 *
	Maraponga	1
Total		6
VI	Aerolândia	3 *
	Barroso	2
	Messejana	2
	Passaré	1 *
	Edson Queiroz	1 *
	Castelão	1 *
Total		10
Total Geral		25

Fontes: MS/DATASUS: SESA e SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica (SINASC) e CMMF.

* RMM calculada sob os óbitos obstétricos diretos e indiretos precoces (< 42 dias de puerpério). Na SER V, dois óbitos não entram na RMM e na SER VI, cinco. Os dados de 2010 ainda estão sujeitos a alterações e foram atualizados em 14 de junho de 2010.

A partir da análise dos óbitos maternos, nas declarações de óbitos e prontuários médicos, 10 (40 %) deles foram classificados como obstétricos diretos, sendo a doença hipertensiva específica da gravidez (DEGH) e suas complicações, a principal causa com quatro (40%) casos. Dentre os seis

(24 %) óbitos obstétricos indiretos, as causas estavam relacionadas às infecções respiratórias e a septicemia.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação e as Infecções Respiratórias são doenças evitáveis e tratáveis quando diagnosticadas precocemente, ou seja, ainda durante a assistência pré-natal, sendo esses óbitos, na maioria das vezes, considerados evitáveis. A tabela 6 traz a distribuição dos óbitos a partir da classificação em obstétricas diretas, obstétricas indiretas e não obstétricas com as respectivas patologias responsáveis por eles.

Pode-se perceber que a maioria dos óbitos foram classificados como obstétricos, 17 (66 %), sendo as causas obstétricas diretas responsáveis por 11 (44 %) e as obstétricas indiretas por seis (24 %). A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) esteve associada a 36 % dos óbitos classificados como obstétricos diretos.

Tabela 6 – Número de Óbitos Maternos Segundo a Causa Básica Especificada na Declaração de Óbito. Fortaleza – Ceará, 2010

Classificação das causas	Especificações	2010	%
Obstétricas Diretas	DHEG grave com AVC	01	9,0
	DHEG com Edema Agudo de Pulmão	02	18,0
	DHEG com Sd. HELLP e CIVD	01	9,0
	Infecção Puerperal	02	18,0
	Abortamento Infectado	01	9,0
	Embolia Pulmonar	02	18,0
	Distúrbio Hidroeletrólítico	02	18,0
Total		11	44,0

continuação

Obstétricas Indiretas	Infecção respiratória com SARA / Septicemia	03	50,0
	Cardiopatia com endocardite / Septicemia	02	33,0
	Abscesso Cerebral	01	17,0
Total		06	24,0
Não obstétricas	Envenenamento	01	25,0
	Arma de fogo	02	50,0
	Politraumatismo	01	25,0
Total		04	16,0
Total de óbitos		25	100

Fontes: MS/DATASUS: SESA e SMS. *Célula de Vigilância Epidemiológica* (SINANAS) e CMMF.

Em relação ao ano de 2009, Fortaleza apresentou diminuição dos óbitos de causas diretas e aumento nos de causas indiretas. Porém se observou uma elevação dos óbitos considerados evitáveis, o que pode ser reflexo da quebra da linha do cuidado na assistência à gestante. Observa-se fato novo no tocante aos óbitos de causa indireta com a ocorrência de dois óbitos por gripe do tipo A e mais um caso suspeito. Outros óbitos de causas indiretas reforçam o despreparo dos profissionais para o atendimento de mulheres grávidas com patologias clínicas, assim como de obstetras para o atendimento de mulheres grávidas com outros problemas de saúde que não estejam relacionados à gravidez, o que leva à conclusão de que as mulheres grávidas devem estar incluídas em quaisquer estratégias de melhorias da assistência à saúde da população.

Quanto aos fatores de evitabilidade da mortalidade materna, no ano de 2010, 17 (68 %) óbitos foram considera-

dos evitáveis, cinco (20,0%) provavelmente evitáveis e três (12,0%) provavelmente inevitáveis (Tabela 7).

Tabela 7 – Classificação segundo causas corrigidas dos óbitos maternos. Fortaleza – Ceará, 2010

Classificação dos óbitos		Óbitos maternos	%
Quanto às causas corrigidas	Obstétricas diretas	11	44,0
	Obstétricas Indiretas	06	24,0
Óbitos maternos declarados		15	60,0
Quanto aos fatores de evitabilidade	Evitável	17	68,0
	Provavelmente evitável	05	20,0
	Provavelmente Inevitável	03	12,0
Correção da Declaração de Óbito		20	80,0

Fontes: MS/DATASUS: SESA e SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica (SINASC) e CMMF.

O CMM, a partir da análise dos óbitos maternos realizada nos formulários e prontuários médicos, classificou-os em obstétricos (diretos e indiretos) e não obstétricos. Em relação à qualidade da assistência obstétrica prestada às mulheres que foram a óbito em 2010, o CMMF chegou a conclusões importantes que devem levar profissionais e gestores de saúde a reflexões sobre o tipo de assistência que está sendo prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (Tabela 8).

Tabela 8 – Classificação da qualidade da assistência obstétrica prestada às mulheres que foram a óbito materno. Fortaleza – Ceará, 2010.

Classificação quanto à qualidade da assistência	Ano 2010						Total	
	Gestação		Parto/Aborto		Puerpério			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Adequada	03	15,0	02	8,0	02	8,0	07	16,7
Inadequada	15	75,0	08	32,0	08	32,0	31	73,8
Inconclusiva	02	10,0	02	8,0	02	8,0	06	14,3
Total	20	47,6	12	28,6	12	28,6	42	100,0

Fontes: MS/DATASUS; SESA e SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica (SINASC) e CMMF.

Observou-se que, dos 42 óbitos ocorridos no ano de 2010, 31 (73,8%) foram considerados com assistência inadequada. Dentre os 20 (47,6%) óbitos aconteceram durante a gestação, os 12 que ocorreram durante o parto e os 12 do puerpério, 15 (75,0%), oito (32,0%) e oito (32,0%), respectivamente, foram classificados pelo CMM como assistência inadequada.

O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de Fortaleza (CMMF), após análise dos óbitos maternos, concluiu que esse evento pode estar associado a falhas na organização da assistência à mulher nas diferentes fases do período gravídico e puerperal.

Por outro lado, é preocupante a falta de qualidade dos dados registrados nas fichas, que além de apresentarem muitos espaços em branco, chegam ao Comitê de Mortalidade Materna com bastante tempo de atraso e incompletas, dificultando a construção de um relatório fidedigno, capaz de gerar sugestões e elaborações de estratégias de redução dos óbitos. Outros fatos, como a não solicitação de necropsia

nos casos de diagnóstico incerto ou desconhecido e a falta de relatórios de referência realizados pelos hospitais que transferiram pacientes que foram a óbito, trazem dificuldades ao estudo.

Apesar dos esforços para melhoria da assistência à mulher, especialmente durante o ciclo gravídico-puerperal, observa-se que a elaboração de estratégias de enfrentamento dos óbitos maternos fica comprometida pela falta de qualidade na coleta dos dados de investigação e o grande número de espaços ignorados nas declarações de óbitos, nos prontuários e fichas de atendimento médico-hospitalar. A falta dessas informações prejudica a análise e a identificação dos fatores implicados com os óbitos maternos e, conseqüentemente, a construção de um perfil epidemiológico fidedigno e preciso, que possa levar à tomada de decisões pelos gestores, buscando a adoção de estratégias que levem à redução desses óbitos.

Referências

AMNESTY INTERNATIONAL. *Comunicado à Imprensa – Índice AI: PRE 01/316/2010* 16 de setembro de 2010. Disponível em: < <http://www.amnesty.org/en/demand-dignity> > . Acesso em: 07 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria GM n.º 1119 de 05 de Junho de 2008. *Regulamenta a Vigilância de óbitos maternos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Taxa de Mortalidade Materna (coeficiente de mortalidade materna). *Ficha de qualificação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde do Município. Portaria No 33/2004 de 28 de Junho de 2004. *Criação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna*. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2004.

GOMES, M.M. *et al.* Mortalidade materna no entorno do Distrito Federal. *Brasília Med.*, Brasília, v. 47, n. 1, p. 40-45, abr. 2010.

LAURENTI, R; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, dez. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10^a Revisão. CBCD, São Paulo; 1995.

_____. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). BANCO MUNDIAL. *Relatório 'tendências da mortalidade materna'*, divulgado em 15 de setembro de 2010.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde – *Indicadores básicos para a saúde no Brasil*. Brasília: OPAS, 2002.

RIQUINHO, D.L.; CORREIA, S.G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 59, n. 3, p. 303-307, Jun., 2006.

WHO/UNICEF (World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund), 1996. Revised 1990 estimates of Maternal Mortality. *A new approach by WHO and UNICEF*. WHO/FRH/MSM 96.11. UNICEF/PZN/96.1. Geneva: WHO/UNICEF, 1996.

PARTE 2

Aportes à Assistência ao Pré-Natal

2.1 Assistência Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família a partir da Autoavaliação de Enfermeiros e Médicos

Raimunda Magalhães da Silva

Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho

Erine Dantas Bezerra

Maria Alix Leite Araújo

Marli Vilella Mamede

Herla Maria Furtado Jorge

A assistência pré-natal no Brasil teve início no século XX, por meio da criação de programas materno-infantis, com ações que visavam melhorar o bem-estar e a saúde da mãe e do bebê, utilizando-se de estratégias para as quais, até hoje, buscam-se aprimoramentos. É uma estratégia que visa atender às necessidades de saúde de gestantes e conceptos, consistindo, portanto, em uma das atividades prioritárias da Atenção Básica à Saúde (ABS).

O Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para responder pela ABS, caracterizando-se como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que valorizam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2011).

A ESF pode contribuir para redução da sobrecarga nos serviços de maior complexidade, uma vez que deve garantir a resolubilidade da maioria dos problemas de saúde da população. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram que no Estado do Ceará existem 1.764 equipes da ESF nos seus 185 municípios (BRASIL, 2011a).

Contudo, o sucesso da ESF depende do vínculo estabelecido entre os profissionais da saúde e a comunidade adstrita, possibilitando a ampliação e a eficácia das ações de saúde com a participação dos usuários (MARZARI, JUNGES, SELLI, 2011). Quando as ações permeiam a realidade da comunidade, estas promovem a qualidade da assistência pré-natal, fazendo com que a mãe e o conceito cheguem ao momento do parto nas melhores condições de saúde.

De acordo com a Agência de Desenvolvimento Internacional, a competência profissional compreende o conhecimento, a habilidade e atitude adequados para realizar o atendimento e os procedimentos específicos a cada cuidados, de maneira que resulte em resultados satisfatórios (USAID, 2001). Nesse contexto, cabe aos enfermeiros e aos médicos da ESF realizar ações distintas, complementares e interdisciplinares em prol da saúde do binômio mãe e filho. Em geral, essas ações se traduzem em proporcionar assistência integral à gestante, aliando a atuação clínica à prática da saúde coletiva, realizando visitas domiciliares, fomentando a formação de grupos para as atividades de promoção da saúde com enfoque na educação em saúde (BRASIL, 2005).

Para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, destaca-se a importância da avaliação dos serviços de saúde e, dentre as modalidades avaliativas, insere-se a autoavaliação profissional. A autoavaliação representa estratégia importante, pois pode favorecer uma reflexão sobre o próprio desempenho profissional e contribuir para a aquisição de outras habilidades e/ou comportamentos. É também um pré-requisito para a manutenção da competência profissional, devendo ser estimulada nos serviços de saúde e regularmente utilizada pelos

profissionais, visando a assegurar a atuação crítica e reflexiva nas áreas de domínio profissional (USAID, 2001).

Considerando que, apesar de ter havido crescente adesão das gestantes ao pré-natal e, conseqüentemente, melhoria da cobertura dessa assistência, ainda permanecem os limites com relação à qualidade do serviço prestado. Perante essa realidade, analisou-se, por meio da autoavaliação, o desempenho e a satisfação de profissionais da ESF com relação à assistência pré-natal.

Estrutura de serviços para assistência pré-natal na Secretaria Executiva Regional – SER VI

O Sistema de Saúde de Fortaleza está organizado em seis SER's, territórios delimitados geográfica e administrativamente, que têm o objetivo, dentre outros, de proporcionar melhores condições de saúde e, conseqüentemente, de vida da população (FORTALEZA, 2008).

A área de abrangência da SER VI é constituída por 27 bairros, totalizando uma população de 436.204 habitantes com perfil socioeconômico diversificado. Na referida área, existem vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 315 equipes da ESF, correspondendo a 55% de cobertura da população (FORTALEZA, 2008).

A SER VI tem uma pactuação político-administrativa com a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), constituindo-se campo de investigação e de formação acadêmica.

Foram ouvidos 24 profissionais que realizavam consultas de pré-natal, sendo 12 enfermeiros e 12 médicos de 12 equipes da ESF. As posições dos participantes foram coletadas pela aplicação de questionário, em julho de 2006. Este abordou questões sociodemográficas, da atuação profissional e referentes à autoavaliação do de-

sempenho, a partir de variáveis recomendadas pelo Ministério da Saúde para consulta pré-natal de qualidade (BRASIL, 2002).

Para mensurar a segurança dos profissionais em relação aos procedimentos, elaborou-se uma escala de autoavaliação de domínios de habilidades com variação numérica de 1 e 2. Os Algarismos 1 e 2 correspondiam, respectivamente, a segurança e insegurança na realização dos procedimentos da consulta. No instrumento, havia espaço aberto para situar em relevo as informações e depoimentos que permitissem ao pesquisador uma compreensão de aspectos importantes da autoavaliação profissional.

Os dados quantitativos foram organizados no Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 11.5, e receberam tratamento estatístico descritivo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFOR conforme parecer no. 216/2006. Foram seguidas as diretrizes e normas de pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil estabelecidas na Resolução nº 196/96.

Caracterização dos profissionais

Quanto ao sexo, 17 (70,8%) profissionais eram do sexo feminino; 13 (29,2%) tinham entre 31 e 40 anos; 16 (66,7%) eram casados; 12 (50%) tinham até dois filhos; 8 (33,3%), nenhum e 4 (16,7%), de três a quatro filhos. No que diz respeito ao tempo de graduação, 8 (41,7%) tinham de um a cinco anos, 5 (12,5%), de seis a dez anos e 11 (45,8%) mais de dez anos. O tempo de experiência na ESF correspondeu em média a um ano e meio para os médicos e dois anos para os enfermeiros.

O rendimento financeiro informado por enfermeiros variou de quatro a cinco salários mínimos, enquanto os médicos referiram proventos da ordem de dez ou mais salários mínimos mensais. As formas de contrato dos profissionais, em sua totalidade, eram por Cooperativa, cujas renovações contratuais eram semestrais ou anuais, aspecto que favorece a mudança dos profissionais, fragilizando o caráter de vinculação com as gestantes, proposta fundamental da ESF. É possível que a contratação por concurso público amenize essa condição. Estudo de Cotta *et al* (2006) identificou que as contratações dos membros da ESF por meio de concursos começou a despontar, mas, em se tratando de enfermeiros e médicos, isto se faz por convite ou simples ocupação de vaga. Esta limitação trabalhista é vivenciada pela maioria dos profissionais da ESF no Brasil, podendo comprometer a dedicação destes, bem como acarretar consequências nefastas para a qualidade do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2004).

A discrepância salarial entre as categorias de médicos e enfermeiros é relevante, pois, ao analisar as informações acerca dos honorários recebidos, os enfermeiros recebiam metade do que ganhavam os médicos, situação esta encontrada nos estudos de Gil (2005) e Canesqui, Spinelli (2006). Essa diferença salarial, contudo, parece não ter repercutido na satisfação dos enfermeiros com relação à atenção pré-natal.

Em se tratando da qualificação dos enfermeiros e médicos após a Graduação, 14 (58,3%) haviam cursado especialização e 1 (4,17%), mestrado em Saúde Comunitária. No ano anterior ao estudo, 18 (75%) profissionais participaram de eventos científicos (congressos, simpósios); 10 (41,7%) de treinamentos de curta duração,

oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, que cobriam a temática de assistência à saúde da mulher. Os 14 (58,3%) respondentes que não receberam treinamento afirmaram que “*não foi ofertado nenhum*”; que

“a Secretaria Municipal de Saúde, no momento, não estava priorizando capacitação de profissionais” e que “não fui sorteado para participar do treinamento na época em que o mesmo ocorreu”.

Acerca de incentivo institucional para participação em eventos, 11 (45,8%) profissionais referiram ter recebido liberação das atividades, com salário integral. Dos que relataram não ter recebido incentivos, 13 (54,2%) justificaram que “a SER não libera”; “que a realidade vivida nos serviços não é capacitar e sim atender”; que “falta organização nas ofertas dos programas de capacitações, pois quando acontece apenas um profissional participa”; e que “faltam profissionais para substituir aqueles em treinamento”.

Autoavaliação de enfermeiros e médicos a respeito da assistência pré-natal

Para 6 (50%) médicos e 12 (100%) enfermeiros, a satisfação com o trabalho na área do pré-natal estava relacionada ao vínculo estabelecido com a comunidade e com a autoidentificação pela Saúde Pública, bem como por poderem ajudar às famílias.

A insatisfação referida por 6 (50%) médicos em trabalhar na ESF pautou-se no fato de que, “no PSF, falta material, medicação, infraestrutura” e “as atividades não estão em consonância com o que preconiza o Ministério da Saúde, mas se caracterizam como pronto atendimento.” Os baixos salários e as precárias condições de infra-es-

estrutura física e material das unidades aparecem como motivos de insatisfação na fala dos médicos, e estes problemas, também, são encontrados em outras cidades do Estado do Ceará (MOURA, 2001), configurando fatores desencadeadores de desmotivação e desresponsabilização no exercício das atividades (COTTA *et al.* 2006).

Quanto à autoavaliação do desempenho profissional sobre os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde, constatou-se que a maioria dos médicos e dos enfermeiros demonstrou segurança em realizar os procedimentos relacionados à anamnese, exame físico e orientações acerca do ciclo gravídico-puerperal.

Verificou-se que 3 (12,5%) médicos e 2 (8,3%) enfermeiros relataram insegurança para realizar a anamnese e pesquisar os antecedentes familiares e gineco-obstétricos das gestantes.

A autoavaliação do desempenho profissional para realização do exame físico da gestante revelou um número expressivo de procedimentos executados com insegurança: exame das mamas, ausculta cardiopulmonar, exame especular, identificação da situação e apresentação fetal, solicitação de exames laboratoriais e avaliação nutricional.

Em relação às orientações sobre o ciclo grávido-puerperal, os dados apontaram que os médicos foram os que mais se identificaram como inseguros, destacando-se dificuldades para realização de orientações quanto aos seguintes temas: aleitamento materno, sinais de trabalho de parto e planejamento familiar. Três enfermeiras se consideraram inseguras nas orientações nutricionais e uma na evolução da gravidez.

Os profissionais que referiram alguma limitação para realização da consulta pré-natal corresponderam a 15 (62,5%), os quais mencionaram: “falta de sala para

exame ginecológico e de material suficiente”; “dificuldade de encaminhar as gestantes de alto risco”; “hospitais de referência para riscos na gravidez estão cheios”.

A avaliação normativa realizada com esses profissionais revelou insuficiência de recursos materiais e de competência para desenvolver as ações de pré-natal preconizadas pelo MS (BRASIL, 2004). Estudo ressalta a importância da atuação efetiva dos conselhos municipais de saúde no acompanhamento e destinação da aplicação dos recursos do Piso da Atenção Básica, de modo a garantir os recursos físicos, materiais e humanos ao funcionamento das equipes da ESF (MOURA, 2001).

Aspecto relevante foi o de mais da metade dos profissionais ter título de especialista, entretanto, ao se analisar o tipo de especialização, identificou-se que, em sua maioria, esses cursos não eram em áreas específicas para as atividades desenvolvidas na ESF. Destaca-se que a formação do tipo especialização e/ou residência em Saúde da Família para os profissionais que estão ingressando nas equipes se torna necessária, considerando que o preparo universitário cobre muito mais os aspectos clínicos e assistenciais, em detrimento de prevenção e promoção da saúde ou de trabalhos sociais na comunidade. Isto foi observado em um estudo que mostrou o número reduzido de médicos e enfermeiros com formação em Saúde da Família *stricto sensu* e que os médicos da ESF, em virtude da sua formação, eram, em sua maioria, clínicos e os enfermeiros mais voltados à saúde pública (ESCOREL, 2002).

A auto avaliação de desempenho profissional é importante para a autorreflexão quanto à melhoria do desempenho das atividades dos profissionais e principalmente para a tomada de decisão, visto que permite realizar um diagnóstico do momento analisado. A sua

utilização periódica na rotina dos serviços pode auxiliar a autocrítica, levando os profissionais a atingir padrões de excelência no cuidado à saúde das pessoas.

Para se alcançar o que preconiza o MS para com a assistência pré-natal, faz-se necessário aprimorar o desempenho dos profissionais por intermédio de cursos de capacitação. Alerta-se também para a necessidade de revisão dos currículos universitários dos cursos de Medicina e de Enfermagem, pois, em geral, esses cursos, apesar de alguns avanços conquistados, ainda se pautam em uma assistência curativista, hospitalocêntrica, pouco preparando e estimulando os futuros profissionais para atuação coerente com o esperado na ESF. Essa situação, de certa forma, fragiliza a proposta do SUS para atenção básica, pois traz como consequência alta rotatividade de profissionais, especialmente médicos, que não se identificam com a proposta de trabalho da ESF.

A capacitação dos profissionais, tradicionalmente, é utilizada por meio de conferências, seminários, cursos de treinamento, seções grupais, entre outros métodos, em que predomina a transferência de informações. Tais formatos, nos quais o desempenho profissional é fundamentado em padrões pré-estabelecidos, não promove esforços para capacitação ou reforço na prática, não favorece o trabalho com a subjetividade dos sujeitos, o que pode repercutir em pouco ou nenhum impacto. Evidencia-se, no entanto, o fato de que, quando tais eventos de treinamento são complementados com outros que reforcem a confiança do profissional, observa-se melhora na prática médica (USAID, 2001).

As mudanças e manutenções de comportamento para uma assistência de qualidade exigem remoção de barreiras, intervenções que focalizem múltiplos determi-

nantes e o estímulo para a prontidão e a receptividade individual à mudança. Assim, os programas de capacitação podem ajudar a despertar o compromisso e motivação dos profissionais, mas deve ocorrer concomitantemente à melhoria na estrutura dos serviços, para que se alcance os objetivos pretendidos.

A autoavaliação do desempenho dos profissionais na ESF contribuiu para a realização de um diagnóstico da assistência pré-natal e desempenho profissional, oferecendo direcionamentos para a melhoria da assistência prestada. Por fim, é desejável a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005), pois, dessa forma, pode-se garantir readequação das ações de saúde e do serviço e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade da assistência pré-natal e satisfação dos profissionais. Essa satisfação está relacionada a várias percepções, expectativas, valores, poder de resolução, compromisso, salários e segurança no emprego (GOMES; SILVA, 2011).

Os enfermeiros e médicos pesquisados mostraram-se com pouco tempo de atuação, parte satisfeita e segura para realizar alguns dos procedimentos preconizados para assistência pré-natal e outra parte insatisfeita e insegura, a necessitar de capacitação técnica, o que justifica o desenvolvimento de um programa de educação permanente para garantir a qualidade da assistência prestada às gestantes. Outros estudos poderão comparar dados autorreferidos com observações participantes, a fim de verificar a confiabilidade das informações.

As enfermeiras se avaliaram mais inseguras no desempenho de procedimentos, como o exame físico, por exemplo. Já os médicos se avaliaram mais inseguros para as atividades relacionadas às orientações às gestantes.

Referências

AGENCY for International Development by the Quality Assurance Project (USAID). Helping healthcare providers perform according to standards. *Operations Research Issue Paper*. v.2, n.3, p.1-36, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Pré-natal e puerpério: assistência humanizada à mulher*. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2202*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família chega a 94% dos municípios, 2009*. Disponível em: [<http://dtr2004.saude.gov.br/dab>]. Acesso em: 21 jun. 2011.

_____. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores relacionados - 2009/2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

CANESQUI, A.M, SPINELLI, M.A.S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública.*, v.22, n.9, pag:1881-1892, 2006.

COTTA, R.M.M; SCHOTT, M; AZEREDO, C.M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v.15, n.3, p.7 – 18, 2006.

ESCOREL, S. *Avaliação da implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: Relatório final*. Brasília, 2002.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*., v.21, n.2, p.490-8, 2005.

GOMES, F.M; SILVA, M.G.C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, Supl. 1, p.893-902, 2011.

MOURA, E.R.F. *Assistência de enfermagem no pré-natal no contexto do Programa Saúde da Família*. (Dissertação). Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2001.

MARGARIDO, E.S; CASTILHO, V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm.*, USP, v.40, n.3, p.427-33, 2006.

MARZARI, C.K; JUNGES, J.R; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, v.16, supl.1, p.873-880,2011.

MONTEIRO, M.M; FIGUEIREDO, V.P; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde

da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. Esc. Enferm.*, USP, v.43, n.2, p.358-64, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006-2009*. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde, 2008, p.296.

2.2 Consulta de Enfermagem e Prevenção dos Fatores de Risco para Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Marlucilena Pinheiro da Silva

Italo Rigoberto Cavalcante Andrade

Joanalice Parente Pimentel

Helexciana Teixeira Fernandes

Mirna Alburquerque Frota

A Consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde (ABS) é realizada de acordo com recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) e está garantida pela Lei do Exercício Profissional Nº 7.4731/1986 e Decreto Nº 94.406/87, que ressaltam o acompanhamento pelo enfermeiro no pré-natal de baixo risco (LIMA, MOURA, 2005).

A assistência pré-natal constitui recurso imprescindível na prevenção e/ou controle de problemas de saúde que possam interferir na saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, conseqüentemente contribuindo para a redução da morbidade e da mortalidade materna e fetal. Deve garantir cuidado integral à gestante, em amplo contexto, a articular as vertentes biológicas, socioeconômicas, políticas e familiar (SANTOS *et al.* 2007a).

A gestação é um fenômeno fisiológico para a maioria das mulheres, no entanto, podem ocorrer agravos em sua evolução, pondo em risco a saúde e a vida da mãe e do conceito. Entre as patologias maternas que ocorrem no período gravídico, a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é considerada uma das mais nocivas aos organismos materno, fetal e neonatal (CHAIM *et al.*, 2008). A SHEG está presente em 10 % das gestações, sen-

do responsável por elevado índice de morbidade e mortalidade materna (DUNCAN, 2006).

A SHEG surge, geralmente, após a 20ª semana de gestação, caracterizando-se pela tríade sintomática de hipertensão arterial, edema e proteinúria, neste caso, denominado de pré-eclâmpsia (NEME, 2005). Se a hipertensão aparecer antes desse período, é dita hipertensão crônica (PASCOAL, 2002).

Os principais fatores de risco para a SHEG incluem: constituição física, idade materna, hereditariedade, raça negra, ganho excessivo de peso, tabagismo, inserção placentária alta, gestação gemelar, mudança de parceiro, pré-eclâmpsia anterior, história de hipertensão, nefropatia, *diabetes mellitus* e aborto prévio (FREITAS *et al.*, 2006).

A principal causa de morte materna no mundo é a SHEG. No Ceará, correspondeu a 25% das mortes maternas no período de 1997 a 2005. A revisão desses óbitos confirma a realização de consultas de pré-natal, denunciando, assim, baixa qualidade da assistência, deixando-se de identificar oportunamente os fatores de risco para a tomada de decisões necessárias e evitar os óbitos (CEARÁ, 2007).

O número de consultas de pré-natal tem aumentado, porém o número de mortes maternas permanece, no mínimo, inalterado (CEARÁ, 2007). Nesse sentido, é fundamental refletir sobre a qualidade da consulta de enfermagem ao pré-natal, pois se preconiza que pelo menos seis consultas pré-natal sejam realizadas ao longo da gestação, em que quatro devem ser de Enfermagem. A ansiedade, o medo, as dúvidas, a insegurança são frequentes e podem repercutir negativamente no estado de saúde da gestante. Portanto, por ocasião das consultas de enfermagem, cabe ao enfermeiro promover a saúde e o bem-estar

da mulher, orientando, identificando e ajudando a prevenir e controlar os fatores de risco para a SHEG.

A consulta de enfermagem ao pré-natal deve incluir a anamnese; escuta ativa das gestantes; esclarecimento de dúvidas; informações sobre os procedimentos a serem realizados na consulta; atividades educativas individual ou em grupo, com uso de linguagem adequada; estímulo e preparação ao parto normal; exame clínico-obstétrico; solicitação de exames laboratoriais; imunização antitetânica; avaliação do estado nutricional; prevenção e orientação quanto aos distúrbios nutricionais; realização da coleta citológica; exame das mamas; identificação das intercorrências da gestação, classificação do risco gestacional e referência para consulta médica quando necessário (BRASIL, 2005).

Mediante a problemática da SHEG e o déficit de autocuidado, principalmente em relação à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG, descrevemos a consulta de enfermagem na perspectiva da prevenção e/ou controle dos fatores de risco para a SHEG.

Abordagem do olhar sobre a consulta de enfermagem ao pré-natal

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em Centro de Saúde da Família (CSF) pertencente à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza-CE, com 17 gestantes em acompanhamento pré-natal no referido CSF, independente da idade, cor, estado civil, escolaridade e renda familiar. As gestantes foram acompanhadas durante três meses, por meio da consulta de enfermagem mensal. Realizamos duas entrevistas, sendo a primeira voltada para os dados de identificação, conhe-

cimento e prática de condutas inerentes à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG. Na segunda entrevista, avaliamos as mudanças comportamentais que ocorreram com as gestantes após o acompanhamento mensal. As falas das gestantes foram organizadas e apresentadas conforme a técnica de análise categorial proposta por Bardin (2008).

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), conforme protocolo no. 001/2010.

Caracterização das gestantes

Os aspectos sociodemográficos das gestantes são importantes de serem analisados nas consultas de enfermagem, uma vez que podem revelar o grau de vulnerabilidade, portanto, ao se pensar em ações que reduzam a morte materna, é necessário que estas incluam, principalmente, a população de menor escolaridade e de mais baixa renda (RIQUINHO e CORREIA, 2006). As condições socioeconômicas desfavoráveis também expõem as gestantes a complicações quando se observa a dificuldade no acesso à saúde, déficit no autocuidado, desnutrição devido a uma má alimentação e dificuldade cognitiva no entendimento das orientações pertinentes ao período gestacional.

A idade das gestantes variou de 15 a 40 anos; todas tinham a cor parda; 11 eram católicas e 6 eram evangélicas; 14 estavam casadas ou em união estável e 3 estavam solteiras; 14 cursaram o ensino fundamental e 3 o ensino médio; 3 gestantes informaram renda mensal

inferior a um salário mínimo e as demais a partir de um; 14 gestantes residiam em casa própria; 12 coabitavam com o parceiro e 3 com a genitora; 4 eram estudantes e as demais eram do lar; todas estavam morando em Fortaleza-CE, sendo que 5 eram naturais de municípios do interior cearense.

A primeira gravidez de 15 das gestantes ocorreu entre 15 e 20 anos, e de duas entre 20 e 30 anos. A primiparidade prevaleceu na adolescência, sendo um fator de risco para SHEG presente em 10% das gestações (DUNCAN, 2006). Em consonância com o Ministério da Saúde (MS), as adolescentes grávidas com menos de 19 anos representam um percentual de 15,8% do total de partos de nascidos vivos no Brasil. Deste dado epidemiológico, 479.511 mulheres grávidas com menos de 19 anos foram atendidas pelo SUS, em 2005, sendo que 26,7% tinham entre 10 e 14 anos, fato caracterizado como gravidez precoce (BRASIL, 2005).

O grupo específico de adolescentes primíparas se constitui, nos grandes levantamentos populacionais, na faixa etária que mais se correlaciona com o pior prognóstico materno-fetal, com altos índices de partos prematuros, com recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e com risco de morte materna aproximadamente sessenta vezes maior do que em mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos (NATIONAL AND STATE, 2000; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG, 1997).

O alto índice de SHEG em adolescentes (45,45%) foi relatado com as principais complicações: a crise hipertensiva, a eclâmpsia, o óbito fetal intrauterino, o óbito neonatal, o sofrimento fetal crônico e a prematuridade (SCHAL e MODENA, 2005).

Durante a gravidez, muitas mudanças acontecem no corpo feminino, fazendo com que esse período exija cuidados especiais (COIMBRA e SILVA, 2000).

Tedesco *et al* (2004) e Neme (2000) relatam que é inegável a influência das condições socioeconômicas e da baixa escolaridade para a HIG, considerando as diferenças nas taxas de incidência de eclâmpsia em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Identificação dos fatores de riscos para SHEG

Dentre os fatores de risco para SHEG, 2 gestantes apresentaram elevação da pressão arterial na gestação anterior e uma na atual; 4 informaram história familiar de hipertensão, 3 queixaram-se de conflitos emocionais e os atribuíram à convivência com familiares e conjugue, e outras 4 relataram paternidade diversa.

A SHEG tem como fatores de risco: primiparidade (inferior a 17 anos e superior a 40 anos), gestação múltipla (incidência da SHEG se eleva com a quantidade de fetos), doença vascular, estado psicológico, nível socioeconômico, raça negra, história familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, paternidade diversa e obesidade (SANTOS, OLIVEIRA e SILVA, 2009).

O acompanhamento das gestantes na consulta pré-natal pelo enfermeiro implica em uma ferramenta de investigação que subsidia o achado de fatores de risco nessa clientela. Em primeiro momento, a identificação da hipertensão não significa necessariamente obter a confirmação do diagnóstico de SHEG, mas propõe que o profissional fique atento com relação aos achados que condizem com alterações existentes, má adaptação à gestação ou doença já instalada.

Na identificação das formas de manifestação da SHEG, é fundamental diferenciar a hipertensão arterial que antecede a gravidez, daquela que é condição específica dela. Na primeira, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados (PERAÇOLI e PARPINELL, 2005).

Os conflitos emocionais decorrem de estruturas familiares muitas vezes sofridas por conta de uma base familiar sem vínculos ou afetos. Consequentemente, a questão emocional influencia para um desequilíbrio psicológico que acaba afetando e comprometendo o processo fisiológico natural da gestante.

Com base na hipótese de que o estado emocional interfere na variabilidade da pressão arterial, pesquisaram-se os efeitos da felicidade, da raiva e da ansiedade em pacientes hipertensos e concluiu-se que os três estados emocionais elevam a pressão, encontrando-se associação entre a intensidade da ansiedade e a pressão diastólica. Essa alteração na pressão está relacionada ao aumento da liberação de catecolaminas (MONTENEGRO; LEITE; RAGATTIELI, 2004).

Quanto à hereditariedade, há uma tendência familiar de pré-eclâmpsia. Por conseguinte, Ferré e Carbonne (2005) relataram que, quando uma mulher desenvolve pré-eclâmpsia, suas parentas próximas terão eclâmpsia durante uma primeira gravidez, diminuindo o risco na gravidez posterior, mas desde que as crianças sejam do mesmo pai (entra em ação um mecanismo de acomodação do organismo materno aos antígenos de origem paterna). Desse modo, corroboram o envolvimento da família nas ações de educação em saúde, no que se refe-

re à prevenção e/ou controle de problemas de saúde hereditários, particularmente nas síndromes hipertensivas.

Conhecimento e prevenção dos fatores de risco para SHEG

Somente cinco gestantes demonstraram algum conhecimento sobre SHEG: [...] *eu vi falar que é quando a pressão sobe e depois vem o ataque* [...] (G1, G5, G9, G11, G12).

As gestantes citaram fatores de risco para HIG, como a hipertensão arterial anterior à gravidez, conflitos emocionais, história familiar, gravidez em idade extrema, hipertensão na gravidez atual: [...] *pressão alta, nervosismo, quando a mãe da mulher tem esta doença, ficar grávida muito nova e muito velha, pressão alta em outras gravidezes*. (G08, G07, G06, G04, G 01).

Com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a progressiva difusão dos conhecimentos em saúde, espera-se que a gestante durante as consultas de pré-natal rejeite a atitude passiva de profissionais, a exigir aquilo a que tem direito, resultando em atendimento de melhor qualidade (BRASIL, 2002; SER-RUYA, 2004).

Ainda não se sabe o conhecimento que a gestante tem sobre esse processo em si, ou seja, quanto conhece dos procedimentos necessários, ou a que tem direito, desde o início da gravidez até o pós-parto. Tal conhecimento está determinado no PHPN, uma vez que é base para, além de garantir parâmetros mínimos assistenciais para a gestante, educar e, assim, tornar a mulher mais partícipe.

O conhecimento adquirido pela gestante pode estar relacionado à sua satisfação com os cuidados recebidos

durante o pré-natal anterior (VALADEZ, ALFARO; CELIS, 2005). No entanto, isso pode afetar os resultados de forma positiva, se a experiência prévia foi boa, ou negativamente, se os cuidados recebidos ficaram aquém do desejado.

Em relação ao conhecimento das condutas preventivas, 9 gestantes relataram a redução do sal; 4, o exercício físico regular; 3, o gerenciamento de estresse; 2, o comparecimento às consultas de pré-natal e controle do peso; e 1, o controle da pressão arterial, abolição do álcool, preferência por carne branca.

Observamos que mais da metade das gestantes tem o cuidado com sua alimentação na redução do sódio, uma ação de autocuidado significativa na prevenção da hipertensão arterial e, conseqüentemente, na instalação da SHEG, pois, ao acrescentar sal em alimentos naturais (que já contem sódio), intensifica-se a retenção hídrica, a reatividade vascular arterial e a contratilidade uterina, com os seus evidentes efeitos nocivos no desenvolvimento do edema, na elevação dos níveis tensionais arteriais, na redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário e na ocorrência de reduzido crescimento fetal e da prematuridade (SASS, SOUZA e CAMANO, 2002; NEME, 2002).

É importante a captação precoce das gestantes para acompanhamento do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, visando a intervenções oportunas em todo o período gestacional e no puerpério, sejam elas de promoção, de prevenção ou de tratamento (BRASIL, 2005).

Percebemos que as gestantes pesquisadas de um modo geral não demonstraram uma preocupação significativa na prevenção de fatores de risco no que se refere ao exercício físico regular, gerenciamento de estresse, consultas de pré-natal, controle de peso e da pressão ar-

terial, bem como a abolição do álcool e preferência por carne branca.

Dessa forma, a percepção da gestante sobre a suscetibilidade em desenvolver SHEG e o seu empoderamento precisa ser fortemente mediado pelas ações de educação em saúde, pois são favoráveis à adesão de condutas de prevenção e/ou de controle dos fatores de riscos para este agravamento, bem como para a manutenção da saúde.

Quanto a exercer medidas de controle dos fatores de risco para SHEG, 14 gestantes informaram a redução do sal; 7, o gerenciamento do estresse; 5, o exercício físico regular; 3, o comparecimento às consultas; 2, o controle do peso e da pressão arterial; e 1, a abolição do tabagismo e do álcool, consumo de gordura vegetal, e uso adequado do medicamento anti-hipertensivo.

Como se observa, essas gestantes necessitam de mais envolvimento com as medidas de controle dos fatores de risco. Catorze delas declararam controlar o sal em seus alimentos, porém identificou-se pouca preocupação com o exercício físico, com o comparecimento às consultas pré-natal e com o controle da pressão arterial.

Para evitar ou reduzir os conflitos emocionais, o gerenciamento do estresse foi referenciado por 10 mulheres, a união estável por 5, e a dinâmica familiar estável por 4.

Percebemos nos relatos que inúmeros fatores contribuíram para o estresse emocional, sendo confirmado por Nobrega, Castro e Souza (2007) que há evidências entre a relação do estresse com o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Não há dúvidas de que um vínculo precisa ser estabelecido com estas gestantes com risco de desenvolverem a SHEG. O gerenciamento dos conflitos tem a

preocupação de proporcionar às mulheres um vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto.

As condutas baseadas somente nos aspectos físicos são insuficientes. Estas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, notadamente, no caso de gestantes adolescentes que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez (BRASIL, 2005).

De acordo com 8 gestantes, as orientações foram disponibilizadas pelo enfermeiro; 3, pelo agente comunitário; e 2 citaram familiares e amigos.

Enfatizamos aqui a importância da abordagem dos profissionais e suas orientações prestadas. No entanto, destacamos os profissionais enfermeiros, os quais precisam ser indivíduos conscientes da importância das consultas de enfermagem no pré-natal, mantendo uma abordagem investigativa quanto aos fatores de risco para SHEG preconizados pelo MS, para que possam prevenir as complicações que poderão repercutir na saúde da mãe e recém-nascido.

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas.

Destaca-se a participação dos agentes comunitários de saúde. Esses agentes têm um papel singular, ao se constituir um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, atuando de forma condizente com atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações

de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à promoção da qualidade de vida e bem-estar da população (GALAVOTE *et al.*, 2011).

De acordo com Santos *et al.* (2005), o apoio da família é imprescindível, pois ela está relacionada diretamente na obtenção das orientações de saúde apropriadas e no processo de luta contra a doença.

Lima, Lopes e Araujo (2001) ressaltam que as intervenções para controlar e prevenir a hipertensão arterial implica em medidas que envolvem o monitoramento da saúde dos indivíduos e da família. A família é importante para o cliente no auxílio ao tratamento da hipertensão. Esses autores enfatizam a importância da relação dos membros na assistência às modificações de hábitos alimentares saudáveis, que é um elemento positivo e inteiramente significativo para a saúde pública, notando que os membros saudáveis implicarão como prevenção.

As orientações recebidas na consulta de pré-natal estavam relacionadas com a abolição do tabagismo em 3 gestantes; hábito alimentar em 11 gestantes; abolição de bebidas alcoólicas em 10; consumo adequado de bebidas contendo cafeína, sono e repouso, exercício físico e uso de medicamentos por 5 gestantes.

A abstenção do fumo e do álcool traz uma melhor perspectiva no avanço da promoção da saúde neste grupo estudado, uma vez que esses fatores comprometem o período gravídico por provocarem maiores riscos de contrações, um parto espontâneo ou prematuro, bem como filhos com baixo peso. Especificamente o álcool, quando ingerido em grande quantidade, passa para a placenta através da corrente sanguínea podendo oca-

sionar a chamada síndrome alcoólica fetal, responsável por alterações no desenvolvimento neurológico do feto e má-formação em suas pernas, braços, coração, rins e, principalmente na face (GEMELLI, 2004).

Os resultados encontrados apontam a necessidade para a educação em saúde. As atividades de informação em saúde devem ser priorizadas no decorrer da atenção prestada ao pré-natal, uma vez que o intercâmbio de experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestar e repassar orientações às gestantes e seus familiares.

Cinco gestantes relataram que receberam orientações acerca da importância do exercício físico no período gestacional. A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACGO) recomenda que o exercício físico desenvolvido na gestação tenha por características exercícios de intensidade regular e moderada, com o programa voltado para o período gestacional em que se encontra a mulher, com as atividades centradas nas condições de saúde da gestante, na experiência em praticar exercícios físicos e na demonstração de interesse e sua necessidade. Os benefícios da prática do exercício físico durante a gestação são diversos e atingem diferentes áreas do organismo materno. O exercício físico reduz e previne as lombalgias, devido à orientação da postura correta da gestante frente à hiperlordose que comumente surge durante a gestação, em função da expansão do útero na cavidade abdominal e o consequente desvio do centro gravitacional. Nestes casos, o exercício físico contribuirá para adaptação de nova postura física, refletindo-se em maior habilidade para a gestante durante a prática da atividade física e do trabalho diário (HARTMANN; BUNG, 1999).

Os autores acima confirmam o papel decisivo na execução da prática do exercício físico na promoção da saúde, prevenção e/ou controle de diversas doenças e da qualidade de vida. No entanto, cabe ao enfermeiro não somente reforçar a importância da atividade física como um fator de proteção, como também alertar e referenciar a um profissional capacitado para tal assistência, uma vez que a minoria das gestantes relatou ter recebido orientação sobre a atividade física nesse período.

A inadequação do sono e do repouso, na maioria das gestantes, poderá favorecer o surgimento de agravos a sua saúde e a do feto. O repouso físico e psíquico pode beneficiar tanto a mãe quanto o feto, sendo recomendado incentivar as gestantes a ter o sono de pelo menos oito horas por dia em decúbito lateral. Esta posição facilita a descompressão da veia cava. A partir da 20^a semana, a gestante deve repousar após o almoço, durante uma hora e meia (NEME, 2002).

Quando se observa que as gestantes pouco são orientadas no quesito cafeína e medicação, apenas 4 e 5, respectivamente, entendemos que há uma lacuna na assistência ofertada durante a consulta de enfermagem. Há muito tempo, tenta-se correlacionar o hábito de tomar café com alterações cardiovasculares. Também, sempre se procurou estudar a influência de vários alimentos, incluindo o café, na hipertensão; e as transformações existentes atualmente permitem dizer que esta aumenta logo após a ingestão de uma cápsula de cafeína. Todavia, há estudos demonstrando que esse efeito não é permanente ao longo do tempo, em todos os indivíduos, mesmo com várias xícaras de café ao dia. Ou seja, alguns indivíduos permanecem com valores de pressão medidas antes de ingerir café ou cápsulas de cafeína, e outros não. Isto

sugere uma resposta diferente para pessoas diferentes, possivelmente dependente do genótipo de cada pessoa (LIMA *et al.*, 2010)

Revisões recentes apresentaram resultados conflitantes que podem ser explicados por diversos vieses tais como, o tabagismo (bebedores de café fumam mais), o estresse, o consumo de álcool, a frequência de ingestão da bebida, o *status* da hipertensão, a genética, a forma de obtenção do dado de ingestão quantitativa do café, os métodos de preparo, fontes e tipos de café, a presença de substâncias antioxidantes no café e a tolerância à cafeína, entre outros (LIMA *et al.*, 2010).

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Assim, é importante frisar que há danos causados pela prática da automedicação. O uso de medicamentos na gestação merece especial atenção pelos riscos potenciais ao feto em desenvolvimento. As drogas hipertensoras e teratogênicas podem causar efeitos irreversíveis na gestante (CASTRO; PEPE; LUIZA, 2004).

Condutas preventivas e de controle do risco para SHEG

As condutas executadas pelas gestantes para a prevenção e/ou controle dos fatores de risco da SHEG não eram praticadas uniformemente, como se segue: 14 consumiam a quantidade de sal adequada; 15 usavam gordura vegetal; 9 preferiram vegetais (frutas e verduras); 11 optaram pelo consumo de carnes brancas; 14 abstinham de tabagismo; 11 praticavam caminhada regularmente; 10 mantinham sono e repouso adequados; 13 ingeriam

até 100ml de café ao dia; 11 afirmaram ingestão hídrica diária adequada; 10 gerenciavam o estresse e mantinham o peso corporal adequado.

A não uniformidade das condutas sobre práticas de condutas preventivas e de controle de fatores de risco para a SHEG revela distância das gestantes de uma consciência pró-ativa no cuidado da saúde materna. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantado em 2000, vem propor a progressiva difusão dos conhecimentos e promover o empoderamento dessas gestantes (BRASIL, 2000b; ABOUZAHAR; WARDLAW, 2001; BRASIL, 2002).

Diante dos achados, o pré-natal constitui-se uma ferramenta imprescindível na prevenção e/ou controle de problemas de saúde que possam influenciar na saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Santos e Silva (2002) argumentam que a consulta de enfermagem deve constituir um espaço favorável para a exposição de queixas do cliente, para a identificação das demandas ou necessidades de autocuidado quanto ao aspecto biopsíquico e socioespiritual e às capacidades do cliente para o exercício das atividades de autocuidado.

A educação em saúde, como pluralidade de ações para promoção da saúde, necessita ser praticada por meio de estratégias didáticas que transformem os indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (CATRIB *et al.*, 2003).

Segundo Acioli (2008), muitas das práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros mantêm este enfoque educativo preventivo, mas sem incorporar a compreensão dos fatores determinantes dos problemas de saúde ou, ainda, as necessidades e saberes da população traba-

lhada. É necessário, portanto, que os profissionais atuem junto a essas mulheres de modo mais efetivo, assegurando, assim, que elas adquiram condições favoráveis à adoção de hábitos de vida saudáveis.

Mudanças comportamentais ocorridas a partir da consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem constitui um momento educativo que visa preparar tanto o indivíduo quanto a família para o autocuidado, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (SANTOS e SILVA, 2002).

O acompanhamento das gestantes na consulta de enfermagem possibilitou mudanças de atitudes com vista à prevenção e controle dos fatores de risco para a SHEG e modo uniforme, como geralmente acontece durante um processo educativo.

[...] eu me lembro de algumas coisas [...] a gordura de porco faz muito mal a saúde e os alimentos salgados [...] (G7).

[...] agora eu sei que sal, gordura, cigarro, briga, aumento da pressão, idade causam SHEG [...] (G15).

[...] mas eu não me lembro muito, pois foi muita coisa que as enfermeiras falaram [...] me lembro que o ataque da gravidez acontece nas mulheres pretas, muito nova e meia velha para engravidar, e pressão alta [...] (G14).

Parece paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicações e ter frequentado o pré-natal, chegue no último mês desconhecendo as medidas básicas de promoção e prevenção da saúde, bem como os fatores de risco para a SHEG.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para o enfermeiro desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar. Neste contexto, torna-se necessário o uso da tecnologia em saúde como instrumento a colaborar na construção do conhecimento dessa população para disseminar informações como proteção aos agravos da SHEG. Quando é desenvolvida com e para as gestantes vêm facilitar a realização de um trabalho, bem como viabilizar o entendimento e aplicação de uma ação (SCHALL e MODENA, 2005).

Dessa forma, a Tecnologia em Saúde é usada como forma de intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças; ou para promover a reabilitação ou cuidados em curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2005).

As gestantes estavam satisfeitas com o acompanhamento do enfermeiro, em decorrência do aprendizado ocorrido.

[...] eu aprendi coisas que eu não sabia da hipertensão, e como prevenir [...] (G10).

[...] as orientações são boas, a gente tira dúvidas, é bom saber disso [...] (G11).

[...] eu acho que o acompanhamento é importante, porque explica para nós, o que é a doença, como tratar e evitar num é? [...] (G6).

Quando se trata de educação em saúde, percebe-se que as possibilidades de aprendizado dependerão de situações provenientes de muitos profissionais. Dentre eles, o profissional enfermeiro vem com uma proposta de fazer os controles periódicos, garantir as consultas, prover uma área física adequada e oferecer a atenção necessária às gestantes predisponentes em desenvolver a SHEG.

A consulta de enfermagem capacita e proporciona as gestantes a um autoconhecimento e também a um conhecimento embasado na satisfação, uma vez que esse tipo de atendimento engloba diversos aspectos que viabiliza o bem-estar e o envolvimento da mulher grávida em todo o contexto de educação em saúde.

A consulta do pré-natal é o espaço que inclui o comparecimento da gestante na unidade de saúde, em no mínimo seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Esses momentos devem estar voltados para a avaliação clínica ginecológica e obstétrica das gestantes, permeados pelo processo educativo (SILVA, 2009).

Para algumas gestantes, o acompanhamento favoreceu mudanças nos hábitos, com repercussão na saúde e no bem-estar.

[...] aprendi a me cuidar, como diminuir o sal e fazer caminhada, me manter saudável. (G10).

[...] agora eu faço caminhada, diminui o sal ... procuro descansar, não ter raiva. (G11).

[...] com certeza mudei, não só na gestação, mas pra minha vida, pois quando se tem orientações fica mais fácil (G12).

O enfermeiro, durante o pré-natal, deve estar atento em promover a interpretação e a percepção que a própria gestante tem em relação a sua experiência de maternidade diante de vários contextos, tais como a família, o ambiente, as mudanças físicas, psicológicas e sociais. Assim, conhecer as reais necessidades de aprendizagem das gestantes é considerar a importância do empoderamento da cliente na determinação do seu autocuidado. A consulta de enfermagem consiste em oportunidade de vinculação e de interação com a gestante, de aproximação, de efetivo contato com o ser humano. O enfermeiro entra em contato direto com o cliente, possibilitando desvelar a compreensão, a descoberta de dados que subsidiam todo o seguimento de seu estado de saúde e doença. Este espaço de relações em que se evidencia o cuidado põe em ação a escuta atenta, a observação e a tomada de decisão (ZAGONEL, 2001).

Para outras gestantes, o acompanhamento não alterou seus hábitos, embora tenham admitido que entenderam as orientações educativas.

[...] continuo do mesmo jeito, porque vivo do mesmo jeito [...] mas acho que entendi o que as doutoras falaram. (G13).

Não mudei porque o que eu comia não faz mal [...] eu não exagero. Só que agora eu sei de tudo isso, antes eu não sabia de nada. (G8).

Em estudo realizado por Sassi *et al.* (2007) revelou-se que, em relação ao conhecimento sobre pré-natal, a maioria das gestantes (95%) afirmou desconhecer sua utilidade; 41% afirmaram que a mulher deveria ir ao médico no primeiro mês de gravidez. A quase totalidade (96%) ressaltou que toda gestante deveria realizar pelo

menos seis consultas durante o pré-natal. Como podemos perceber, apesar das orientações de enfermagem, as gestantes citadas no estudo não incorporam mudanças nos seus hábitos e nem realizam os cuidados orientados.

Outras gestantes admitiram a necessidade de adoção de hábitos saudáveis.

Eu sei que preciso mudar, não só durante a gravidez, mas durante toda a vida. (G7).

Preciso me cuidar para cuidar dos meus filhos [...] imagina agora que sei muitas coisas para evitar doença na gente e no bebe. (G12).

Não consigo mudar, porque não consigo controlar minha alimentação e muito menos fazer caminhada, mas sei que devo mudar. (G13).

Adotar hábitos de vida saudáveis está intrinsecamente associado às questões socioeconômicas e culturais. Não basta impor-lhes as mudanças necessárias para uma vida saudável. É fundamental fazer com que essa clientela se empodere das suas responsabilidades e passe a assumi-las. Porém, é preciso entender o mundo em que essas gestantes pertencem, suas percepções, seus sentimentos, a sua forma de agir. Somente a partir deste entendimento é que acharemos subsídios para compreender a ausência da incorporação de hábitos saudáveis no cotidiano.

A assistência pré-natal não deve focalizar apenas no biológico para ser adequada, sendo imprescindível organizá-la a partir de necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante. Para tanto, necessário se faz que o enfermeiro esteja preparado para ouvir as queixas das gestantes e esclarecer suas dúvidas, intervindo melhor com atividades de educação em saúde mais adequadas (RIOS e VIEIRA, 2007).

Entre as gestantes, sobressaíram aquelas que se tornaram agentes multiplicadoras das informações recebidas entre os familiares, amigos e outras pessoas do seu convívio.

Já falei para minha prima que é perigoso fumar cigarro e tomar cerveja. (G6).

Agora eu vivo dizendo para quem eu conheço que pressão alta é perigosa, pois pode matar a gente e a criança. (G8).

Se me perguntarem, aí eu falo tudo que aprendi aqui, pois só vai fazer o bem a pessoa. (G11).

Sendo o pré-natal um espaço adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, entendemos que o processo de educação em saúde é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser cidadã (RIOS e VIEIRA, 2007). Santos *et al.* (2007b) reforçam a ideia das ações educativas as quais convergem para uma assistência mais efetiva e eficiente. Estas ações, uma vez vivenciadas por grupos de gestantes, favorecem o engajamento no autocuidado e possibilitam a socialização dos conhecimentos.

As gestantes que tomaram posse do seu papel como sujeito de transformação do meio em que habitam multiplicaram as informações que receberam com aqueles que fazem parte de seu convívio. Isso leva a crer que cada indivíduo tem a sua contribuição a ofertar, desde que ele dê o primeiro passo e se conscientize do seu compromisso como cidadão atuante na prevenção e promoção da saúde.

As gestantes sugeriram que as consultas com a equipe de saúde fossem semelhantes às consultas que compuseram este acompanhamento, uma vez contribuiriam para a promoção da saúde da gestante e da criança.

Que a gente sempre tenha orientação em consultas do pré-natal. Nas outras gravidezes não tive nenhuma orientação. Acho que foi por isso que perdi meu filho, né? (G11).

Que nas consultas se falasse mais sobre riscos da gravidez. Não tive nenhuma orientação sobre pressão. O que eu já sabia era através de mulheres que tinham tido eclâmpsia e de pessoas que conheciam alguém que teve pressão alta na gravidez. (G12).

O médico é que não fala nada, a enfermeira ainda orienta. (G14).

Tomara que a gente continue tendo esse atendimento tão bom! Para mim foi bom demais, não tenho do que me queixar. (G15).

Quando bem elaborada e direcionada, a consulta de enfermagem ao pré-natal favorece as ações educativas a satisfazer as necessidades das gestantes que procuram os serviços. Os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS e VIEIRA, 2007).

O período pré-natal é propício para a preparação física e psicológica para o parto e o nascimento e como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar.

Estudos sobre a importância do pré-natal ou, especificamente, sobre ações educativas no pré-natal,

mostram que, mesmo tendo realizado as consultas, com orientação, as gestantes se sentem insatisfeitas com relação ao parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido (ARAÚJO, 1999; PEREIRA, 2002). Estes resultados reforçam a preocupação com os métodos com que as ações educativas na consulta do pré-natal estão sendo realizadas. Esses achados são divergentes, quando encontramos uma satisfação por parte das gestantes no atendimento de pré-natal, principalmente, voltadas para as consultas de enfermagem. Diferentemente, as gestantes abordadas pelo enfermeiro sentiram, em geral, informadas.

As altas taxas de morbidade e de mortalidade materna ainda permanecem como desafio e a qualidade da atenção pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. A consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento de suma importância, pois têm como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações preventivas e promocionais às gestantes. É requerido do profissional além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica (RIOS e VIEIRA, 2007).

A consulta de enfermagem no pré-natal é uma importante tecnologia para a prevenção não só dos fatores de risco para SHEG, como de outras morbidades que possam vir a acometer a mulher no período gravídico. Quando a consulta se faz sem pressa, com dedicação e principalmente escutando as queixas e anseios da gestante, tudo flui mais fácil.

Durante esses três meses que acompanhamos essas 17 gestantes, tivemos a nitidez de que as mudanças que aconteceram no estilo de vida dessas mulheres, quando estas assimilaram o porquê da comida com pouco sal por exemplo, elas passaram a fazer da maneira correta. Quando comparamos os dados da entrevista inicial e final, chegamos à conclusão de que, para a maioria, o estilo de vida melhorou, assim como o conhecimento acerca dos fatores de risco e das condutas de controle da SHEG.

Tornamos claro, neste estudo, que as discussões sobre a consulta de pré-natal na perspectiva de tornar públicos os fatores de risco para a SHEG entre gestantes e familiares precisa ser disseminado e tomado como responsabilidade de cada profissional que realizam atendimento pré-natal. Outras abordagens devem ser feitas para que a consulta de enfermagem se efetive cada vez mais como meio de prevenção e controle da SHEG. Os profissionais precisam ser capacitados e estimulados a exercer essa tarefa com empenho, afinal quando se tem segurança naquilo que faz e que diz, os clientes passam a ter mais confiança no profissional, tornando assim a consulta de pré-natal uma tecnologia eficaz na prevenção dos fatores de risco da SHEG.

Referências

ABOUZAH, C; WARDLAW, T. La mortalidad materna AL término de una década: ¿hay indicios de progreso? *Bull World Health Organ.*, v.79, p.561-568, 2001.

ARAÚJO, R.T. Importância da educação para a saúde na assistência pré-natal expresso por gestantes de um Centro

de Saúde. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO NORDESTE, 16, *Anais...* Aracajú. 1999. p.5-11.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Rev. Bras. Enferm.*, v.61, n.1, p.117-21, 2008.

ALVES, VA. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004 e fev.2005.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Risk factors associated with pre-eclampsia in healthy nulliparous women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v.177, p.1003-10, 1997.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Área temática de saúde da mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163P.

_____. Ministério da Saúde. *Programa humanização do parto*: Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Assistência Pré-Natal*: manual técnico. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 66P.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal*: normas e manuais técnicos. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução 196/96. Brasília (DF): MS; 1996.

CASTRO, C.G.S.O.; PEPE, V.L.E.; LUIZA, V.L. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.1, p.582-3, 2004.

CATRIB, A.M.F; PORDESUS, A.M.J; ATAÍDE, M.B.C. *et al.* Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G. T; VIEIRA, N.F; VARELA, Z.M (Org.). Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

CEARÁ. SECRETARIA DO ESTADO DO CEARÁ. *Mortalidade Materna: análise da situação no Ceará – 1997-2005*. Fortaleza, 2007.

CHAIM, S.R.P.; OLIVEIRA; S.M.J.V.; KIMURA, A. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatal ao nascimento. *Acta Paul Enferm.* v.21, n.1, p.53-8, 2008.

COSTA, J.S.D.; BARCELLOS, F.C; SCLOWITZ, M. L. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.88, n.1, jan. 2007.

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M. Características das mulheres e assistência pré-natal. In: _____. *Avaliação de atualidade de maternidade: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luís: UNICEF, 2000. p.33-6.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2010). Hipertensão em situações especiais. Cap 8. Revista Bras de Hipertens, v.17, n.1, p.52-56. Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf > . Acesso em: 29 set. 2011.

DUNCAN, B.B.; SCHIMDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. *Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidência*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

FERRÉ, F.; CARBONNE, B. Gravidez e hipertensão. *Rev. Scient. Amer.*, v.7, n.2, p.72-8, 2005.

FREITAS, F.; COSTA, S.H.M.; RAMOS, J.G.L.; *et al.* *Rotinas em obstetrícia*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALAVOTE, H.S.; PRADO, T.N.; MACIEL, E.L.N. *et al.* Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.231-40, 2011.

GEMELLI, R. D. *Gestação e hipertensão*. Disponível em: < <http://www.jakobi.com.br/gestacaohipertensao.htm> > . Acesso: 15 mar. 2011.

HARTMANN, S.; BUNG, P. Physical exercise during pregnancy: physiological considerations and recommendations. *J. Perinat. Med.*, v. 27, p.204-15, 1999.

LEAL, M.V.P. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. *Rev. Brasileira em Promoção da Saúde*, v.17, n.1, p.21-6, 2004.

LIMA, F.E.T.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. *Fam. Saúde Desenv.*, v.3, n.1, p.63-9, 2001.

LIMA, Y.M.S; MOURA, M.A.V. Consulta de Enfermagem no pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. *Rev. de Pesq: Cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, n.1/2, p. 93-9, 2005.

LIMA, F.A.. Café e saúde humana: um enfoque nas substâncias presentes na bebida relacionadas às doenças cardiovasculares. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.23, n.6, dez. 2010.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NATIONAL AND STATE – Specific pregnancy rates among adolescents – United States, 1995-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* v.49, p.606-11, 2000.

NEME, B; PARPINELLI, M. Síndrome hipertensiva na gravidez. In:_____. *Neme B. obstetricia básica*. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p.178-81.

_____. Fisiopatologia da pré-eclâmpsia: ilações terapêuticas preventivas. *Go Atual*, v.11, n.7, p.24-6, 2002.

_____. *Obstetricia básica*. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NOBREGA, A.C.L.; CASTRO, R.R.T; SOUZA, A.C. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Brasileira de Hipertensão*, v.14, n.2, p.94-7, 2007.

PASCOAL, E. F. Hipertensão e gravidez. *Rev. Brasileira de Hipertensão*. v.9, jul-set. 2002.

PERAÇOLI, J.C.; PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.627-34, out., 2005.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C.; Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.477-86, 2007.

RIQUINHO, D.L; CORREIA, S.G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. *Reben*, v.59, n.3, p.30-37, 2006.

SANTOS, Z. M. S. A; SILVA, R.M. *Hipertensão arterial: modelo educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza: UNIFOR; 2002.

_____. SILVA, R.M; ARAGÃO, K.S. Diagnóstico de enfermagem em gestantes com DHEG: Estudo de caso. *Nursing*, v.10, n.109, jun., 2007a.

_____. NEVES, M.G.; NASCIMENTO, J.C. *et al*. Auto cuidado da gestante adolescentes na prevenção dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v.20, n.3, 2007b.

_____. OLIVEIRA, F.M.L.; SILVA, M.P. Fatores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez. *Revista Brasileira em Promoção a Saúde*, Fortaleza, v.1, n.22, p.48-54, fev. 2009.

SANTOS, E. C. B.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M. *et al.* O cuidado sob a ótica do paciente diabético e seu principal cuidador. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v.13, n.3, p.397-406, 2005.

SASS, N.; SOUZA, E.; CAMANO, E. Sal, gestação e hipertensão. *Femina*, v.30, n.10, p.727-30, 2002.

_____. CESAR, J. A.; ULMI, E. F. *et al.* Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2157-2166, set. 2007.

SCHAL, V. T.; MODENA, C. M. As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). *Críticas e atenuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v.4, p.269-79, 2004.

SILVA, M. P. *Prevenção e controle do risco da síndrome hipertensiva específica da gravidez em adolescentes*. 2009. 80P. Dissertação. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciências da Saúde. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2009.

TEDESCO, R. P.; PARPINELLI, M. A.; AMARAL, E. *et al.* Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. *Rev. Cient. Med.*, v. 13, n.2, p.161-7, 2004.

VALADEZ, F. I.; ALFARO, A.N.; CELIS, R.A. Predictores de utilización de la atención prenatal. *Aten. Primaria*, v. 35, p.185-9, 2005.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: WESTAPHALEN, M.E.; CARRARO, T. E. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB, 2001.

2.3 Assistência Pré-Natal em Município da Amazônia Legal: um Estudo de Caso

Ingrid Botelho Saldanha Handell

Marly Marques da Cruz

Marina Atanaka dos Santos

Apesar de o Ministério da Saúde (MS) reconhecer os avanços que ocorreram após a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dificuldades persistem com relação ao acesso a serviço de pré-natal, particularmente para as mulheres de zona rural, de baixa renda e de menor escolaridade. Permanecem baixas as taxas de captação precoce das gestantes ao pré-natal e de atenção ao puerpério (PIROTTA e ESCUDER, 2008).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e infantil (componente neonatal). O PHPN visa acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, por meio do cumprimento de um conjunto de procedimentos para prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental da mulher à maternidade segura (KOFFMAN e BONADIO, 2005). Assim, a organização do pré-natal foi redelineada pelo MS, por meio do PHPN, o qual reafirma diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação à assistência perinatal.

A cobertura adequada do pré-natal por si só não garante os resultados desejados à redução da mortalidade materna e neonatal. Esta situação traduz a ineficiência dos serviços de saúde para garantir um atendimento adequado, traduzido não apenas no número de consultas, mas

também na qualidade do atendimento oferecido (KOFFMAN e BONADIO, 2005).

Dentre as ações para a redução da mortalidade materna no país, destaca-se o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja meta era de reduzir em 15 % a Razão de Mortalidade Materna (RMM) até o fim de 2006 e em 75 %, até 2015 (BRASIL, 2004a). Para além disso, foi instituído, em 2006, o Pacto pela Saúde, envolvendo os três níveis de governo, com a proposta de que a partir da sua assinatura, os gestores assumissem o compromisso de cumprir com o conjunto de responsabilidades que compõe o Pacto pela Saúde. Este se divide em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS e dentre suas metas destacam-se: a redução da mortalidade infantil e materna e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006a).

De acordo com o que preceitua o Pacto pela Saúde, o município de Cuiabá, Mato Grosso, assinou o Termo de Compromisso de Gestão em 17 de abril de 2008, por meio da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 18. Contudo, não foram promovidas mudanças significativas, pois, seguindo o preceito da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS), o município foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, em junho de 1998, tornando-se responsável pela gerência de todas as unidades de saúde, rede própria e contratada. Assim, apesar de ter ocorrido aumento na proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas e do aumento da captação precoce da gestante para o pré-natal, a mortalidade materna e perinatal é ainda muito elevada, tanto no Brasil quanto em Mato Grosso e, principalmente, em Cuiabá. Essa realidade pode ser observada no gráfico 1, apresentado a seguir (HANDELL, 2010).

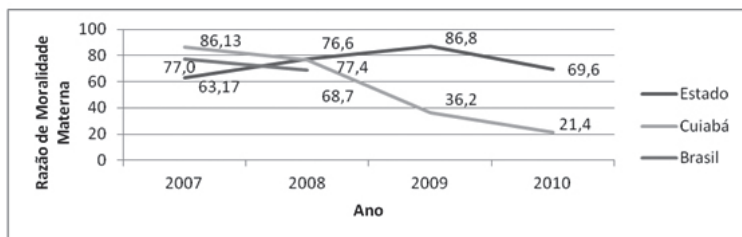


Gráfico 1 – Razão de Mortalidade Materna no Brasil, Mato Grosso e Cuiabá

Fonte: Datasus 2012.

Considerando a relevância da assistência pré-natal à saúde da população, procurou-se descrever as estratégias utilizadas na melhoria da assistência pré-natal do município de Cuiabá, conforme a preconização do PHPN. Essa iniciativa possibilita conhecer intervenções, fornecer informações importantes aos que tomam decisões, identificar efeitos imprevistos, avanços, obstáculos, relacionando-se diretamente à capacidade de utilizar os resultados de uma pesquisa para tomar decisões sobre como melhorar uma política, um programa ou uma ação (HARTZ *et al.*, 1997).

O que se passa a apresentar fez parte da pesquisa “Avaliação da implementação da assistência pré-natal no município de Cuiabá: um estudo de caso”, para a qual foram selecionadas duas Unidades de Saúde da Família (USF), com regularidade no atendimento da assistência pré-natal, localizadas na área urbana do município. Essas USF’s foram selecionadas por consenso entre representantes da área técnica da saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, que forneceram informações chave para a definição. Como critério de inclusão, foi considerado o tempo de implantação: Caso 1 – mais tempo (9 a 10 anos) e Caso 2 - menos tempo (1 a 2 anos).

Considerou-se o estudo de caso elemento norteador desta descrição, que, na concepção de Yin (2005), é utilizado em muitas situações para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos. O caso no estudo é tomado como unidade significativa de um todo, como o fornecedor de uma fonte de explicações, sendo assim suficiente para fundamentar um julgamento fidedigno ou para tomar decisões a seu respeito (CRUZ, 2006). Além disso, as evidências para um estudo de caso podem vir de múltiplas fontes de dados, aumentando assim a validade de construção de um caso. Dessa forma, optou-se pela convergência de dados ou triangulação de métodos, utilizando diferentes fontes de dados (YIN, 2005).

Os critérios selecionados para o olhar sobre os componentes estrutura e insumos foram: capacitação dos profissionais, equipes de saúde completas, protocolos de atendimento e disponibilidade de recursos de apoio visual para as atividades educativas, salas adequadas para as consultas de pré-natal, farmácia e medicamentos disponíveis, e posto de coleta de exames laboratoriais. Esses dados foram obtidos pela aplicação de questionário ao responsável pela USF, ou profissional de saúde ou a direção da atenção básica, bem como pela observação direta da farmácia e posto de coleta.

O olhar sobre a conformidade da assistência pré-natal das duas USF's foi dirigido pelas seguintes recomendações do PHPN: captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério; registro de intervenções, tratamentos, resultados de exames e queixas das gestantes no prontuário; oferta do VDRL e do teste

“anti-HIV”; e atividades educativas (BRASIL, 2006b). Esses dados foram obtidos por meio da revisão de prontuário, o que ressaltamos ter sido um fator limitante, uma vez que impera a prática do subregistro pela maioria dos profissionais de saúde do universo pesquisado.

Foram revisados 69 prontuários de gestantes cadastradas no SISPRENATAL que estivessem no terceiro trimestre de gestação ou que tivessem finalizado o pré-natal entre agosto de 2008 e setembro de 2009, sendo que 30 prontuários foram da USF - Caso 1 e 39 da USF - Caso 2. O parâmetro para classificação do grau de implementação foi baseado no modelo de Cosendey (2003), em que 80,0% ou mais de alcance do esperado é considerado como implementado; alcance de 40,0% a 79,9% como parcialmente implementado; e alcance menor que 40,0% como implementação crítica. Essa categorização foi desenvolvida utilizando-se os dados provenientes dos questionários, da observação direta e dos prontuários ambulatoriais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), conforme Parecer Nº 141/09.

Assistência pré-natal em município da Amazônia legal

Nos casos 1 e 2, as consultas de pré-natal eram agendadas para apenas um dia da semana. Esse agendamento de consultas é realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) que prevê o fluxo de clientela como atendimento por demanda espontânea. Observou-se, durante o estudo, que uma puérpera deixou de ser atendida, pois não havia agendado a consulta, fato que retrata uma perda de oportunidade do serviço de

atender uma usuária com elevado potencial de necessidades, tanto relacionado a si quanto ao recém-nascido.

Componentes estruturais

Destaca-se a capacitação de 75 % e 50 % dos recursos humanos das duas USF's (casos 1 e 2), respectivamente. A capacitação dos profissionais é um dos quesitos fundamentais para a qualidade do pré-natal, pois a atualização e o domínio do conhecimento técnico-científico juntamente com a criatividade e com a consciência da qualidade asseguram melhor nível de atendimento à clientela.

As equipes de saúde dos dois casos estavam compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, porém uma encontrava-se sem médico. Nesse último caso, correspondendo a uma implementação parcial.

Quanto à existência de protocolo de atendimento e de recursos de apoio visual para as atividades educativas com gestantes, as duas USF's apresentaram-se com implementação crítica, pois não dispunham desse tipo de materiais. Chamou a atenção à informação fornecida por um dos trabalhadores de que não era permitida, pela Secretaria Municipal de Saúde, a fixação de cartazes nas unidades. Essa realidade pode ter resultado de danos à pintura ou ao acabamento das paredes da USF pela fixação inadequada de cartazes e outros informes, o que gera despesas aos gestores. Contudo, a proibição de uso de cartazes não é a solução, mas sim o uso de materiais apropriados para fixação que não causem esses danos ou a preparação de espaços nas próprias paredes das USF, que sejam adequados para fixação desses materiais.

Em relação à disponibilidade de salas adequadas para o atendimento pré-natal, observou-se que as USF's tinham planta física e recursos materiais adequados para a oferta da assistência pré-natal, atingindo o padrão mínimo de conformidade estabelecido pelo MS para esse critério, o qual foi avaliado como implementado.

Nos dois casos, havia farmácia, porém a proporção de gestantes que recebeu medicamentos quando necessário culminou em atividade parcialmente implementada no caso 1 e com implementação crítica, no caso 2.

Ambas as USF's tinham posto para coleta de exames laboratoriais, porém não disponibilizavam geladeira para acondicionar o material coletado, bem como alguns medicamentos como a insulina e também as vacinas. As amostras de material de exames eram acondicionadas em caixas de isopor (Caso 1) ou ficavam expostas sobre uma mesa (Caso 2). Nos dois casos, as amostras chegavam a permanecer por mais de quatro horas aguardando para ser transportada até o laboratório. Nessa situação, as USF's descumpriam com os procedimentos de transporte e de acondicionamento dos materiais coletados pondo em risco a segurança dos resultados. A exposição dos materiais de exames em temperatura ambiente (na maioria das vezes acima de 30°C em Cuiabá) e o tempo para encaminhamento ao laboratório comprometem a integralidade e a estabilidade do material.

Assim, nos componentes estruturais, as USF's (casos 1 e 2) apresentaram-se parcialmente implementadas, com alcance de 67,9% e 64,3% respectivamente, ou seja, o tempo de implementação que diferenciou essas duas USF's praticamente não influenciou o resultado final de implementação.

Dimensões da conformidade

Observou-se que 84,6% de gestantes do Caso 2 iniciaram o pré-natal antes de 120 dias, apresentando-se como implementada, enquanto que no Caso 1 apenas 70% foram captadas precocemente, apresentando-se como parcialmente implementada. Com relação à consulta puerperal, mais de 80% dos prontuários não apresentavam registros sobre essa atividade, sobre o que não se pode afirmar se o que ocorre é ausência de consulta no puerpério ou ausência de registro.

O número de consultas de pré-natal obtido por meio da contagem das datas de consultas registradas nos prontuários variou entre 2 e 14, em que 26,1% das gestantes tiveram de 2 a 4 consultas, 63,3% de 6 a 9 e 10,5% de 10 a 14 consultas. Esse indicador apresentou-se parcialmente implementado, com um índice de 75,0% em ambos os casos.

Nos prontuários avaliados do caso 1, foram encontrados 46,7% com registro de intervenções e/ou tratamentos, como resultados de exames e queixas das gestantes; no caso 2, apenas 25,6% dos prontuários apresentaram estes registros. A ausência de registro nos prontuários dificulta a tomada de decisão pelo profissional, além de prejudicar sua justificativa em meio a eventuais denúncias de negligência e/ou omissão de cuidado e representa um sério obstáculo no campo da pesquisa.

Exames como VDRL e “anti-HIV” são de extrema importância no pré-natal no sentido de diagnosticar e prevenir a transmissão vertical da sífilis e do HIV. No caso 1, foram registrados apenas 3,3% de alcance para o segundo VDRL e nenhum prontuário foi encontrado com registro para parceiro testado. No caso 2, foram registra-

dos apenas 7,7% de prontuários com segundo VDRL e nenhum com registro para parceiro testado. Além disso, o exame para detectar HIV só foi encontrado em 23,1% dos prontuários. Resultado semelhante foi obtido por Coutinho (2003), que, em seu estudo, apontou ausência de registro do teste “anti-HIV” em um terço dos cartões de gestantes analisados. Além disso, variáveis relacionadas às intercorrências maternas importantes como anemia, infecções do trato urinário, diabetes e sífilis também não foram encontradas na maioria dos prontuários.

Diante desse resultado, duas situações podem ser levantadas: ou o profissional não está solicitando os exames ou os resultados não estão sendo registrados nos prontuários. Vale ressaltar que as duas situações revelam séria omissão. Outrossim, as informações contidas nos prontuários permitem o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério. Assim, esta variável apresentou-se parcialmente implementada, com 58,5% de alcance no caso 1 e 59,0% no caso 2.

Não foi observado registro de atividades educativas em grupo com as gestantes nos dois casos. A realização de atividades educativas é uma prática preconizada pelo Ministério da Saúde e está entre os critérios recomendados para avaliação no instrumento de pesquisa do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (BRASIL, 2005).

Estudo realizado em sete USF's do município do Rio de Janeiro verificou divergência entre as informações referidas pelos profissionais, de que existiam salas para a realização de atividades educativas, com o achado de que poucas gestantes sabiam da existência de ações edu-

cativas em grupo. Esse fato sugere uma divulgação inadequada dessas ações ou a realização irregular das mesmas (NIQUINI *et al*, 2010) .

Outro estudo realizado em município de Minas Gerais observou que as atividades educativas em grupo nas USF's eram esporádicas e desenvolvidas sem protocolos e normas. Além disso, a maioria das gestantes desconhecia a existência dessas atividades, o que corrobora o encontrado neste estudo (COSTA *et al*, 2009).

Assim, as USF's pesquisadas (casos 1 e 2) apresentaram-se parcialmente implementadas nos seus componentes estruturais e dimensões da conformidade. Os gráficos 2 e 3 apresentados a seguir ajudam a visualizar esses resultados.

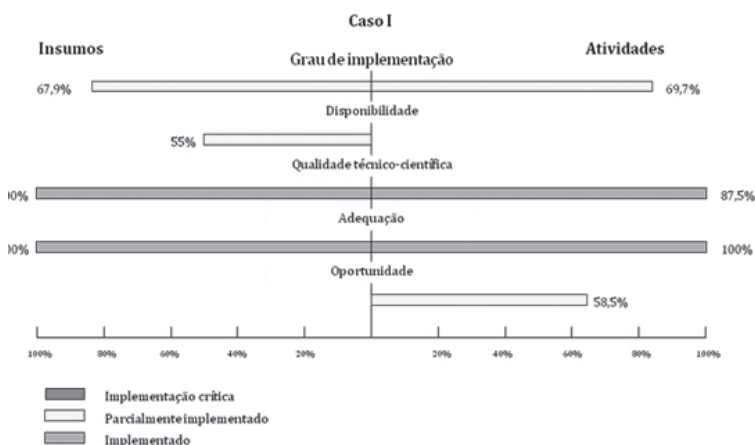


Gráfico 2 – Grau de Implementação da Assistência Pré-natal, Segundo Componentes Estruturais e Dimensões da Conformidade

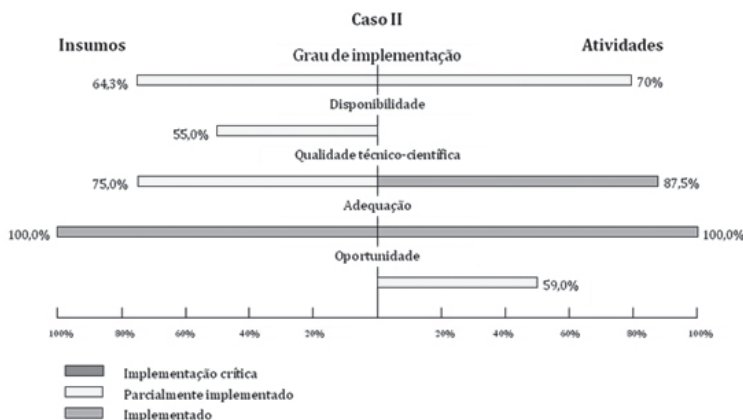


Gráfico 3 – Grau de Implementação da Assistência Pré-natal, Segundo Componentes Estruturais e Dimensões da Conformidade

A assistência ao pré-natal vem sendo realizada nas duas USF's (casos 1 e 2). Por meio de visão ampliada da qualidade mencionada no estudo, pode-se verificar que existem vários fatores dos contextos político-organizacional e externo que interferem na implementação da intervenção, refletindo na qualidade da consulta pré-natal oferecida às gestantes daquelas unidades.

Com relação ao processo de implementação da assistência pré-natal, esta foi parcial quanto à capacitação profissional, resultado que indica a necessidade de ampliar estratégias para capacitação sistemática das equipes locais, considerando-se fatores como a alta rotatividade e a reduzida disponibilidade de horários dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos.

Os resultados também demonstraram a necessidade de se promover mudanças de ordem estrutural e organizacional. Os aspectos ligados à disponibilização de in-

sumos (protocolos clínicos e recursos de apoio visual) e às atividades (registro em prontuários e oferta de seis ou mais consultas de pré-natal e uma de puerpério) estão sendo implementadas de maneira parcial ou crítica.

Ficou evidente a necessidade de se envolver gestores, profissionais de saúde e comunidade para que a implementação da assistência ao pré-natal nos casos 1 e 2 seja assegurada conforme o que se preconiza no PHPN.

Faz-se necessária adotar a cultura do monitoramento e da avaliação contínua como uma potente ferramenta para a produção de informações úteis na tomada de decisão e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade das ações do pré-natal.

Esta avaliação deve ser vista como um instrumento para subsidiar uma discussão no coletivo, acerca do que não está sendo efetivo, para que o gestor possa redirecionar as práticas e, dessa forma, atingir melhores indicadores de saúde nessas USF's e no município, compartilhando sucessos e desafios com as equipes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais*. Série Pacto pela Saúde. v. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília-DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Manual Técnico Pré Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada*. Série A.

Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Segurança e Controle de Qualidade no Laboratório de Microbiologia Clínica. *Regulamento Técnico para Laboratórios Clínicos*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*. Brasília, DF; 2005.

COSENDEY, M.A.E; HARTZ, Z.M.A; BERMUDEZ, J.A.Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, p. 395-406, 2003.

COUTINHO, T.; BUSTAMANTE, M.T.; DAIN, S. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2003.

COSTA, G.D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, Suppl 1, p.1347-57, 2009.

CRUZ, M.M. *Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para jovens: estudo de caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado), Rio de Janeiro, 2006.

HARTZ, Z.M.A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; LEAL, M.C. Avaliação do Programa Materno-Infantil: Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z.M.A (Eds.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro, Editora Fio-cruz, 1997. Cap 4, p.96.

HANDELL, I.B.S. *Avaliação da implementação da assistência pré-natal no Município de Cuiabá: um estudo de caso*. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz) Brasília, dez. 2010.

KOFFMAN, M.D; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev. Bras Saúde Matern. Infan.* Recife, v. 5, Supl 1, p.23-32, 2005.

NIQUINI, R.P.; BITTENCOURT, S.A.; LACERDA, E.L.A. *et al.* Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, v.10, Supl. 1, p. 61-68, 2010.

PIROTTA, K.C.M.; ESCUDER, M.M. O pré-natal e o puerpério na região da Baixada Santista: um panorama da atenção entre as mulheres com filhos menores de 24 meses. In: ESCUDER, M.M.L; MONTEIRO, P.H.N; PUPO, L.R. (Eds.). *Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista*. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 215, 2008. (Temas em Saúde Coletiva, 8).

YIN, R.K. *Estudo de caso, planejamento e métodos*. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

2.4 Percepções de Gestantes sobre Gravidez e Consulta de Enfermagem no Pré-Natal

Dafne Paiva Rodrigues

Maria Adelaide Moura da Silveira

Eryjocy Marculino Guerreiro

Ivana Rios Rodrigues

Ana Virgínia de Melo Fialho

Para algumas mulheres, a gravidez é algo muito desejado e junto a esse desejo, surgem ansiedades, curiosidades, medos e preocupações. Essa é uma fase que requer um acompanhamento de toda família, além do cuidado minucioso e dedicado de um profissional de saúde, direcionado não só aos aspectos físicos como, também, aos psicológicos.

É necessária a compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período gravídico-puerperal, fazendo-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa (BRASIL, 2006).

As ações de saúde desenvolvidas durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Seus objetivos são de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas e fetais, bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido (XIMENES, *et al.*, 2008).

O cuidado, como objeto de estudo da enfermagem deve ser planejado, individualizado e holístico, no aten-

dimento das necessidades humanas básicas da mulher, levando-se em consideração o contexto social ao qual esta pertence.

A Consulta de Enfermagem no pré-natal possibilita atenção integral à gestante, aonde seus aspectos socioeconômicos, culturais, familiares e psicológicos são considerados a fim de que o cuidado à gestante seja humanizado. Há troca de conhecimentos e experiências entre o enfermeiro e a cliente, como forma de minimizar anseios e medos, além de contribuir para o empoderamento da gestante no autocuidado e preparação durante o período gravídico-puerperal.

Diante disso, o reconhecimento, pelo enfermeiro, das modificações fisiológicas e psicológicas desse período tão complexo é imprescindível, a fim de que se possa prestar uma assistência eficaz, incluindo-se a identificação de eventuais complicações e direcionamento de um plano de cuidados condizente com as reais necessidades afetadas da mulher (RODRIGUES, 2005).

A escuta atenta se revela como um pilar importante para que as mulheres se sintam amparadas e seguras acerca das orientações recebidas. Essa estratégia concretiza um acolhimento diferenciado, baseado na emergência de novas formas de intersubjetividade entre clientela e enfermeiros, fundamentando na valorização da fala, das experiências e dúvidas das mulheres (BARBOSA, TEIXEIRA E PEREIRA, 2007).

Diante desse universo de sentimentos e significados que a mulher se apodera e fica envolvida durante a gravidez, tivemos como objetivo apreender percepções de gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal, o que possibilitou identificar sentimentos e aspirações dessas mulheres durante a vivência da gra-

videz e, além disso, analisar criticamente o processo de cuidar em enfermagem dispensada à mulher durante o período gestacional na assistência do pré-natal.

Percepções de gestantes

Foram ouvidas 12 gestantes que estavam no segundo ou terceiro trimestre gestacional e que tinham, no mínimo, quatro consultas de pré-natal na mesma gravidez; todas realizavam acompanhamento do pré-natal com consultas de enfermagem em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Fortaleza-CE.

Realizamos entrevista individual, gravada, cujo instrumento abrangeu tópicos relacionados às representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal. As perguntas da entrevista foram: Fale de sua experiência de gestante; e como você percebe a consulta de enfermagem no pré-natal? Foi utilizado o diário de campo para registro das impressões do pesquisador sobre reações das gestantes no momento da entrevista.

A análise das falas foi realizada de acordo com o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977), em que foi feita uma leitura flutuante, seguida da constituição do *corpus*, preparação do material a ser analisado, codificação, classificação e agregação em categorias. A análise das falas oriundas das questões propostas para a entrevista convergiu no estabelecimento de duas categorias: Vivenciando a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal. Para maior organização dos depoimentos, as gestantes foram identificadas com a letra “G”, seguida de algarismo arábico conforme a ordem da entrevista.

Vivenciando a gravidez

A descoberta da gravidez é percebida como uma experiência que comumente suscita sentimentos de surpresas no momento da constatação. A gravidez é desejada por muitas mulheres e, quando programada, a confirmação do diagnóstico torna-se motivo de felicidade.

Ao serem perguntadas sobre a experiência de gestar, algumas mulheres afirmaram estar passando por uma boa experiência e que era muito bom saber que iria ser mãe.

[...] tá sendo muito boa, eu me sinto muito bem quando ele mexe muito, tá sendo uma experiência excelente[...] Porque, eu tava doida para dá um irmãozinho ao meu filho[...] Uma experiência muito boa mesmo, muito boa mesmo. (G10).

Tô doida que nasça para eu ver logo. (G11).

Os depoimentos dessas gestantes revelam suas expectativas em conhecer logo seu tão esperado filho. Na fala seguinte, a entrevistada demonstra muita felicidade com a descoberta de sua gravidez e simboliza o momento com a palavra responsabilidade.

Uma coisa maravilhosa, muito importante[...] Saber que vai ser mãe né[...] Uma coisa muito ótima, muito boa ser mãe. Tá sendo ótima minha vida[...] Cuidar dos nossos filhos[...] É muita responsabilidade. A gente vai passar a vida da gente, tudo para eles. (G1).

No relato de algumas entrevistadas, a gravidez é percebida de forma positiva. A gestação vivenciada de forma positiva contribuirá para o desenvolvimento fetal saudável, pois o vínculo materno-fetal se forma de maneira

segura, tranquila, harmônica. Dessa forma, a mulher cuida melhor de si e da gravidez; enfrenta as diversidades com mais força e tornam-se um ser atuante durante o processo de parir (VASCONCELOS, 2009).

Percebe-se a fé e a espiritualidade muito presente na vida das gestantes entrevistadas. A gravidez, muitas vezes, é entendida como presente divino.

Às vezes, eu fico escutando muita gente que não pode ter filho [...] A gente que tem oportunidade de ter tem que dá graças a Deus ter isso na vida da gente, eu tô adorando, adorando mesmo, Ave Maria. (G10).

O lado bom da gestação [...] É está me sentindo feliz, como se estivesse recebendo um presente vindo de Deus. É meu primeiro filho, uma criança [...] Casada há 6 anos, chegou a hora. É uma experiência muito boa. (G2).

Para mim em primeiro lugar, a mão de Deus e o segundo significa amor [...] Porque esse é um presente que eu tenho orgulho de entregar na mão do meu esposo [...] A mão de Deus e o amor, reduzindo. (G3).

As mulheres fazem uma referência importante aos seus esposos, além de Deus. São mulheres casadas e que, juntamente com seus companheiros, idealizaram e sonharam com essa experiência de esperar um filho.

Bom, já tive três gravidezes com essa, mas essa é a única que realmente tô vivendo. Porque das outras eu engravidei, era junta, mas aí o pai era irresponsável, não cuidava de mim, fui moradeira de rua, ele me trocou por droga, então, eu não tive gravidez. Eu tinha que ser o homem e a mulher. E agora não, como eu lhe disse, nem trabalhando tô, tô só esperando meu bebê. (G3).

Os aspectos sociais, familiares e econômicos influenciam diretamente na vivência de uma gravidez. Mas, nem sempre a descoberta da gravidez suscita felicidade, alegria e esperança às gestantes. Muitas mulheres não desejavam estar grávidas e revelaram surpresa, decepção e medo.

Pra muitas pessoas, uma gravidez - tem muita gente que tem muita vontade de ficar grávida e não consegue - seria uma benção de Deus, mas para mim, nesse momento, é benção, mas não é tanto como eu esperei os outros. (G8).

Eu queria e não queria, né, eu queria que meu filho tivesse maior. Mas já que Deus mandou... Porque meu filho ainda é muito pequeno. Eu não sei o que vai ser de mim com esse menino pequeno e eu ainda ter outro. (G4).

Eu não queria, porque eu já tenho esses três e eu já sofri muito quando eles eram bebê, muito mesmo. E o sofrimento trás muita coisa ruim para a pessoa, né. [...] Agora que eu sou evangélica, nem tanto que eu não sofri tanto, tô firme mesmo na igreja, né... Ai eu tô mais ou menos... Quero e não quero, mas é assim mesmo, não posso fazer nada, já tô mesmo. (G8).

As mulheres que tiveram gravidezes não programadas e indesejadas demonstraram consolo e conformação de estarem esperando um filho pela existência da força divina, demonstrando mais uma vez que a fé religiosa é muito forte nessas mulheres.

Corroborando a pesquisa, estudo mencionou a gravidez como um desígnio divino a que os seres humanos estão sujeitos (HOGA, BORGES E REBERTE, 2010). A notícia da gravidez em famílias, que não haviam tido uma programação, com esta crença não trouxe tantos trans-

tornos, e todo seu transcorrer foi permeado pelos sentimentos de louvor e gratidão pela dádiva recebida.

Considera-se fundamental que os profissionais de saúde integrem as dimensões científica, religiosa e cultural na prática clínica.

A gravidez indesejada, principalmente, tratando-se de uma adolescente esperando o primeiro filho, gera sentimentos negativos:

Senti assim que fiz errado que ainda não tava na hora, eu não tinha programado. (G11.)

É meio estranho, sabe. Eu ainda não me adaptei muito direito com isso, eu acho esquisito [...] Eu entrei em desespero, com medo dos meus pais me expulsarem de casa, do pai não assumir, essas coisas, né. A gente fica com medo, né. Aí eu passei o dia chorando. Agora tá tudo normal. Meus pais não me expulsaram de casa sabe, mas aí eu ainda não me acostumei com a idéia de que tô grávida. (G12).

Fiquei assustada né, mas eu prefiro ter, porque tem muita gente que aborta, né. E eu sou contra isso, negócio de aborto não é comigo, de jeito nenhum, aí eu fui atrás de fazer as consultas do pré-natal bem direitinho (G6).

Fiquei nervosa, porque eu não sabia o que fazer [...] Aí eu disse para o pai do meu filho [...] Não esperava, mas depois que eu soube fiquei feliz de ser mãe de novo. (G9).

A adolescente G11, de 14 anos de idade, culpa-se por ter engravidado tão jovem e julga o momento de sua vida inadequado para esperar um filho. G12, uma adolescente de 16 anos de idade, também não planejou sua gravidez, o que lhe causou desespero e medo pela possível não aceitação de sua família e do pai de seu filho.

Sua família lhe apoiou e o seu companheiro também, no entanto, ela ainda não se adaptou com a nova realidade de sua vida.

Assim que eu soube mesmo, que eu fiz particular na época, eu comecei a chorar. Porque logo no começo assim, no início, eu não queria, eu não tava preparada, eu tava morando com a sogra, eu queria me estabilizar mesmo para ter uma estrutura para cuidar do meu filho, né [...] Ai eu descobri que tava grávida [...] Dois meses depois, eu comecei a pensar [...] E disse, não, é meu filho, eu tenho que [...] Pensei até em aborto [...] Eu não vou mentir, mas graças a Deus, eu tive muito apoio do pai dele, né [...] Ele me apoiou muito, disse que eu não ia tirar, porque isso não fazia bem, que podia fazer mal a minha saúde. Dos cinco meses adiante, aí pronto, a situação ficou totalmente diferente, graças a Deus. (G12).

Percebe-se como o social e o econômico influenciam a representação de uma gravidez para uma mulher. É imprescindível compreender que essa pode ser uma fase crítica para algumas pessoas, um período no qual os pais necessitarão realizar arranjos de ordem afetiva, familiar, econômica e social. Essas mudanças necessárias na vida presente e futura podem gerar, por algum tempo, insegurança, medo ou mesmo conflitos internos e também nas relações interpessoais (SILVA E SILVA, 2009).

Fica evidenciado que a gravidez vai além da função reprodutiva, apresentando-se associado a um dom divino, à possibilidade de gerar um novo ser, à responsabilidade sobre este, assim como a um fenômeno que representa o surgimento de novas necessidades pessoais e sociais (LIMA, 2006).

A gravidez é um momento de profundas e complexas mudanças na vida de uma mulher, sejam elas físicas, emocionais e/ou sociais. Essas mudanças iniciam-se pelos sintomas, normalmente desagradáveis, como é muito citado o enjoo da mulher grávida. O corpo se modifica, o que repercute de diferentes formas no emocional da gestante até a hora do parto.

Agora nesses últimos dias, eu tenho sentindo muito enjoo. No começo, eu não sentia nada não, mas agora [...] Todo dia de manhã, eu provoço e é chato demais, às vezes você quer comer, e não consegue comer, eu não tenho fome nessa gravidez, nas outras eu tinha fome, quase não como e me sinto muito mal todo dia. (G8).

Eu fiquei traumatizada, né, que eu não queria, não queria mesmo, eu só queria as duas meninas mesmo, aí eu fiquei numa sensação muito ruim, eu passei mal, eu fiquei magra, magra, senti enjoo demais. Agora eu não sinto mais coragem para fazer nada mesmo, só de dormir mesmo. (G5).

O enjoo é uma das mudanças que aparecem logo no início da gravidez e que incomoda muito as gestantes, influenciando na má alimentação. O peso da barriga, o cansaço, dificuldade para respirar e dormir foram pronunciados pelas entrevistadas como umas das mudanças que a gravidez acarreta no corpo.

Eu sinto o corpo pesado, dores nas pernas, pés um pouco inchados, cansaço, muito apetite, tenho dificuldade para dormir, a barriga mexe muito. (G2).

Tá normal, só que a única coisa que eu acho estranho é que eu não consigo dormir de noite, mas a doutora que eu faço acompanhamento disse pra mim que é

normal, porque eu já tô perto de ter. A sensação que a gente tem é essa. (G6).

Agora eu tô feliz, a experiência é boa e é ruim porque pesa muito, pesa, fico com os pés dormentes, fico muito sufocada, com dificuldade para respirar. E de bom é porque é tudo de bom. (G7).

Todo canto que eu ando, dá vontade de mijar, eu não consigo dormir direito, minhas pernas tão inchadas, sinto câimbras. (G11).

É indiscutível que a gravidez acarreta maiores mudanças na vida de uma adolescente que não se preparou para ser mãe.

Mudou tudo. Eu não saio mais, não viajo também, não tenho vontade de sair, parei de estudar, tem licença maternidade [...] Mas eu sei que não vou passar [...] Minhas roupas não cabem mais em mim, eu estou decepcionada, eu estou de guerra com o espelho, não me olho mais no espelho [...] mudou tudo, meu quadril tá mais largo, meus seios estão maior, minhas roupas não entram nenhuma, nem as grandes não entram. (G11).

Futura mãe que agora vai mudar os planos, né, da vida. Que eu tinha plano só meu, só para mim, eu não pensava em filho. Agora é só mudar os planos para dá uma vida melhor para minha filha, né? (G12).

Faz-se necessário que o enfermeiro identifique qual a percepção da gravidez para as adolescentes gestantes e tente compreender, no convívio com elas no pré-natal, suas vivências. Para isso, é necessário procurar descobrir os aspectos biológicos, sociais e psicológicos a fim de subsidiar a assistência de enfermagem sistematizada e fundamentada cientificamente. Desse modo, poderá aju-

dá-las a satisfazer suas exigências terapêuticas de autocuidado (ARCANJO, OLIVEIRA E BEZERRA, 2007).

[...] mudou muito assim é[...] O meu modo de pensar sabe, eu pensava muitas coisas que eu não penso hoje, certo... Porque a gente tem que pensar no filho da gente, né? (G10).

A gestação é permeada de alterações e mudanças. É período de transição; muitas coisas se transformam de maneira irreversível. É o momento que a mulher assume o compromisso de ser responsável pela vida e bem-estar de seu filho que vai nascer; é uma fase em que ocorrem inúmeras sensações, anseios, dúvidas, temores específicos e típicos da gestação, parto e puerpério (LIMA, 2006).

Curto[...] Passo as noites acordada agora no final da gravidez[...] Vejo ele mexer, já converso, brigo às vezes, que eu perco a paciência[...] Tá sendo, assim, maravilhoso. Tô ansiosa, assim, para a chegada[...] Não vejo a hora de ter nos braços, de ouvir o kuê kuê, chorando, gritando. Então, tá sendo maravilhoso, bem diferente das outras. (G3).

Ficou bastante evidenciado nessa categoria que cada mulher tem percepções bem particulares sobre a gravidez, influenciada pela sua vida social, familiar, religiosa e financeira.

A consulta de enfermagem no pré-natal

As gestantes narraram a importância da consulta de enfermagem no pré-natal para a saúde do binômio mãe-filho e percebem o pré-natal como um cuidado indispensável, visto que acompanha a saúde da gestante e

do bebê que está por nascer, prevenindo doenças e complicações. A ausculta dos batimentos cardíacos fetais foi citada por uma das gestantes.

É importante, vai acompanhando a criança, para saber como a criança tá, como eu tô, se minha gravidez tá sendo boa. (G9).

É muito importante na vida de um bebê que tá sendo gerado, tem que acompanhar bastante mesmo, para realmente nascer saudável. Vindo com saúde é o suficiente para todo mundo, para qualquer pessoa, qualquer mãe. (G8).

Quando a gente tá na sala, ela escuta o coração do bebê, eu acho legal, quando mostra a ultrassom e diz como ele tá, mas eu não vejo, não entendo. (G11).

Ela (enfermeira) orienta primeiramente para fazer o pré-natal tudo direitinho, bater ultrassom, principalmente, o exame de sangue [...] Para poder mostrar para detectar algum tipo de doença para poder logo no início da gravidez saber lidar com algum tipo de doença que tiver. (G6).

Ela (enfermeira) manda logo na primeira consulta para a gente tomar o ácido fólico e o sulfato ferroso e fala da alimentação da gente, além dos exames de sangue que a gente tem que fazer. Fiquei satisfeita. Fui muito bem atendida. (G4).

O acompanhamento do pré-natal é valorizado pelas entrevistadas pela oportunidade de realização de diversos exames, ultrassonografia, além de receber medicamentos como o ácido fólico e o sulfato ferroso desde o início da gravidez. Uma das gestantes compreende a importância desses exames para detectar alguma doença e depois tratá-la.

Eu acho muito importante, porque a gente tem que ter todo mês um acompanhamento. É tanto que, normalmente, nas consultas de pré-natal a gente tem que ter mais ou menos umas nove consultas e eu já tenho doze [...] Qualquer coisa que eu sinto, uma dor na unha, eu já venho aqui, eu corro pra cá, pro posto, porque, Ave Maria, eu sou muito cuidadosa com minha barriga [...] Tem que ter o pré-natal, porque sem o pré-natal, a gente não vai saber se é homem ou se é mulher, aquelas coisa né. (G10).

A gestante acima relata sobre a relevância da assiduidade mensal nas consultas. Ainda diz que, quando sente algum incômodo ou dor, procura imediatamente o acompanhamento do pré-natal. Percebe-se a confiança que é depositada ao serviço.

A percepção das gestantes acerca do cuidado pré-natal está evidenciada pela importância que as gestantes atribuem ao acompanhamento por consultas, que é um momento de diálogo entre o profissional, que se coloca à disposição das mulheres, estabelece parcerias, estimula um espaço de troca de experiência, minimiza ansiedades, atende necessidades, além disso, acolhe familiares e acompanhante (VASCONCELOS, 2009).

Ao ser interrogado sobre como percebia a consulta de enfermagem no pré-natal, a entrevistada (G2) lembrou que a consulta com a enfermeira havia sido seu primeiro contato no pré-natal e que nessa mesma ocasião foram solicitados alguns exames. Julgou esse primeiro momento como muito importante para todo o decorrer de sua gravidez.

A consulta da enfermeira no pré-natal foi o primeiro contato para colher dados, solicitação de exames. Foi de suma importância para o decorrer de toda minha gravidez. (G2).

Eficiente, ela é muito eficiente, ela procura ser sua amiga assim, tá sempre do seu lado, procura saber como você tá, é muito eficiente o trabalho dela. Ela é tipo amiga da gente, que ajuda a gente. (G11).

As gestantes perceberam a enfermeira que as acompanham no pré-natal como eficiente, amiga e atenciosa. A profissional se preocupa em saber como está sua cliente.

Eu acho muito importante [...] Ela acompanha a gente, a gente tem acompanhamento e tudo, ela conversa direitinho. A gente conversa melhor com a enfermeira do que com o médico. Eu pelo menos sou assim... Eu me sinto mais à vontade com a mulher do que o homem. Eu acho muito importante isso. (G10).

Percebe-se a importância do diálogo entre enfermeira-paciente para a qualidade do acompanhamento do pré-natal. O diálogo representa um pilar na relação enfermeira-gestante, uma vez que elas estão sendo orientadas a compreender as modificações que ocorrem nesses nove meses de construção de um novo ser (LIMA, 2006).

Vislumbramos a importância da educação em saúde como estratégia do enfermeiro no pré-natal para orientar e informar às gestantes sobre os cuidados necessários para uma gravidez saudável. Nas falas das mulheres, observa-se que o pré-natal é visto como um momento para se receber informações importantes, tanto para o cuidado da gestante como para o cuidado do recém-nascido.

Recebi orientação para tomar [...] Tinha que tomar banho de sol no peito durante o dia. De manhazinha, pego sol no peito, procuro fazer o bico, porque meu bico é assim para dentro assim [...] Eu tive dificulda-

de da outra vez, né. Aí agora eu peguei já bastante sol [...] Espero que daqui para lá saia bastante leite. Porque, Ave Maria, o leite é tudo na vida de uma criança. (G10).

Acho legal, ela dá várias informações que eu não sabia [...] Explicou sobre várias coisas, que tem que fazer massagem nos seios, que eu não sabia que tinha. (G11).

O cuidado e a preparação dos seios para o aleitamento materno foi citado nos depoimentos anteriores. É importante que a orientação para a mulher sobre o aleitamento seja realizada ainda no pré-natal, como forma de ela ter a oportunidade de falar de suas experiências anteriores, sejam positivas ou negativas, tirar suas dúvidas, reduzindo seus medos e ansiedades.

Nos seus discursos, as gestantes ainda relataram que a enfermeira falou sobre a importância e da necessidade de repouso na gravidez, além do cuidado com a barriga.

Ela disse que eu tinha que cuidar porque eu tava sentindo minha barriga muito dura, dura mesmo, aí ela disse que era muito preocupante, que eu tinha que tomar cuidado que tinha que ter mais repouso. Se não fosse ela, eu não sei não. (G10).

Ela falou tanta coisa, ela disse que eu tinha que ter mais descanso, alimentar-me bem, acordasse cedo, ter cuidado bem com a barriga. Espero que ela ainda me explique mais, sabe, assim, sobre amamentação, sobre se pode tomar remédio depois que tirar o nenê para não engravidar [...] *Porque tem mulher que pega quando tá dando de mamar [...] Para me informar melhor sobre essas coisas. (G11).*

O planejamento familiar é um fator importante para ser repassado para todas as mulheres grávidas ainda nas consultas do pré-natal. Essa é uma forma de se evitar gravidezes indesejáveis.

A orientação para o cuidado com o recém-nascido foi citado na fala da G6. Ela relata que a enfermeira utilizou uma boneca para ensiná-la como amamentar, como dar o primeiro banho, evitando que caia água no ouvido da criança. Essas informações e demonstrações são muito úteis para as gestantes, principalmente, para as primíparas, que vivenciam o nascimento pela primeira vez.

Ela ensinou como a gente amamentar, o primeiro banho, para eu cuidar para não entrar água no ouvido da criança. A primeira vez a gente pega logo uma boneca e ela ensina. (G6).

A Consulta de Enfermagem, nas percepções das gestantes, é um momento de se obter informações para a compreensão e enfrentamento do processo gestacional, o que contribui para o autoconhecimento, ajudando na identificação dos sinais e sintomas possíveis em cada trimestre da gravidez, dos seus medos, bem como dos seus mitos que envolvem o processo gestacional (LIMA, 2006).

Acrescentado à ideia supracitada, enfatiza-se a relevância da prática educativa por todo o ciclo gravídico-puerperal, com especial atenção durante a evolução da gravidez, pois é a partir dessa fase que a mulher vai assimilar e absorver as informações transmitidas pelo enfermeiro para, posteriormente, colocá-la em prática no puerpério. É a prática educativa que vai propiciar à mulher uma compreensão de suas transformações e alterações de papéis, com uma melhor preparação para

o momento do parto e para todas as peculiaridades do puerpério (MATIAS, 2007).

A educação em saúde realizada pelo enfermeiro na assistência pré-natal é uma forma de humanizar a atenção e o cuidado à mulher no período gestacional. É importante que o profissional utilize a escuta como meio de se apoderar das experiências, medos, dúvidas, angústias e representações das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal. A partir de então, o diálogo entre enfermeiro e gestante, além de familiares, torna-se imprescindível para minimizar as ansiedades e atender as necessidades dessa cliente.

Conforme o exposto, a gravidez foi percebida tanto de forma positiva quanto de forma negativa, a variar de acordo com a história de vida de cada uma das entrevistadas.

Mudanças físicas e emocionais decorrentes da gravidez proporcionam percepções desagradáveis: o enjoo, o peso da barriga, o ganho de peso, dificuldade para respirar e dormir. Portanto, é importante que o enfermeiro informe a gestante, desde o primeiro encontro, sobre essas mudanças que a gravidez ocasiona para que estas possam buscar processos de adaptação.

A assistência pré-natal foi percebida como relevante para a saúde do binômio mãe-filho. As gestantes valorizaram a solicitação de exames e as orientações de saúde transmitidas pelos enfermeiros. As estratégias de educação em saúde no pré-natal, desenvolvidas basicamente pelo enfermeiro receberam percepções positivas entre as gestantes.

O conhecimento do enfermeiro sobre as percepções que as gestantes direcionam a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal possibilita a adequação de uma assistência individualizada e humanizada de acordo com as necessidades de cada mulher.

Referências

BRASIL. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

XIMENES NETO, F.R.G.; LEITE, J.L.; FULY, P dos S.C. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.61, n.5, p.595-602, set-out, 2008.

RODRIGUES, D.P. *Representação social de puérperas sobre o cuidado de enfermagem recebido no ciclo gravídico-puerperal*. Tese (Doutorado). Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2005.

BARBOSA. M.A.R. da S.; TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. Consulta de Enfermagem – um diálogo entre saberes técnicos e populares em saúde. *Acta Paul Enferm.*, v.20, n.2, p.226-229, 2007.

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Pessoa, 1977.

VASCONCELOS, L.D.P.G. Representações Sociais das Mulheres Grávidas sobre o Cuidado Pré-Natal. 2009. Dissertação (Mestrado), Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará, 2009.

HOGA, L.A.K.; BORGES, A.L.V.; REBERTE, L.M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: Narrativas dos membros da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 14, n.1, p. 151-157, jan-mar, 2010.

SILVA, L.J. da; SILVA, L.R. da. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva dos pais. *Esc Anna Nery Enferm*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.393-401, abr-jun, 2009.

LIMA, M.G de. Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal. 2006. Dissertação (Mestrado). Brasília-DF: Universidade de Brasília; 2006.

ARCANJO, C.M.; OLIVEIRA, M.I.V.; BEZERRA, M.G.A. Gravidez em Adolescentes de uma Unidade Municipal de Saúde em Fortaleza-Ceará. *Esc. Ann. Nery Rev. Enferm*, v.1, n.3, p.445-451, set, 2007.

MATIAS, D.A. Orientações de enfermagem recebidas na gestação para a adaptação da mulher no puerpério: um olhar à luz das representações sociais. 2007. (Monografia de graduação em enfermagem). Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará, 2007.

PARTE 3

Promoção da Saúde: o Que é Possível na Assistência ao Parto e Puerpério

3.1 Ambiente Favorável ao Parto e Nascimento como Estratégia de Promoção da Saúde

Isolda Pereira da Silveira

Neiva Francenely Cunha Vieira

Lorena Barbosa Ximenes

Ana Fátima Carvalho Fernandes

O conceito de promoção da saúde expressa condições, atitudes e fatores que favorecem a abertura de novos rumos à qualidade de vida, decorrente de promover vida saudável, compartilhar plenamente seus potenciais, entender a reciprocidade entre as pessoas, as organizações e os grupos populacionais, inclusive os conflitos advindos desta interação. Admitir que as práticas sociais entre sujeitos sejam resgatadas aponta a necessidade de novos caminhos éticos para a sociedade (AKERMAN, MENDES, BÓGUS, 2004). Portanto, a promoção da saúde é o processo de planejar e realizar metas, cooperar e solidarizar-se nas práticas, favorecendo a autonomia da clientela e sua participação nas instâncias da vida em comunidade.

As mulheres, uma vez grávidas, sentem-se empoderadas em virtude do estado gravídico em si, mas também pelos direitos de que gozam conforme as leis sociais e trabalhistas que lhes respaldam. Entretanto, por outro lado, tornam-se fragilizadas e à mercê dos que lhes assistem e do próprio ambiente, sendo este último aspecto fundamental ao processo do trabalho de parto (SILVEIRA, 2010).

Sendo o parto um ato fisiológico e o nascimento uma dádiva sagrada, misteriosa, emocionante e plena para a mulher, é também momento ímpar do casal e da família, devendo ganhar ambiente confortável, silencioso, acolhedor, e favorável ao relaxamento psicofísico da parturiente

(CARVALHO; PINHEIRO; XIMENES, 2010). O ambiente doméstico foi por longo tempo cenário do parto normal sem intervenções e aceito pela sociedade. A partir do século XX, o parto tornou-se um processo institucionalizado e com necessidade de assistência hospitalar (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007). Essas mudanças continuam recebendo apoio dos órgãos governamentais, no país, até a atualidade, de certo modo medicalizado, com utilização de normas e rotinas instituídas para assistir ao parto normal.

Eventos internacionais sobre a promoção da saúde são destaques no panorama mundial. A primeira Conferência Internacional realizada em Ottawa no ano de 1986 enfatizou a paz, a habitação, a alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A Conferência de Adelaide realizada na Austrália, em 1988, apoiou à mulher na promoção da saúde, destacando suas preferências, necessidades e escolhas quanto ao parto (BRASIL, 2001).

Na Carta de Ottawa, foram referenciados os cinco campos de ação para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, reforço à ação comunitária, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (WESTPHAL, 2006).

Referir-se a ambientes saudáveis na área obstétrica, particularmente no processo do parto e nascimento, leva a refletir sobre a sala de parto como um ambiente favorável ao referido evento, a garantir conforto e bem-estar para a mãe, bebê e acompanhante, aspecto estimulante ao cumprimento da humanização do cuidado em Enfermagem Obstétrica.

Considerando relevante construir uma prática de Enfermagem Obstétrica pautada na promoção da saúde da

parturiente, tendo como embasamento teórico “ambiente favorável à saúde”, realizou-se o presente artigo com o objetivo de realizar uma reflexão crítica sobre a sala de parto como “ambiente favorável à saúde”.

Tratou-se de estudo reflexivo realizado como atividade de Disciplina do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado), da Universidade Federal do Ceará, no semestre I (março a junho de 2008). Foi conduzido pela leitura e análise reflexiva das autoras com relação a documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre Assistência ao Parto Humanizado e as cartas de promoção da saúde (Ottawa e Adelaide). As autoras acumularam experiência profissional nos campos da assistência e do ensino, envolvendo a assistência ao parto e a promoção da saúde.

A sala de parto como ambiente favorável ao parto e a promoção da saúde

Resgatando a história do parto, em 1982, em Londres, ocorreu um movimento a favor do parto por ocasião de um manifesto denominado “Comício”, cujas manifestantes lutavam pelo direito de parir. Foi um protesto contra hospitais que não aceitavam que as mulheres se movimentassem durante o trabalho de parto e era negado o direito à escolha sobre a posição de parir (BALASKAS, 1993).

A ambientação saudável da sala de parto conta a favor da liberdade da parturiente por uma melhor posição para o parto, emissão de sons que expressam seus sentimentos (de dor, medo, desejos), liberdade para tomar água, movimentar-se, dançar e relaxar o corpo. Instintivamente a mulher trabalha seu corpo, tornando-se apta para parir (SILVEIRA, 2010).

A esse respeito, cabe à enfermeira obstétrica e demais membros da equipe de saúde defender e fazer valer a ausência de interferência ao processo fisiológico do parto, dando à parturiente poder de decisão e ao mesmo tempo ajudá-la a vivenciar o processo natural do parto (MACEDO *et al.*, 2008).

Para que a experiência do parto seja saudável, a mulher deve ser liberta, isenta de proibições e de comandos. Os profissionais de saúde que a assistem devem permanecer tranquilos, porém sempre atentos com respeito à fisiologia, sem intervenções desnecessárias e a seguir as recomendações da OMS no atendimento ao parto normal no contexto de “Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas”, como: o apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto, o respeito ao direito da mulher à privacidade do local do parto, respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto, oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem (BRASIL, 2008). Essas são condições indispensáveis para que a parturiente se perceba em uma ambiência favorável à saúde.

Fatores que interferem de forma negativa na ambiência favorável da sala de parto foram investigados por Mamede, Mamede e Dotto (2005), que identificaram junto a um grupo de parturientes: a falta de privacidade, estímulos sonoros, as atitudes e os comandos das pessoas presentes. Portanto, esses fatores devem ser banidos do ambiente da sala de parto, cabendo à equipe de saúde interrogar continuamente sobre o bem-estar, o conforto e a satisfação da mulher, com a intenção de adaptar o ambiente às necessidades específicas de cada parturiente, sempre que possível.

A preocupação em beneficiar a mulher sobre a liberdade de escolha e preferências durante o trabalho de parto,

parto e nascimento com enfoque nas recomendações das Conferências de Ottawa e Adelaide se reflete na criação de ambientação favorável à saúde, como suporte e ação positiva no que diz respeito à promoção da saúde (SILVEIRA *et al.*, 2005; HESMAN, 2007). Nesse sentido, marco importante para mudanças no tocante ao parto e nascimento ocorreu em Fortaleza, no Ceará, com a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento, em 1985, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), direcionada à revisão das tecnologias utilizadas no parto e nascimento (MAMEDE, MAMEDE, DOTTO, 2007). Outro evento importante foi a Conferência Internacional pela Humanização do Parto e Nascimento realizada em Fortaleza, no ano 2000, por ter reunido profissionais de várias partes do mundo com o objetivo de consolidar o movimento de humanização do parto. Neste evento, foi redigida a Carta de Fortaleza que consta da proposta para a melhoria da atenção ao parto e nascimento, com enfoque no direito de escolha da mulher sobre o local do parto (DINIZ, 2005).

O ambiente hospitalar, em particular a sala de parto, busca mudanças a fim de garantir um ambiente acolhedor, seguro e agradável à parturiente. Estas mudanças dizem respeito às modificações com a finalidade de reduzir o temor e a ansiedade de um ambiente hospitalar rude, para torná-lo um ambiente saudável e similar ao de sua moradia. Junto às mudanças ambientais, a adoção de práticas benéficas, como a presença do acompanhante, familiar, estímulo à movimentação, a liberdade de posições, as massagens de conforto, a dieta líquida e o uso de acessórios do parto (bola, cavalinho, dentre outras) fazem parte da tecnologia não farmacológica de apoio à parturiente (CRIZÓSTOMO, NERY, LUZ, 2007).

Nos últimos anos, as maternidades do país passaram por transformações físicas no ambiente de assistência ao parto normal com o objetivo de proporcionar um ambiente acolhedor, confortável, privativo e seguro às parturientes admitidas na sala de parto, aliadas, ainda, a outras mudanças de caráter comportamental (BRASIL, 2008). Tais mudanças e dentre estas as asseguradas na lei de Nº 11.108 de 7 de abril de 2005 garante o direito a todas as mulheres de terem um acompanhante de sua escolha no serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). Para um atendimento digno, é necessário que as instituições ampliem e melhorem as estruturas físicas como também suas atitudes, favorecendo o ambiente acolhedor à mulher e ao seu acompanhante (MCCALLUM; REIS, 2006).

O direito ao acompanhante ainda não é praticado de forma regular em todos os serviços públicos, apesar de representar um suporte importante para as mulheres pela ajuda, apoio e presença reconfortante, atenuando o medo, a ansiedade e os momentos de tensão e dor. Todas as mudanças ocorridas são importantes (BRASIL, 2008).

Levando-se em consideração um dos sintomas mais temidos, a dor do parto, este necessita ser aliviado com ajuda física, emocional e ambiental. Entende-se que o ambiente hospitalar e, especificamente, a sala de parto contribui para minorar ou exacerbar os sentimentos de dor da parturiente, incluindo-se no ambiente a presença do acompanhante, como ajuda no processo do parto.

No que concerne a Carta de Adelaide (BRASIL, 2001), considera-se a criação de ambientes saudáveis a conservação dos recursos naturais, mediante estratégias ecológicas de alcance global, regional e local. Entendem-se as casas de parto como ambientes ecológicos e funcionais para a promoção de saúde da mulher e da criança e porque não dizer dos familiares e trabalhadores de saúde.

Nesses ambientes naturais, as casas de parto contribuem para o relaxamento e alívio, com a finalidade de a mulher sentir-se em ambiente doméstico, sem sofisticação e na companhia de pessoas da família. As casas de parto apresentam-se aconchegantes, e seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (MACEDO *et al.*, 2008).

No âmbito da assistência à parturiente na sala de parto, o conforto ambiental faz parte das ações da enfermeira. O conforto está inserido nas recomendações da OMS no atendimento ao parto normal, na Categoria A – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, item 1.3 Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto (BRASIL, 2008). Os profissionais devem compartilhar com o processo de parir, promover a saúde em todas as etapas desse processo, usar de boas maneiras, atitudes e diálogos propícios, desde a admissão da parturiente no espaço da sala de parto.

A promoção da saúde reforça as ações da enfermeira para que haja mudanças de estilo de vida no contexto da maternidade, com a inclusão do acompanhante e da família durante o processo do parto na instituição, pós-parto e no seu domicílio. Portanto, “as práticas de promoção da saúde podem ser conceituadas como estratégias utilizadas por essas pessoas para se manterem saudáveis e consequentemente evitar a doença.” (BUDÔ *et al.*, 2007).

O conforto implica em ambiente favorável à saúde, na medida em que atitudes são demonstradas pela enfermeira na forma de gestos simples como tocar a parturiente ou massagear suas mãos, oferecer líquidos, trocar experiências, levantar conversas com o propósito de distração, por exemplo. Macedo *et al.* (2008) chamam a atenção para a promoção do conforto na perspectiva dos cuidados de higienização do corpo da parturiente, pois as perdas vaginais são contínuas até o nascimento.

No ambiente da sala de parto, o banho de aspersão e imersão alia-se ao conforto com propriedades de limpeza corporal, promove o relaxamento e diminui o uso de medicação, constituindo excelente método não farmacológico de alívio da dor. Em maternidades que utilizam banheiras nas salas de parto, o banho de imersão é praticado como cuidado de enfermagem a fim de oferecer conforto à parturiente (SILVA; OLIVEIRA, 2006).

A privacidade, o silêncio e o respeito aos seus direitos devem ser observados por todos os profissionais que cuidam da parturiente. Comparados aos momentos de oração, ao estudo e o sono, eles têm necessidade de dois atributos: a introspecção e o silêncio (MACEDO, *et al.*, 2008).

Prioriza-se, no ambiente da sala de parto, manter-se limpo, arejado, equipe amável, disponível, comprometida e que contemple o modelo proposto nas Cartas da Promoção da Saúde de Ottawa e Adelaide.

A sala de parto como ambiente favorável à saúde corrobora a ideia apresentada nas Cartas de Ottawa e de Adelaide, que passa a constituir mudanças preconizadas pelo Ministério da Saúde na busca de melhorar o atendimento ao parto e diminuir o medo de um ambiente hostil e ameaçador.

Apesar da percepção quanto à importância de se promover mudanças no ambiente do parto, muito há que ser feito na prática dos serviços para que as recomendações oficiais da OMS e do MS sejam alcançadas, ou seja, que o parto seja vivenciado em um ambiente favorável à saúde em todas as suas dimensões (estrutura, interação interpessoal, ambiência específica às necessidades das parturientes, dentre outros). Nesse contexto, a enfermeira obstetra é uma profissional qualificada para caminhar junto com a parturiente na busca de promover a saúde e o conforto físico, espiritual, mental e social.

Referências

ARKEMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 605-15. July/set. 2004.

BALASKAS, J. *Parto ativo*: Guia prático para o parto natural. 2.ed. São Paulo: Ground, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Cenário e Perspectiva. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

_____. *Promoção da saúde*: declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Sundswal, Declaração de Adelaide, Declaração de Jacarta, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Rede de Mega Países, Declaração do México. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001.

BUDÔ, M. L. D. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.16, n. 3, p. 511-9. jul-set. 2007.

CARVALHO, F. A. M.; PINHEIRO, A. K. B.; X. L. B. Assisistir à parturiente: uma visão dos academicos de enfermagem. *Revista Rene*, v.11, n.1, p. 86-93. jan./mar. 2010.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres do parto domiciliar e hospitalar. *Escola Ana Nery*, v. 11, n. 1, p. 98-104. Mar. 2007.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n.3, p. 627-37. 2005.

HESMAN, A. Creating supportive environment for health. Cap.10. In: WILLS, J. *Vital notes for nurses-promotion health*. [s.l.]: Ed. Blackme, 2007.

MACCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significadando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n.7, p. 1483-91. jul. 2006.

MACEDO, P. O. *et al.* As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. *Escola Anna Nery*, v.12, n.2, p.341-47. jun. 2008.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery*, v. 11, n. 2, p. 331-6. Jun. 2007.

SILVA, F. M. B.; OLIVIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.40, n.1, p. 57-63. mar. 2006.

SILVEIRA, I. P. *et al.* Ação educativa à gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão. *Escola Anna Nery*, v. 9, n. 3, p. 451-8. Dez. 2005.

SILVEIRA, I. P. *Teoria do conforto para a promoção da saúde no cuidado de enfermagem à parturiente*. 2010. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Curso de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006.

3.2 Comunicação Verbal e Corporal com Parturientes

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Claudianne Maia de Farias Lima

Igho Leonardo do Nascimento Carvalho

Paulo Félix de Almeida Pena

Ana Cléa Veras Camurça Vieira

Girliani Silva de Sousa

A assistência à parturiente passou por grandes transformações, ao longo do tempo. A institucionalização do parto e os avanços tecnológicos impuseram um atendimento sustentado em um saber profissional dominante e uma padronização de ações, dificultando a participação da mulher no próprio processo de ser mãe (GOTARDO, SILVA, 2007).

O corpo em trabalho de parto, frequentemente, na rotina das maternidades, tem sido espaço de invasão e manipulação. A mulher fica à mercê do profissional de saúde, submetendo-se a normas a serem cumpridas, suprimindo, em geral, a naturalidade desse evento íntimo e espontâneo. Na parturição, ao se entregar aos profissionais de saúde, a mulher passa a ser cuidada por estranhos, o que muitas vezes dificulta a assistência prestada, impedindo-a de participar ativamente dessa vivência (CARRARO *et al.*, 2008).

As ações de cuidado, quando embasadas em relações de poder, dificultam os profissionais adotarem uma postura de respeito perante as particularidades de cada mulher (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2004). No contexto atual, as mudanças requeridas à operacionalização do modelo de atenção à saúde orientam para novas práticas e modos de agir, que contemplem a participação das usuárias e fundamente este

atendimento em preceitos éticos, reconhecedores dos direitos humanos reforçados por políticas e documentos oficiais.

A humanização da assistência engloba o respeito a estes direitos, possibilitando uma escuta e uma comunicação entre profissional e parturiente durante o cuidado, garantindo para ambos um encontro que resulte em satisfação (DIAS, 2006). Encontro este, em que a solidariedade e a ética profissional assegurem a autonomia do sujeito, partilhando com ele os elementos do cuidado a ser oferecido.

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) tem ganhando força, trazendo à tona discussões de problemas que se opõem à medicalização e ao modelo hospitalocêntrico de assistência ao parto. O referido programa tem o intuito de resgatar a posição central da mulher na parturição, incluir o acompanhante e oferecer uma assistência digna, respeitando a autonomia e as escolhas da mulher (BRASIL, 2001).

A assistência humanizada resgata a comunicação entre profissional e parturiente como uma ferramenta essencial do cuidado. A equipe de saúde deve estabelecer uma comunicação efetiva com a mulher, pois através da linguagem verbal será criado espaço para viabilizar a autoconfiança, a valorização do seu corpo, proporcionando-a um papel de protagonista no processo da parturição (CABRAL, RESSEL, LANDERDAHL, 2005). Nesse contexto, a comunicação torna-se um processo terapêutico quando se utiliza o conhecimento e a criatividade visando à singularidade de cada encontro e potencializando as relações interpessoais (GOTARDO, SILVA, 2007; STEFANELLI, 1993).

Descrevemos sobre um tema que se refere à influência considerável da dimensão relacional na qualidade dos cuidados prestados, que vem sendo apontado como uma importante lacuna nos estudos sobre as práticas assisten-

ciais em saúde. A comunicação interpessoal e a participação ativa da mulher, na situação específica da parturição, têm sido focalizadas como elemento decisivo para uma melhor qualificação do serviço e práticas de saúde, pois quanto melhor a condição de atendimento em um serviço de saúde, maior a chance do nascimento saudável e maior satisfação da mulher (BRASIL, 2001).

Em consonância com a premissa de que a dimensão relacional entre profissionais e usuários está tênue, discorreremos sobre a comunicação verbal entre profissionais de saúde e parturientes, enfatizando a “apropriação” do corpo da mulher no trabalho de parto e parto.

Cenário de comunicação entre profissional e parturiente

O cenário do estudo foi uma maternidade pública estadual de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, Nordeste brasileiro. A referida instituição é referência para as demandas de parto de baixo risco e para atendimento de vítimas de violência sexual. A maternidade possui UTI neonatal e banco de leite, recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, conferido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e, também, pólo de capacitação do PHPN.

Dez profissionais de saúde que atuavam nos setores de pré-parto e sala de parto, que estiveram de plantão no período da coleta dos dados e se dispuseram a participar, constituíram os sujeitos do estudo, assim distribuídos: quatro médicos obstetras, um médico pediatra, dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem. Cada profissional foi observado pelo menos uma vez. A coleta dos dados ocorreu em fevereiro e março de 2008, por meio de observação participante, que na concepção de Marconi e Lakatos (2007), consiste

na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. A observação participante possibilitou a captação de situações as quais não seria possível somente por meio de perguntas realizadas aos profissionais.

Estas observações aconteceram em plantões semanais de seis horas, perfazendo um total de 54 horas de observação, sendo registradas em um diário de campo, considerando o registro de expressões verbais utilizadas pelos profissionais, os aspectos relacionados às reações das parturientes e ao contexto em que as situações estavam inseridas.

Os dados foram organizados pela técnica de análise de conteúdo, que propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicados aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados (BARDIN, 2008). Os dados não estruturados permitiram a construção de quatro temáticas: manuseio e controle do corpo da mulher; falta de cuidado e abandono do corpo; fé e apoio emocional como instrumento de valorização da mulher e orientação como meio de autonomia da mulher sobre seu corpo.

Os cuidados éticos foram seguidos, de acordo com a Resolução n°. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), bem como pela instituição onde se realizou o estudo.

Manuseio e controle do corpo da mulher

Enquanto realiza o toque vaginal, a médica fala para a parturiente: “Não está dando para ver a apresentação, só vai dá para ver quando a bolsa romper. E se a criança es-

tiver transversa, vai complicar.” A mulher, após a fala da médica, ficou com uma fisionomia assustada, mas não fez nenhum questionamento à profissional e também não foi esclarecida sobre o que estava ocorrendo.

Observa-se na situação o uso de termos científicos, os quais, provavelmente, não são do conhecimento da parturiente, ocasionando um distanciamento da mulher sobre as ocorrências que “invadem” seu próprio corpo. A esse respeito, a literatura refere que a produção do cuidado em saúde nem sempre está comprometida com um atendimento humanizado. Os ruídos da comunicação se fazem evidentes na incapacidade de se ouvir sentimentos e desejos. Apesar do discurso da integralidade e da humanização ter sido idealizado na prestação do cuidado, a vulnerabilidade da parturiente ainda é um aspecto verificado com frequência (MERHY, 2003).

Fica constatada a utilização de linguagem técnico-científica pelo profissional, o que representa uma barreira linguística, tendente a fortalecer a hierarquização da relação profissional-cliente. O conteúdo da linguagem verbal inacessível para as usuárias contribui para que estas não se sintam aptas a participarem como sujeitos ativos do processo do parto, ferindo os valores que norteiam a assistência humanizada (BRASIL, 2001).

Pesquisa sobre indicadores de qualidade da assistência ao nascimento constatou que mulheres insatisfeitas com o atendimento destacaram as dificuldades ou negligência na comunicação como fator de insatisfação, descrevendo a linguagem usada pelos profissionais como difícil e contraditória (QUEIROZ *et al.*, 2007).

O estabelecimento de uma comunicação eficaz requer que o profissional use uma linguagem clara, relativizando seu conhecimento com a realidade em que trabalha. Os

profissionais que compreendem o usuário como elemento estruturante do processo de produção da saúde tendem a realizar práticas menos reducionistas e menos fragmentárias (MATTOS, 2001; FRANCO, MAGALHÃES, 2003).

A cultura autoritária, por vezes, explicita-se na relação profissional-parturiente, coagindo a mulher a obedecer aos comandos recebidos, temendo o tipo de assistência a qual lhe é prestada. O profissional de saúde, que deveria guiar sua assistência nos termos dos direitos dos usuários, determina a forma de cuidado pelas rotinas e preferências individuais (DIAS, 2006). Esta conclusão que se está cristalizando no imaginário social ancora-se em vivências e no campo empírico, retratando a simbologia do poder da comunicação verbal.

A parturiente estava no leito, muito agitada, gritando, referindo sentir muitas dores. A enfermeira aproximou-se e disse: – “Fecha a boca e faça força para baixo”. Na mesma situação, a médica falou: – “Não grite não, se não o menino sobe para boca”.

A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico se consolidou na sociedade quando a prática foi identificada como conhecimento cirúrgico e tecnológico e os médicos tornaram-se os detentores de um saber que pode ser verificado “cientificamente.” (BRASIL, 2005). Segundo Dias e Vieira (2008), o profissional tende a se ver como o único sujeito do processo e, como tal, domina e se apropria do objeto; as relações hierárquicas e autoritárias passam a ser normais, deixam de ser estranhas. Essas relações hierárquicas de classe social, *status* e gênero distanciam o ser cuidado do cuidador.

Outro aspecto observado foi o abuso de poder sobre a mulher e a falta de valorização de sua participação nas condutas adotadas no atendimento: [...] Após o nascimento

do bebê, o médico realiza o procedimento de episiorrafia [sutura do períneo], quando é questionado pela mulher: - “O senhor me deu anestesia? Porque eu estou sentindo dor e no meu outro parto eu não senti”. O médico respondeu: - “Você está me chamando de mentiroso”? A mulher calou-se, mas parecia sentir muita dor com o procedimento.

É observado na rotina de pré-partos e de salas de parto, que quando a mulher contesta a autoridade do profissional, expondo o saber sobre o próprio corpo, ele reage de forma negativa, com desprezo e indiferença às considerações da mulher (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2004). A referida situação reforça as relações hierárquicas e a expropriação da autoridade das mulheres sobre o processo de parturição e sobre o próprio corpo.

Nessa situação, a parturiente, de acordo com Wolff e Waldow (2008), configura-se em receptáculo de uma ação autoritária, sem possibilidade de interferir e de emitir seu parecer ou fazer respeitar os seus direitos e desejos. Os profissionais assumem uma postura que utiliza o poder do saber para se relacionar com as usuárias, ignorando o saber das mulheres (PEDROSA, SPINK, 2011).

Estudo realizado no Rio de Janeiro constatou que as mulheres do setor público não se sentem à vontade ou têm receio em questionar ou opinar sobre a conduta da equipe de saúde (GAMA *et al.*, 2009). Fica evidente a desvinculação da sua participação no processo decisório. A parturiente, muitas vezes, desconhece o funcionamento do seu corpo, seus direitos sexuais e reprodutivos e limites vivenciados naquele momento, reforçando a dependência do outro e a submissão ao saber profissional (GRIBOSKI, GUILHEM, 2006).

Outro aspecto observado reporta-se a despersonalização e impessoalidade na assistência ao parto por parte

dos profissionais. Estes utilizam a expressão “minha filha” de uma forma meio que pejorativa. Durante a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, a médica diz para a parturiente que referia estar com muitas dores: “Minha filha, pare de gritar, como é que você quer que eu escute”. O ato de chamar, ou não, a mulher pelo nome, pode interferir na qualidade da assistência e fazer a diferença no processo de cuidado.

Para haver humanização na atenção à saúde, é preciso assegurar a manutenção de atitudes que expressem o respeito pelo usuário, merecendo destaque a atitude de chamar o sujeito pelo nome, sem a utilização de termos impessoais, estigmatizantes ou rotuladores (ZABOLI, MARTINS, FORTES, 2001).

Apesar do intento de oferecer maior segurança e qualidade de assistência à mulher no processo de ser mãe, a institucionalização do parto acabou trazendo perdas significativas. A presença dos profissionais se tornou exclusivamente técnica, fria e distante (GOTARDO, SILVA, 2007). A hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber médico nesta área. Desse modo, o corpo feminino é percebido como meio para subordinação do saber, sobre o qual serão realizados os procedimentos (GRIBOSKI, GUILHEM, 2006).

A dificuldade de os profissionais perceberem outras dimensões relacionadas ao usuário faz com que muitos problemas da vida sejam abordados com procedimentos e medicamentos e não como problemas a serem escutados, acolhidos e contornados pelo carinho, pelo vínculo, pela oferta de espaços de conversa e de outras ações e atividades (BRASIL, 2005).

Falta de cuidado e abandono do corpo

O atendimento realizado na instituição do estudo ocorreu, em parte, de maneira mecânica, indiferente, sem vínculo e afeto, apontando a necessidade de mudança na postura de alguns profissionais. A situação é agravada por tratar-se de uma instituição de referência na região e de o local já ter sido pólo de capacitação do PHPN. O relato, a seguir, ilustra lacunas que perduram nessa área.

A parturiente encontrava-se na sala de parto quando falou: – *“Eu não aguento mais”!* O médico que estava prestando assistência comentou: – *“Quem não aguenta mais isto aqui sou eu, que estou aqui desde a manhã”*. Situações dessa natureza podem tornar-se traumáticas para a cliente, influenciando na sua percepção de hospitalização, dos profissionais de saúde e do cuidado (WOLFF, WALDOW, 2008). É um tipo de comunicação de desprezo a necessidade da parturiente. O profissional mostra-se insensível ao pedido de ajuda da mulher, colocando-se como principal sujeito do processo. Quando a parturiente diz que “não aguenta mais”, está verbalizando um pedido de socorro para a equipe.

Com base em estudo de Nations e Gomes (2007), a habilidade do profissional de saúde mais relevante na óptica do paciente é a competência humana em ser afetivo, hábil, em conversar e incluir o paciente na tomada de decisões. A dificuldade de sentir o sofrimento do paciente inibe uma relação solidária. Contudo, esta competência humana e afetiva não se mostra nos atendimentos realizados por alguns profissionais do cenário investigado.

Estudiosos mencionam que os profissionais que prestam assistência obstétrica devem estar familiarizados com os procedimentos técnicos e com o bem-estar emocional

da parturiente, sendo capaz de atendê-la em suas necessidades com competência e compaixão (WOLFF, WALDOW, 2008). A indiferença e a falta de habilidade dos prestadores de serviços acarretam nas mulheres sentimentos de desamparo, levando-as a enxergar a sala de pré-parto e parto como local de desprezo e solidão, o que potencializa a tria-de medo, tensão e dor tão presente no ato de parir.

A técnica de enfermagem ao ver uma parturiente que estava no início do trabalho de parto caminhando pelo corredor, expressando alegria, falou-lhe: “Você está rindo agora, depois vai ser o maior chororó”. Brincadeiras podem ser usadas para desconstrair e aproximar a equipe e a cliente, porém conforme essa fala, se a intenção foi brincar a mensagem foi inadequada a mostrar-se permeada de preconceito, ameaça e culpa à mulher. O movimento pontua que comentários inoportunos estão presentes na assistência ao parto de forma sutil ou explícita, aparecem nos procedimentos técnicos e na informalidade de piadas e brincadeiras durante os plantões nas instituições (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Essas situações, caracterizadas pelo desrespeito e discriminações, representam experiências de violência institucional (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2004; GAMA *et al.*, 2009). Wolff e Waldow (2008) trazem a noção de violência como a de desigualdade, de hierarquia e de objetificação. O cuidado permeado pelas relações de poder acaba oprimindo e ressaltando as iniquidades de gênero, em vez de cumprir a função social de empoderar e gerar autonomia às mulheres (PEDROSA, SPINK, 2011).

Relações assimétricas na assistência ao parto colaboram para que as usuárias sintam-se abandonadas e inseguras. Para contrapor essa perspectiva, o pensamento feminista tem impulsionado a discussão sobre o resgate da

autonomia e “reapropriação” do próprio corpo das mulheres (PEDROSA, SPINK, 2011). Assim como os princípios da humanização que conclamam para uma reorganização dos serviços, visando o respeito à condição feminina e um atendimento mais digno e de qualidade.

Outra situação comum nas salas de pré-parto é a postura de parte dos médicos pediatras que submete as mulheres a questionamentos de forma impessoal, sem considerar a falta de privacidade do ambiente. Perguntas sobre a vida sexual, o uso de drogas e álcool, e outras mais são realizadas em voz alta diante da equipe, como mostra a situação a seguir:

A médica pediatra estava no pré-parto distante da parturiente e fazia as perguntas de rotina da anamnese em voz alta, quando perguntou se a mulher fumava e fazia uso de bebida alcoólica. A mulher respondeu que sim. E a médica falou: *“Isso é um absurdo! Como é que uma mulher grávida bebe e fuma? Isso é uma falta de respeito com o seu filho, você não tem vergonha não?”*. A mulher permaneceu calada.

Promover a humanização da assistência demanda um esforço para rever atitudes e comportamentos dos profissionais à luz de considerações éticas. Uma postura ética contribui para o desenvolvimento de práticas que respeitem a condição de sujeito dos usuários, sua dignidade, valores, direitos, deveres (BACKES, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2006).

O verdadeiro cuidado *prima pela ética*, como elemento impulsionador de relações interpessoais saudáveis. Nesse sentido, o profissional, possivelmente, terá condições de compreender a condição humana da mulher, respeitando a individualidade, privacidade, história, sentimentos, direito de decidir o deseja para si e para seu corpo (BACKES, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2006).

Fé e apoio emocional como instrumento de valorização da mulher

O conhecimento prévio da história da mulher possibilita uma comunicação eficaz, embasada em expressões verbais que indicam apoio e atitudes respeitadas às crenças religiosas. No episódio a seguir, percebe-se empatia e confiança entre profissional e parturiente. No momento em que a parturiente referia muita dor, a enfermeira que já havia conversado com ela e já sabia da sua história, falou: -“Você confia em Deus”? – “Sim”. Disse a mulher. - “Pois acredite em Deus que vai dar tudo certo e a gente vai fazer nossa parte para te ajudar”.

Como a gestação é uma fase da vida da mulher permeada por insegurança, as mulheres se apegam a aspectos religiosos, com esperança de receber proteção divina, a fim de que a gestação e o parto ocorram sem problemas (BEZERRA, CARDOSO, 2006). Segundo Pontes, Leitão e Ramos (2008), para alcançar uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso que o profissional deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto à realização de procedimentos técnicos. Com vista que, nem sempre os conhecimentos científicos funcionam tão bem, diante de situações de estresse, como os saberes subjetivos que se revelam na comunicação terapêutica.

Na vivência do trabalho de parto e parto, constata-se que pequenos atos como pegar na mão, estar junto e expressar palavras de otimismo representam terapêuticas eficazes, contribuindo de forma positiva para a finalização do parto (CARRARO *et al*, 2008).

A técnica de enfermagem ao perceber que a parturiente estava nervosa, aproximou-se e conversou: - “Fique tran-

qüila, que vai dar tudo certo. Ter um filho é um momento muito importante na vida da mulher, então você precisa estar calma. Não se preocupe que as dores que você está sentindo são normais, precisa delas para seu filho nascer, então procure pensar em coisas boas, fique calma. Todos nós estamos aqui para te ajudar”. Após o discurso da profissional, a mulher pareceu mais tranquila e segura. O papel do profissional de saúde não se resume na realização de procedimentos, mas também em promover segurança por meio de habilidade de comunicação adequada. A comunicação promove a troca de informações e de experiências, o relacionamento com a equipe multiprofissional e desperta nas parturientes, sentimentos de confiança (PONTES, LEITÃO, RAMOS, 2008).

Orientação como meio de promover a autonomia da mulher sobre seu corpo

Os relatos que seguem deixam transparecer uma interação entre profissionais e parturientes embasada na troca de conhecimentos, com o uso de uma linguagem acessível, primando o respeito pela condição feminina, pela consideração do ritmo e do tempo de cada mulher. A médica falou para a parturiente:

“Roberta, agora eu preciso examinar você. Porque para o seu filho nascer você precisa estar com 10 cm de dilatação, por isso que eu tenho que examinar você, para ver se já está perto ou não do nascimento do seu filho e, para poder te acompanhar no seu trabalho de parto”.

O encontro entre seres humanos, dispostos à relação de apoio, tende a fluir de forma natural e espontânea por

meio da comunicação (GOTARDO, SILVA, 2007). Os profissionais devem estar voltados para a assistência de modo que possibilite a mulher a assumir seu trabalho de parto de forma mais participativa, levando em consideração seu saber, seu modo de perceber e ver o parto (BEZERRA, CARDOSO, 2006).

Ao orientar a mulher, sobre o processo de parto, mostrando-se disponível para informar, a equipe de saúde proporciona segurança, ajudando-a a vivenciar de maneira positiva esse momento, o que facilita a evolução do parto (CARRARO *et al.*, 2008).

Percebe-se uma relação profissional-parturiente que não se caracteriza como uma relação de poder, mas de sensibilidade e aceitação. De acordo com GRIBOSKI E GUILHEM (2006), a humanização da assistência permite às mulheres e aos profissionais de saúde desenvolverem relações menos desiguais e menos autoritárias, sendo fundamental o resgate da autonomia e do poder de decisão das mulheres no parto.

A participação ativa da mulher na vivência do trabalho de parto e parto é, desde o momento em que chega à maternidade, ter a liberdade de escolha e acesso às orientações, para a apropriação ou reapropriação de seus corpos, na perspectiva da conquista de sua autonomia e decisão frente a seus partos (PREVIATTI, SOUZA, 2007).

A humanização pressupõe o desenvolvimento de aspectos que se fazem urgentes e necessários na assistência ao parto. As propostas de humanização sugerem um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, visando instituir uma nova cultura de atendimento. É importante repensar o modelo de assistência oferecido às parturientes, observando aspectos relativos à comunicação e a relação usuá-

rios e profissionais. A relação interpessoal deve ser pensada como recurso equivalente às ações prescritas como tecnologias apropriadas na assistência ao parto. Significa pensá-la como instrumento de ordem técnica e ética, no campo das práticas dos cuidados de saúde.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.

BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.

BEZERRA, M.G.A.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 414-421, maio-junho, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. *Bio-ética*. v. 4, n. 2, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.

_____. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CABRAL, F.B.; RESSEL, L.B.; LANDERDAHL, M.C. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.459-465, dez., 2005.

CARRARO, T.E. *et al.* O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto na trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.3, p.502-509, jul-set., 2008.

DIAS, M.A.B. *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma Maternidade Pública*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Departamento de Ensino Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança. Fevereiro, 2006.

DIAS, M.S.A; VIEIRA, N.F.C. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. *Rev. Bras. Enferm*, v. 61, n. 1, jan./fev, 2008.

FIGUEIRÊDO, N.M.A. *et al.* Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.12, n.6, p.905-912, nov./dez., 2004.

FRANCO, T.B.; MAGALHAES JÚNIOR H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

GAMA, A.S. *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em

maternidades pública e privada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2480-2488, nov. 2009.

GOTARDO, G.I.; SILVA, I.A. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. *Cienc. Cuid. Saude*, v.6, n.2, p.245-251, abr./jun., 2007.

GRIBOSKY, R.A.; GULHEM, A. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.1, p.107-114, 2006.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. 6.ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

MATTOS R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser definidas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. *et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

NATIONS M.K.; GOMES, A.M.A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.9, p.2103-2112, set., 2007.

PEDROSA, C.M.; SPINK M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc.*, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.61, n.3, p.312-318, maio/jun., 2008.

PREVIATTI, J.F.; SOUZA, K.V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.60, n.2, p.197-201, mar./abr., 2007.

QUEIROZ, M.V.O. *et al.* Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v.16, n.3, set., 2007.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Humanização do Parto*. São Paulo, 2002.

STEFANELLI, M.C. *Comunicação com paciente: teoria e ensino*. 2.ed. São Paulo: Robe, 1993.

ZABOLI, E.L.C.P.; MARTINS, C.L.; FORTES, P.A.C. *O Programa Saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde*. São Paulo: USP, 2001.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

3.3 O Puerpério no Contexto da Estratégia Saúde da Família

*Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos
Rosineide Santana de Brito*

O termo “puerpério” vem do latim puer que quer dizer criança, e parere que significa parir, correspondendo ao período em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico (BRASIL, 2001). Rezende e Montenegro (2006) afirmam que o puerpério instala-se imediatamente após a expulsão total da placenta e das membranas ovulares e pode ser dividido em três estágios, sendo estes o pós-parto imediato, que corresponde ao período do 1º ao 10º dia, pós-parto tardio, do 11º dia ao 45º dia, e pós-parto remoto, que prossegue além do 45º dias, ou até que se retorne às condições pré-gravídicas. Nessa fase, podem ocorrer complicações, as quais, quando não identificadas nem tomadas as devidas providências, tendem a resultar em morbidade e mortalidade de mulheres por causas evitáveis.

Assim sendo, aqui apresentamos uma abordagem teórica sobre a mulher no puerpério, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), enfocando conceitos e percepções de autores que tratam o puerpério como uma fase de mudanças no cotidiano da mulher e família. Inicialmente fazemos considerações acerca da atenção à saúde da mulher no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e na sequência abordamos o puerpério.

Considerações acerca da atenção à saúde da mulher no contexto das políticas de saúde

A nova ordem mundial tem levado a transformações nas áreas política, econômica, social, cultural e ambiental no mundo contemporâneo, decorrentes da globalização como fruto do capitalismo neoliberal. No campo da Ciência e da tecnologia, avanços positivos aconteceram com a globalização, porém, ao mesmo tempo, têm afastado o indivíduo de si mesmo, produzindo desigualdades, levando a crises sociais, desemprego, precárias condições de vida, com agravamentos de fatores epidemiológicos, comprometendo a saúde do indivíduo. Nesse contexto, observa-se a necessidade de uma nova visão de mundo, de novos paradigmas que venham responder aos problemas emergentes da sociedade. Tamanho desafio, proporcionou desenvolvimentos científicos e tecnológicos, mas em contrapartida ocasionou desordem em vários aspectos, gerando graves problemas para o próprio homem (COSTA; PORTO, WALTER, 2006).

Os sistemas de saúde precisam responder aos desafios de um mundo em mudança. Porém, apesar de melhorias significativas, ainda existem muitos problemas a serem superados, principalmente os decorrentes das desigualdades entre países. Em função disso, têm sido geradas crises políticas e econômicas, desencadeando o fortalecimento das privatizações, fato que limita a prestação de cuidados de saúde. Dessa forma, é necessário romper definitivamente com a visão hospitalocêntrica, médico-privatista, e focar na Atenção Básica à Saúde (ABS), proposta da Conferência de Alma Ata e que teve como diretrizes a justiça social, melhoria da saúde, participação e solidariedade. Nesse pensamento, surgiu no Brasil, nos anos de 1980, a necessidade

de reformas para a implementação de um sistema de saúde para todos. Esse período foi marcado por avanços e retrocessos na área da política e economia. Assim, ao mesmo tempo em que o país vivenciava a democracia, agravavam-se os problemas econômicos (ROCHA, 2006).

Neste cenário de crise, nasce a Reforma Sanitária como proposta inovadora que apontava para a mudança de um modelo curativista, centrado no hospital, para a consolidação de uma política de saúde transversal, visando a inclusão social nos três níveis de atenção, com responsabilidades nas três esferas de governo. Dessa maneira, surge o SUS, que teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, baseado em princípios e diretrizes, assegurando, com a Lei 8080/90, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Além disso, a Lei 8142/90 garantiu a participação popular e o controle social por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. A partir daí, o SUS vem sendo socialmente desenvolvido por meio de normas e portarias ministeriais.

Embora os princípios e diretrizes do SUS ainda não tenham sido atingidos na sua plenitude, percebem-se avanços significativos, possibilitando visualizar as conquistas alcançadas. Entretanto, entende-se que muito ainda tem-se a avançar, obstáculos a ultrapassar, e caminhos a percorrer. Nesse sentido, vivencia-se atualmente uma nova fase de transformação, de mudanças, de conscientização na busca constante da educação em saúde, bem como de reafirmação de compromissos, com vistas à superação de dilemas e desafios (CONASS, 2007). Assim, surge no cenário da política de saúde atual, como forma de restabelecer e assegurar responsabilidades de cada nível de gestão, profissionais e comunidade, o Pacto pela Vida. Essa nova iniciativa encontra-se subdividida em três pactos: Pacto da Saúde, que consiste

no estabelecimento de metas epidemiológicas e sanitárias a serem alcançadas no intuito do fortalecimento da atenção básica; o Pacto em defesa do SUS, como forma de resgatar e reafirmar seus princípios e diretrizes; e por último o Pacto de Gestão, que reforça o compromisso dos gestores na consolidação do SUS, a partir do respeito à Emenda Constitucional – EC 29, que determina os gastos com a saúde. (BRASIL, 2006).

Nesse ínterim, como proposta estruturante e operacional do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), ou seja, a porta de entrada do usuário ao sistema é implementada. A ESF tem a finalidade de reorganizar a prática da atenção básica à saúde, a partir da realização de ações, resolvendo cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população. (BRASIL, 2006). Para tanto, conta com uma equipe multiprofissional que atende uma população adscrita em área geograficamente delimitada (territorialização), visando à prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. (AN-DRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006).

Dentre os programas desenvolvidos na ESF, ressalta-se a assistência à saúde da mulher, que, segundo Serruya, Ciccatti e Lago (2004), apresenta deficiências na qualidade, com indicadores de resultados tênues. Para os autores, o acesso, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal, parto e puerpério, a humanização da atenção e o despreparo dos profissionais na assistência à mulher vítima de violência e, principalmente, as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal precisam ser discutidas.

Esse atendimento encontra-se respaldado no novo paradigma da atenção à saúde feminina revelado nas bases programáticas do PAISM, instituído pelo Ministério da Saúde em 1983. As bases filosóficas dessa política introduziam, mediante critérios epidemiológicos, novos conceitos

na atenção à saúde feminina, voltados para a integralidade, autonomia corporal, e a condição feminina como determinante do processo saúde/doença. Desse modo, o PAISM possibilitou outro olhar na atenção à saúde da mulher e determinou uma relação dos profissionais com as mulheres como sujeitos e detentoras de direitos, obrigando os serviços e gestores a refletirem, de maneira mais abrangente sobre o assunto (BRASIL, 2004).

Entende-se que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos constituem os principais entraves da má assistência no que diz respeito à violência contra a mulher, bem como em relação ao atendimento no período gravídico-puerperal. Mediante a tal reconhecimento, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o PHPN, no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturantes.

Nessa discussão, o PHPN nasce como principal estratégia para garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência no período grávido-puerperal e ao recém-nascido, na esperança dos direitos de cidadania, atendendo também para a violência nessa fase. (BRASIL, 2000). Desse modo, foram estabelecidos, no plano operacional do programa, critérios para assegurar a qualidade da assistência, com o intuito de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Com a finalidade de acompanhar a atenção à saúde da população, bem como monitorar o pagamento dos incentivos financeiros, foi disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) um sistema informatizado, denominado de SISPRENATAL, de uso obrigatório nas UBS. Esse sistema de informação é capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores de processo, de resultado e de

impacto que possibilita a avaliação da atenção mediante o acompanhamento de cada gestante e puérpera em âmbito municipal, estadual e federal, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços a partir da organização da assistência (BRASIL, 2006).

Assim, as instituições públicas de saúde devem visar à qualidade da assistência, pois todas as pessoas têm direito ao atendimento qualificado e digno. Para isso, os gestores devem proporcionar condições necessárias e instituir uma cultura de busca incansável pela qualidade da assistência prestada pelos profissionais da instituição, a fim de atender adequadamente às necessidades e expectativas da clientela (MOURA *et al.*, 2010).

Nesse sentido, a proposta desenhada para o PHPN, dentre os vários aspectos conceituais sobre humanização e qualidade da assistência, estabeleceu a consulta puerperal como critério indispensável no conjunto de atendimento à mulher. A consulta pós-parto é a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido. Portanto, é um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe, evitando que ocorra um viés de gênero na percepção dos cuidados puerperais. Esse seguimento clínico permite avaliar a puérpera integralmente, com a finalidade de detectar alterações relevantes, como anemia, estados depressivos e infecção puerperal. (PARADA, 2008). Nesse universo, o enfermeiro vem direcionando seu processo de trabalho para uma transformação no sentido de construir e controlar o seu objeto de atenção, a partir de um novo entendimento acerca do processo saúde/doença, com vistas a uma assistência integral no âmbito biopsicossocial no discurso e nas práticas de saúde (HENRIQUES, 2004; WALDOW, 2006). Portanto, é visível a importância do enfermeiro nessa fase, devendo prestar uma assistência

qualificada e humanizada de forma integral que contemple, sobretudo, o apoio no seu processo de reorganização psíquica, mudanças corporais, amamentação, retomada da atividade sexual e planejamento familiar.

O puerpério

Diante do reconhecimento da elevada vulnerabilidade da mulher frente a determinadas doenças e agravos, o Ministério da Saúde, ao longo dos anos, tem-se preocupado com a saúde desse contingente populacional, sobretudo durante a gestação, o parto e o puerpério. Essas fases compreendem fenômenos fisiológicos, como também correspondem a momentos da vida feminina na qual ocorrem as mais intensas mudanças orgânicas, corporais, psicológicas e culturais, perpassadas por sentimentos de medo, ansiedade, angústia, alegria e insegurança.

Nesses casos, a mulher procura o serviço de saúde em busca de ajuda, com vistas a ter resposta às suas preocupações. Desse modo, espera encontrar ambiente acolhedor com uma assistência técnica competente e humanizada de acordo com o PHPN. Esse programa recomenda cadastrar a gestante no SISPRENATAL, avaliar o risco gestacional, desenvolver atividades educativas, realizar visitas domiciliares, estabelecer vínculo com a maternidade de referência e garantir o parto seguro (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva, o primeiro contato da mulher com o serviço de saúde deve acontecer na ESF que tem a responsabilidade de acolher a gestante e iniciar o pré-natal o mais precoce possível. Segundo o Ministério da Saúde, a gestação caracteriza-se por ser um período de mudanças físicas e emocionais. Visto isso, durante o pré-natal, deve acontecer o acolhimento à mulher e família, apoiando-

-as diante dos sentimentos de medo, angústias e fantasias (BRASIL, 2000).

Além disso, faz-se necessária uma assistência de qualidade de modo a reconhecer precocemente intercorrências que poderão comprometer a vida materna e fetal. Dentre essas intercorrências, podem-se citar: síndromes hipertensivas e hemorrágicas, as quais são apontadas como principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2006).

Independente de ser de baixo ou alto risco, o pré-natal deve transcorrer com segurança e qualidade. Assim, nas consultas, o profissional de saúde deve preencher o cartão da gestante com dados referentes à história clínica e obstétrica, bem como com informações da gestação atual e realizar exame físico céfalo-caudal e gineco-obstétrico. Fazem parte, dessa etapa, o exame das mamas, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíaco-fetais, inspeção da genitália e membros inferiores e a promoção de medidas educativas (BRASIL, 2006). As atividades educativas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais que integram a equipe de saúde, com o objetivo de fazer a comunidade refletir sobre a saúde e adquirir novos hábitos para a solução de seus problemas. Sobre esse assunto, Fortes e Martins (2000) lembram a ESF como facilitadora desse processo, pois tem como seu pilar de sustentação a promoção da saúde, em que a educação em saúde é elemento vital. A consulta pré-natal se destaca como um espaço adequado para que a mulher possa adquirir conhecimentos sobre o processo de gestar, parir, cuidar de si e da criança no puerpério e se fortalecer como ser humano e cidadã. Para tanto, é preciso considerar as necessidades de aprendizagem das gestantes e sua importância no autocuidado (MOURA; RODRIGUES, 2003).

A escuta ativa, vinculada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, contribui para que essas mulheres ganhem autonomia e participem da promoção de sua saúde e do conceito (NAVAJAS, 1997). Além disso, concebe-se que os serviços de saúde devem adotar medidas benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não trazem benefícios à mulher nem para o recém-nascido e, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

Apesar dos avanços obtidos por meio do PHPN, o parto ainda é bastante medicalizado, preso a rotinas e resistente à humanização. Assim sendo, na maioria dos casos, as mulheres são tratadas como coadjuvantes, em um processo assistencial por vezes marcado pela ausência de vínculo com os profissionais. Com base nessas considerações e em coerência com os princípios do PHPN, postula-se que a mulher deva ser reconhecida como principal partícipe durante todo o ciclo gravídico-puerperal, tendo suas escolhas respeitadas no estabelecimento de práticas que, baseadas em evidências, permitam a sua segurança e bem-estar, assim como do recém-nascido (PARADA, 2008).

No ciclo grávido-puerperal, o organismo da mulher é acometido por alterações que interferem na vida da maioria delas. Essas alterações estão relacionadas ao corpo, à fisiologia e ao metabolismo, mediadas por mudanças hormonais que acometem os sistemas circulatório, respiratório, urinário, digestivo, nervoso e músculo-esquelético. Diante dessas modificações, o puerpério é considerado um período em que as alterações locais e sistêmicas impostas pela gestação ao organismo materno retornam sem intercorrências ao estado pré-gravídico. Porém, complicações

não diagnosticadas e não resolvidas em tempo hábil podem evoluir para a morte materna (ALMEIDA, 2002; REZENDE e MONTENEGRO, 2006).

Souza *et al* (2002) consideram que, em nenhuma outra fase do ciclo vital, exista maior transformação no funcionamento e forma do corpo humano em tão curto espaço de tempo, como acontece na fase puerperal, o que merece dos profissionais de saúde atenção durante o exame da mulher, pois complicações mais severas podem surgir durante o puerpério. Dentre elas, destacam-se a circulação placentária e contratilidade uterina, que sobrecarregam o sistema circulatório em, no mínimo, 300 ml de sangue, podendo agravar a situação de uma puérpera cardiopata; e o edema pulmonar que aparece como agravante no puerpério imediato, uma vez que ocorre elevação sanguínea, resultado do aumento da resistência vascular sistêmica compensada pelo aumento do trabalho cardíaco (SWENSSON *et al.*, 2005). Acontece também aumento dos leucócitos, plaquetas e fibrinogênio, desencadeando risco de complicações tromboembólicas. As alterações urinárias, o desconforto e a retenção podem existir devido a traumas da uretra e as mamas iniciam seu processo de evolução, ficando aumentadas pela presença de colostro (BRASIL, 2001).

Souza (2002) acrescenta que, em virtude das repercussões clínicas e emocionais, é relevante a inspeção das mamas objetivando verificar simetria, condição mamilar e presença de colostro. Além disso, é preciso atentar para os sinais de inflamação e processo infeccioso, pois um dos fatores do desmame abrupto é o surgimento da mastite puerperal. Essa patologia se caracteriza como um processo infeccioso agudo das glândulas mamárias com achados clínicos desde a inflamação focal, com sintomas sistêmicos

como febre, mal-estar geral, astenia, calafrios e prostração, até abscessos e septicemia (SALES *et al.*, 2000).

Outra questão a ser considerada durante o puerpério diz respeito ao tipo de parto, visto que a cesariana é apontada como fator predisponente para quadros de infecção puerperal, responsável por 25 % dos óbitos maternos. Essa prevalência é decorrente da secção e exposição de vasos linfáticos intramiométriais à necrose local ocasionada pelo trauma cirúrgico, associadas à contaminação da cavidade abdominal pelo fluido amniótico e a maior perda sanguínea. Existe ainda a possibilidade de histerectomia por infecção pós-cesárea, o que pode ser evitado mediante o incentivo ao parto normal. Essas situações geralmente caracterizam-se por apresentar elevado risco para mortalidade da mulher, sobretudo quando acompanhadas de septicemia (NOMURA, ALVES, ZUGAIB, 2004).

Visto isso, é possível afirmar que a assistência à puérpera é tão importante quanto à assistência pré-natal. CEN-TA, OBERHO FER E CHAMMAS (2002) consideram que o preparo para um puerpério saudável deve se iniciar durante a gravidez, visando o adequado restabelecimento da mulher, tanto no sentido anatômico quanto fisiológico e psicossocial. Isso desperta a necessidade da puérpera ser assistida de maneira holística, incluindo o componente psíquico (BRASIL, 2005).

Em geral, as modificações anatômicas e fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher, a responsabilidade cultural e social de prover saúde, afeto e proteção ao recém-nascido, bem como a ansiedade e o medo de não conseguir desempenhar bem esse novo papel são fatores que contribuem para transformar o puerpério em um evento complexo (BRASIL, 2006).

Além das alterações físicas, a gravidez, o parto e o puerpério são acometidos pelas alterações psíquicas, hormonais e, portanto, cercados de emoções e sentimentos que fazem a mulher necessitar de cuidado, apoio, esclarecimento e segurança para enfrentar essa etapa de forma harmônica (PRADO, 2007). Contudo, muitas vezes, esses sentimentos são agravados pelos próprios profissionais de saúde que desconsideram a importância de seus valores, de sua história de vida, negando a essa mulher o apoio necessário para enfrentar suas dificuldades. Desse modo, acabam negligenciando a assistência à mulher no puerpério, ao esquecer-se de olhar para a mãe e compreendê-la em suas necessidades, pois esta precisa ser assistida não só no aspecto físico, mas também psíquico (BRASIL, 2001).

Nessa linha de considerações, percebe-se o puerpério como uma fase de muitas particularidades que merecem ser observadas pelos profissionais de saúde de modo a atender a puérpera em suas necessidades. Para tanto, recomenda-se a revisão puerperal precoce, entre 7 a 10 dias, e a revisão puerperal tardia, entre 30 a 42 dias após o nascimento da criança. (BRASIL, 2006). Entretanto, de acordo com Gonçalves (2001), a deficiência de esclarecimentos quanto à contrarreferência no sistema de saúde público dificulta o retorno da puérpera à UBS. Corroborando esse pensamento, Gardenal *et al* (2002) afirmam que esse fato é decorrente da ausência de conexão entre a assistência pré e pós-natal. As ações incipientes são uma realidade tanto no contexto hospitalar quanto nas UBS, visto que a prioridade de cuidado é dada ao recém-nascido, em detrimento da mãe.

A continuidade da atenção por meio da referência da puérpera e do recém-nascido para as UBS's garante a qualidade da assistência, pois permite o acompanhamento da criança e a identificação de alterações no puerpério, evi-

tando complicações e estimulando o aleitamento materno exclusivo, o planejamento familiar e a prevenção do câncer cérvico-uterino (UNESCO, 2002).

Nesse sentido, é fundamental que, na alta hospitalar, a puérpera seja informada sobre sinais de alerta para complicações puerperais, como sangramento vermelho vivo persistente e abundante, odor fétido dos lóquios, secreção purulenta na episiorrafia, febre, dor, aumento do abdome e pelve, mamas doloridas e com áreas hiperemiadas e disúria. Além disso, devem-se reforçar as orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, cuidados com o bebê, teste do pezinho e imunização e importância da consulta puerperal, referenciando para a UBS mais próxima de sua residência (BRASIL, 2006).

Observa-se menor vigilância à saúde da puérpera tanto no âmbito hospitalar, quanto da UBS e do domicílio, em que as atenções se voltam quase que exclusivamente para a criança. No entanto, o papel do profissional como facilitador/educador é determinante devido às dificuldades e dúvidas que as puérperas enfrentam, necessitando de escuta, diálogo, apoio e orientação (RODRIGUES *et al.*, 2006). Para essas mesmas autoras, a ausência de uma prática extensiva do cuidado hospitalar ao domicílio tem ocasionado insegurança em face do exercício do papel materno. Para obter essa qualidade, é necessário que desde o pré-natal sejam fornecidas orientações sobre o puerpério, de modo que a mulher assimile o que deverá fazer durante o puerpério.

Segundo Gonçalves (2001), a assistência deve englobar os aspectos físicos e emocionais da puérpera e basear-se em vínculos estabelecidos entre o profissional de saúde e a pessoa assistida, considerando a singularidade de cada mulher. Desse modo, concorda-se com Oliveira (2007), tendo afirmado que quando as dificuldades vivenciadas no

período puerperal são compreendidas, respeitadas e resolvidas de forma positiva, funcionam como mola propulsora para o equilíbrio familiar e a experiência de um puerpério saudável.

Conforme Souza (2001), diversos sentimentos se misturam durante o puerpério. Algumas mulheres têm a sensação de vazio, estranheza e vulnerabilidade, podendo chegar ao limite de suas capacidades.

Diante do reconhecimento da vulnerabilidade feminina frente às alterações que podem ocorrer no puerpério, o Ministério da Saúde determina como fundamental a consulta puerperal pela equipe da ESF que realizou o pré-natal, em dois momentos: revisão puerperal precoce e revisão puerperal tardia (BRASIL, 2001). A consulta precoce deve ocorrer entre o sétimo e o décimo dia, e a tardia até 42 dias após o nascimento da criança.

A consulta puerperal, apesar do avanço obtido por meio do PHPN, ainda é insatisfatória em número e em qualidade, o que decorre da insuficiência de orientações quanto à necessidade do acompanhamento puerperal, bem como da deficiência de um sistema de referência e contrarreferência entre rede hospitalar e UBS, afastando a mulher desse atendimento (SANTOS, 2010).

Nessa perspectiva, a ampliação do olhar dos profissionais de saúde sobre o puerpério, tanto pelo conhecimento, quanto pela compreensão das interações entre os indivíduos que compõem essa fase, seguramente contribuirá para o planejamento das ações de saúde local. Para isso, é preciso conhecer o contexto que perpassa a atenção puerperal, bem como identificar as expectativas e necessidades reais das mulheres nesse período.

Referências

ALMEIDA, C. M. de. Curva da involução uterina no puerpério normal por ultra-sonografia. 2002. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde coletiva e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006. p.783-835.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. 3. ed. Brasília, DF, 2000.

_____. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Secretaria Executiva. v.1, 2006. (Séries Pactos pela Saúde).

_____. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 163p.

_____. _____. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2004. 80p.

_____. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF. 2001. 199P.

_____. Portaria Nº 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 112-4.

CENTA, M. L.; OBERHOFER, P. R.; CHAMMAS, J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. *Fam. Saúde Desenv.*, v. 4, n. 1, p. 16-22, jan./jun. 2002.

CONASS (BRASIL). *SUS: avanços e desafios*. 2.ed. Brasília-DF, Conass, 2007.167p.

COSTA, R. H.; PORTO, G; WALTER, C. *A nova des-ordem mundial*. São Paulo: Ed. UNESP, 2006.

FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.*, v.8, n.53, p.31-3, 2000.

SANTOS, F.A.P.S.dos. *Vivência de mulheres no puerpério: significado atribuído a revisão pós-parto*. 2010. 87f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem de Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

GARDENAL, C. L. C; PARREIRA, I.; ALMEIDA, J. M. P. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 478-484, jul./ago. 2002.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto. *Rev. Paul. Enferm.*, v. 20, n. 3, p. 18-27. 2001.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p.293-305.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. *Interface-Comunic, Saúde, Educ.*, v.7, n.13, p.109-18, 2003.

MOURA, M. A. V. ;COSTA, G.R. M.; TEIXEIRA,C. S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; v.18, n.3, p.429-34.

NAVAJAS F.E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Org.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. p.10-4.

NOMURA, R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev. Saúde Públ.*, v. 38, n. 1. 2004.

OLIVEIRA, E. M. F. de. *Vivência do homem no puerpério*. 2007. 97f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem de Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, jan./mar. 2008.

PRADO, A. B.; PIOVANOTTI, M. R. A.; VIEIRA, M. L. Concepções de pais e mães sobre comportamento paterno real e ideal. *Psicol. Estud.*, v. 12, n.1, p. 41-50. 2007.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia fundamental*. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 689P.

ROCHA, P. M. A saúde no Brasil contemporâneo: dimensões da crise. In: CASTRO, J. L.; FORMIGA, J. M. M.; VILAR, R. L. A. (Orgs.). *Política e gestão em saúde: reflexos e estudos*. Natal/RN: Ed. Observatório RH/NESC, UFRN, p. 69-93. 2006.

RODRIGUES, D. P.; *et al.* O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto Contexto-Enferm.*, v. 15, n. 2, p. 277-286, 2006.

SALES, A. N.; *et al.* Mastite Puerperal: Estudo de Fatores Predisponentes. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.22, n.10, nov./dez. 2000.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. D. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out., 2004.

SOUZA, E. L. B. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspecto de ginecologia e neonatologia*. 3.ed. Belo Horizonte: Medsi. 2002. p. 215-239.

SOUZA, T. T. *Visita Domiciliária de Enfermagem: uma estratégia para minimizar a ansiedade de puérperas primigestas*. Dissertação (Mestrado). São Paulo-SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2001.

SWENSSON, F. R. C.; GREGÓRIO, R. P.; COSTA, C. T. B. da. Edema pulmonar em gestante no puerpério imediato. *São Paulo Med. J.* 2005; 123 30-30.

UNESCO. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo, 2002. 130p.

WALDOW, V. R. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis-RJ: Vozes; 2006.

PARTE 4

Enfrentamento da Mastectomia

4.1 Classificação do Estado de Saúde de Mulheres Mastectomizadas

Míria Conceição Lavinas Santos

Sâmia Jucá Pinheiro

Elizabeth Moreira Mota

Sâmya Aguiar Lôbo

Mateus Fernandes Saraiva

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

Ana Fátima Carvalho Fernandes

A percepção do estado de saúde e da qualidade de vida de pacientes, bem como o impacto de patologia vivenciada e respectivo tratamento são reconhecidos como um tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos (FAYERS, 2000).

O termo saúde não é de fácil definição e tem-se transformado ao longo da história. A definição mais adotada é a da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, significando, desse modo, um marco conceptual (OMS, 2006).

Outra maneira de conceber saúde é representada desde a concepção de que os processos técnicos visam à cura das doenças e que o cuidado humanizado, envolvendo a escuta e o diálogo, se articulado com o cuidado, possibilita ações de saúde (BOSSI, 2007). Visualiza-se, ainda, a abordagem epidemiológica e antropológica (visão política, social e cultural) na interação corpo-mente, reconhecendo as percepções, as emoções, as atitudes, os pensamentos e os significados que afetam o corpo da pessoa. Com os significados e valores com que desempenha o autocuidado, ou seja, assume seu próprio poder no cuidado de si e busca alternativa para manter-se sau-

dável e como um organismo bioenergético, a mudança é unidirecional e imprevisível e a pessoa perpassa por estágios de organização e desorganização que caracterizam seu padrão próprio de manter, promover e recuperar a saúde (BACKES, 2009).

No contexto da mulher mastectomizada, promover à saúde envolve a utilização de medidas terapêuticas disponíveis contra o câncer de mama: a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia, em prol de uma qualidade de vida (NETTO; CARVALHO; OLIVEIRA, 2002). Apesar de o tratamento consistir na associação dessas medidas, a cirurgia, atualmente, continua sendo a possibilidade terapêutica de escolha em 60% dos casos, além de que é empregada no diagnóstico e estadiamento de mais de 90% de todos os casos de câncer, com a finalidade de aumentar as possibilidades de cura e de sobrevida (NETTO; CARVALHO; OLIVEIRA, 2002).

A abordagem cirúrgica resulta em mutilação com importante repercussão nas esferas física, psicológica e social. Assim, a saúde com qualidade de vida dessas mulheres depende de sua reabilitação.

Nesse sentido, importante aspecto a ser considerado é a relação entre a mastectomia e a saúde que se desvela não apenas através do processo saúde-doença, mas também e, sobretudo, como processo de viver humano. Neste processo, as políticas públicas atuais de controle do câncer, além das diretrizes voltadas para a detecção precoce do câncer de mama, preveem ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida das mulheres após o tratamento, pois a mulher com diagnóstico de câncer de mama deve ser vista de forma integral e preparada para o contexto social (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

Conhecer a avaliação do estado de saúde de mulheres mastectomizadas fundamenta-se em apreender as perspectivas das pacientes acerca das atitudes de construção e reconstrução do fenômeno saúde que influenciaram e influenciam a vida diária com vista à melhoria da qualidade de vida.

Em face desse contexto, classificamos o estado de saúde de 48 mulheres mastectomizadas atendidas em ambulatório de Oncologia Clínica (hormonioterapia) de Hospital de referência em Oncologia, do município de Fortaleza-Ceará.

Para composição da casuística, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pacientes com idade igual ou maior de 20 anos; tratada por mastectomia do tipo radical modificada unilateral, e tempo de mastectomia superior a 12 meses. Como critérios de exclusão, foram considerados: realização de reconstrução mamária e presença de metástase.

A seleção das entrevistadas foi procedida de forma aleatória, com participação voluntária, após obtenção do consentimento livre e esclarecido das pacientes. A pesquisa foi conduzida de acordo com as recomendações da Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme Parecer Nº 115/09.

Os dados foram coletados de acordo com o instrumento SF-36 (CICONELLI, 1997). Dados sociodemográficos foram identificados antes da aplicação do instrumento sobre a classificação do estado de saúde das mulheres mastectomizadas.

Perfil sociodemográfico e econômico das mulheres mastectomizadas, tempo de cirurgia e ter exercido a maternidade

Tabela 1 – Apresentação dos Valores Mínimo e Máximo, Média e Desvio Padrão das Variáveis, Idade, Renda Familiar e Tempo de Mastectomia. Hosp. de Referência em Oncologia. Fortaleza, CE, 2009

Variáveis (n = 48)	Mínimo-Máximo	Média
Idade (em anos)	38-89	58,2 ± 10,6
Renda familiar (em reais)	120,00-2500,00	506,25 ± 397,76
Tempo de mastectomia (em meses)	14-151	55,4 ± 28,7

A idade das participantes foi bem heterogênea (desvio padrão = 10,6), com variação entre 38 e 89 anos, reunindo mulheres jovens às mais idosas. Quer dizer, a mastectomia é medida terapêutica contra o câncer de mama com indicação para todas as idades.

A renda familiar foi compatível para um grupo assistido no serviço público, mostrando-se, em geral, deficiente.

O tempo de cirurgia variou de um ano e dois meses a mais de 14 anos.

Tabela 2 – Distribuição do Número de Mulheres Mastectomizadas de acordo com Variáveis Socioeconômicas e Ter Exercido a Maternidade. Hosp. de Referência em Oncologia. Fortaleza, CE, 2009

Variáveis (n = 48)	Nº.	%
Escolaridade		
Sem escolaridade	5	10,4
Ensino fundamental	30	62,5

continuação

Ensino médio e superior	13	27,1
Ocupação		
Remunerada	17	35,4
Não remunerada	31	64,6
Com religião	48	100,0
Estado Marital		
Casada ou em união consensual	27	56,2
Solteiras	21	43,8
Exercício da maternidade		
Sim	39	81,3
Não	3	18,7

Conforme apresentado na tabela 2, a escolaridade das participantes predominou no ensino fundamental, correspondendo a 30 (62,5%) mulheres. Em relação à ocupação, mais da metade não possuía ocupação remunerada, estando 31 (64,6%) nessa condição. Todas as mulheres afirmaram seguir alguma religião. Houve predomínio de mulheres casadas, correspondendo a 27 (56,2%) e 39 (81,3%) mulheres que haviam exercido a maternidade.

Classificação do estado de saúde de mulheres mastectomizadas

Tabela 3 – Classificação do Estado de Saúde das Mulheres Mastectomizadas Segundo Instrumento SF-36. Hosp. de Referência em Oncologia. Fortaleza-CE, 2009

Classificação do estado de saúde	Nº.	%
Excelente	1	2,0
Muito bom	7	14,7
Boa	37	77,0
Ruim	3	6,3

A avaliação do estado de saúde “Excelente” e “Muito bom” referiu-se a mudanças de hábitos, como a introdução do lazer, de uma ocupação e a realização de algo novo a partir do diagnóstico de câncer de mama.

A classificação do estado de saúde em que houve predomínio – “Boa” correspondeu a 37 (77,0%) mulheres. Esta foi associada à capacidade de interação com outros, isto é, estar engajada em relações afetivas e significativas, o convívio com a família, as conversas com os amigos e a aproximação com a religião, proporcionando-lhes conforto, alegria e bem-estar.

A classificação do estado de saúde como “Ruim” pelas mulheres do estudo foi relacionada à ausência de sintomas, mas justificada pelo caminhar com a doença, buscando no tratamento convencional a tão almejada reabilitação.

Assim, os resultados deste estudo reforçam que os aspectos psicossociais estão fortemente associados às diferenças na autoavaliação do que seja saúde, ou seja, a classificação com base nas percepções e experiências individuais, sociais e biológicas.

A verificação do conjunto de variáveis levantadas neste estudo, associada principalmente ao tempo de mastectomia, justifica-se pela classificação do estado de saúde em boa (77,0%) pelo grupo de mulheres mastectomizadas.

No tocante ao tempo médio de mastectomia, considerou-se o tempo superior a 50 meses fator de importância como parâmetro de evolução de tratamento, que pode também se constituir em um indicador de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

Acredita-se que, com este tempo, vários mecanismos de enfrentamento foram ativados nessas mulheres, motivando-as a um crescimento pessoal, tornando-as questio-

nadoras sobre si mesmas, sua doença, seu tratamento e buscando meios para a promoção de sua saúde.

Estudos anteriores identificaram que as mulheres encontraram no câncer um fator primordial da descoberta de valores e aspectos significativos de suas vidas, isto porque o câncer possibilitou mudanças significativas relacionadas à experiência de renovação dos objetivos de vida, através de uma reflexão sobre si mesma e seu lugar no mundo (PINHEIRO *et al.*, 2008; LOTTI *et al.*, 2008). O ser portador de câncer de mama deu-lhes oportunidades de viver de forma mais saudável, mudando hábitos, atitudes e estilo de vida (PINHEIRO *et al.*, 2008). A esperança renovada com a perspectiva da cura e o desejo de viver dão início a um processo que se traduz em uma melhora da saúde (ROSSI; SANTOS, 2003).

O impacto do câncer propicia uma reavaliação da mulher em relação as suas prioridades, as mulheres passam a apreciar a vida e sentem-se felizes por estarem vivas (FERNANDES; MAMEDE, 2003). Nesse processo de adoecer, a mulher com câncer realiza uma renovação dos objetivos de vida através da reflexão sobre si mesma e seu lugar no mundo e busca por estratégias que propiciem mudanças de comportamento no seu estilo de vida e nas formas de pensar e refletir sobre a doença e, assim, compreende que corpo e mente deve estar em harmonia para a busca de um equilíbrio emocional, levando-as a preservar a saúde (RODRIGUES; SILVA, RODRIGUES, 2002; SILVA; SANTOS, 2010).

O grau de instrução predominante foi o ensino fundamental. A escolaridade das mulheres deve ser considerada, pois sinaliza a maneira como as mulheres classificam o seu estado de saúde. Necessário mencionar a influência das condições culturais como resultado da não participação e decisão de exposição a riscos que causam danos à saúde,

estendendo-se ao impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica da mulher e de sua família (BIFFI; MAMEDE, 2010).

Estudos têm comprovado que as pacientes com câncer de mama que tiveram a oportunidade de participar da tomada de decisão acerca de seu tratamento experimentaram menos ansiedade e depressão (BIFFI; MAMEDE, 2010; ARANTES; MAMEDE, 2003). As mulheres demonstraram adaptação às mudanças e se mobilizaram diante do enfrentamento dos problemas e do controle na tomada de decisão com relação a seu tratamento, corroborando o resultado deste estudo (ARANTES; MAMEDE, 2003).

Quanto à ocupação, pôde-se observar o predomínio de ocupação não remunerada no grupo de mulheres. Essa baixa ocupação remunerada contribui com a baixa renda familiar entre as mulheres deste estudo. Pesquisa realizada com mulheres mastectomizadas elucidou que ter ocupação ou o retornar às atividades profissionais era encarado pelas mulheres como uma terapia que renova o desejo de viver, estimulando um novo estado mental (RODRIGUES; SILVA, RODRIGUES, 2002). As mulheres revelaram que “o trabalho é um caminho para a cura.” Outros autores observaram que as mulheres afastadas do trabalho ou de suas atividades usuais devido ao tratamento para o câncer de mama apresentaram risco aumentado de prejuízo na qualidade de vida (ROSSI; SANTOS, 2003).

A respeito do estado marital, estudos afirmam que um casamento bem estruturado fornece apoio social e/ou barra os efeitos do estresse; enquanto um mau casamento, a perda de um parceiro, ou mesmo o fato de estar descasada tem efeitos prejudiciais ao bom funcionamento orgânico (FERREIRA; FRANCO; QUEIROZ, 2002; FUNGHETTO; TERRA; WOLFF, 2003). O casamento, provavelmente, influencia na

saúde, na posição social e na sobrevivência, servindo de apoio a muitos procedimentos e caminhos psicológicos.

Outro fator que pode ter contribuído para a classificação do estado de saúde em “Boa”, neste estudo, foi a constituição da família, caracterizada pelo casamento e pela presença dos filhos, de modo a considerar que a família representa uma importante rede de suporte emocional, fundamental para a recuperação da doença, referida como saudável, como algo que estimulava e renovava a vontade de viver dessas mulheres.

Vários estudos apontam a família como o elemento significativo na recuperação de mulheres com câncer de mama. A família é ressaltada como suporte de ajuda e/ou sistema de apoio que contribui para a recuperação da paciente, uma vez que o enfrentamento da doença pela família desenvolve formas de cuidado que garantem a proteção do seu ente querido; ao mesmo tempo, a paciente encontra na família um fortalecimento de si própria através de ajuda e afeto (COSTA; LEITE, 2009; BIELEMANN, 2003; SILVA *et al.*, 2010).

Constatou-se também que a religião foi aliada das mulheres deste estudo, resultado que vai ao encontro da literatura. Estudos referem que a religião favorece as mulheres com câncer de mama uma proteção contra a depressão e a neutralização das tensões (RODRIGUES; SILVA, RODRIGUES, 2002; GONÇALVES, 2000). A fé na cura se assenta na crença da doente num poder superior, um Deus que dá esperança e crédito, constituindo-se um modo de pensar construtivo (RODRIGUES, SILVA, RODRIGUES, 2002; COSTA, LEITE, 2009). Esta forma de percepção induz ao relaxamento que neutraliza a tensão e, muitas vezes, oferece a chave do restabelecimento. Assim, a religião lhes serve de apoio e, apegando-se à espiritualidade, buscam pela cura uma

segunda oportunidade de vida trazida pela sobrevivência (RODRIGUES; SILVA, RODRIGUES, 2002; COSTA; LEITE, 2009).

Salienta-se que as terapias religiosas curam ao impor ordem sobre a experiência caótica da doente e da família. As mulheres com câncer de mama buscaram na espiritualidade e nas terapias complementares um novo sentido de vida (LÉVI-STRAUSS, 1967; CORBELLINI; COMIOTTO, 2000).

Verificou-se que a mastectomia proporcionou uma forma de *insight* e autoconhecimento, motivando as mulheres deste estudo a determinarem ou decidirem por novas estratégias de vida, com prioridades, significados e valores melhores definidos no que consideram ser uma nova vida, ou seja, essa maneira de classificar o estado de saúde.

Este estudo reafirma a importância de outros estudos que envolvam a autoavaliação do estado de saúde de mulheres mastectomizadas para compreensão de suas particularidades com maior propriedade e aprofundamento das dimensões envolvidas na autoavaliação de saúde, permitindo uma operacionalização de ações voltadas à saúde, pautadas na opinião dessas mulheres, com vistas a um planejamento individualizado do cuidado de enfermagem e uma melhor qualidade de vida.

Referências

ARANTES, S. L.; MAMEDE, M. V. A. Participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.11, n.1, p.49-58. 2003.

BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. Enferm. UERJ*, v.17, n.1, p.111-117. 2009.

BIELEMANN, V. L. M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. *Rev. Bras. Enferm.*, v.56, n.2, p.133-137. 2003.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Percepção do funcionamento familiar entre familiares de mulheres sobreviventes ao câncer de mama: diferenças de gênero. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.18, n.2, p.269-277. 2010.

BOSI M, L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação do cuidado em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.41, n.1, p.150-153. 2007.

CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short form health survey (SF-36)".* 1997. ? f. Tese (Doutorado). Faculdade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

CORBELLINI, V. L.; COMIOTTO, M. S. Hoje eu me sinto em paz, eu deito agradecendo a Deus; se nós não temos fé, nós não somos ninguém. *Mundo Saúde*, v.24, n.6, p.510-514. 2000.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Rev. Bras. Cancerol.*, v.55, n.4, p.355-364. 2009.

FAYERS, P. M. O. *Quality of life assessment, analysis and interpretation.* Chichester: John Wiley, 2000.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. *Câncer de mama: mulheres que sobreviveram*. Fortaleza: Editora UFC; 2003.

FERREIRA M. L. S. M.; FRANCO, C. B.; Queiroz, F. C. Construindo o significado da mastectomia: experiência de mulheres no pós-operatório. *Rev. Ciências Médicas*, v.11, n.1, p.47-54. 2002.

FUNGHETTO, S. S.; TERRA, M. G.; WOLFF, L. R. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. *Rev. Bras. Enferm.*, v.56, n.5, p.528-532. 2003.

GONÇALVES, M. *A religiosidade como fator de proteção contra transtornos depressivos em pacientes acometidas com patologia oncológica da mama*. 2000. f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Instituto Nacional do Câncer. *Controle do câncer de mama* [Internet]. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br> > . Acesso em: 20 abr. 2004.

LÉVI-STRAUSS. *Antropologia estrutural*. 2.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

LOTTI, R. C. B. *et al.* Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Rev. Bras. Cancerol.*, v.54, n.4, p.367-367. 2008.

NETTO, M. M.; CARVALHO, S. M. T.; OLIVEIRA, A. G. C. Câncer de mama: Estádios clínicos iniciais (ECI e ECII). In: KOWALSKI, I. P. *et al. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia*. 2.ed. São Paulo: Âmbito Editores Ltda, 2002. p.645-646, 663P.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Saúde* [Internet]. Disponível em: < www.who.int/helth-drugs-drugs > . Acesso em: 15 jun. 2006.

PINHEIRO, C. P. O. *et al.* Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, v.16, n.4, p.733-738. 2008.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, M. S. P. Relações de interdependência assumidas pelas mulheres mastectomizadas. *Esc. Anna Nery*, v.6, n.3, p.437-449. 2002.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol. Cienc. Prof.*, v.23, n.4, p.32-41. 2003.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Estresse pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, v.18, n.4, p.688-695. 2010.

SILVA, S. E. D. *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o auto-cuidado. *Rev. Bras. Enferm.*, v.63, n.5, p.727-734. 2010.

4.2 Sentimentos que Interferem na Inteligência Emocional de Mulheres Mastectomizadas

Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa

Mariza Silva de Oliveira

Anna Paula Sousa da Silva

Carolina Maria de Lima Carvalho

Ana Fátima Carvalho Fernandes

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou, para 2010, cerca de 49.240 novos casos de câncer de mama no Brasil, constituindo-se o câncer a doença que mais mata as mulheres. Estes números correspondem à taxa bruta de incidência de 49 casos para cada 100.000 habitantes. A estimativa para o Nordeste foi de 8.270 casos novos, nesse mesmo ano, e para o Ceará, estimou-se uma taxa de incidência de 37,29 para cada 100.000 habitantes, com 1.660 novos casos. Em Fortaleza, projetou-se, para 2010, 690 novos casos com taxa de incidência de 51,57 (BRASIL, 2010).

O incremento da incidência de neoplasia mamária tem ocasionado um número elevado de tratamentos cirúrgicos, de campanhas de prevenção e tem contribuído para a modernização dos equipamentos de diagnóstico precoce (BELZARENA, 2008). O câncer de mama é visto pela mulher como uma doença ameaçadora, devastadora, horrível, apavorante, perigosa, triste, preocupante e incontrolável. Ao ser diagnosticada, este afeta profundamente as dimensões biopsicossociais, devido à conotação cultural da sociedade de que a figura feminina precisa ter mamas saudáveis e que qualquer anormalidade poderá ser um fator de discriminação e de desvalorização (PEREIRA, ROSENHEIN, BULHOSA, *et al.*, 2006).

A mama é a metonímia do feminino e, dentro de um espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as

pacientes à uma série de questões, como por exemplo, o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina ou a mãe que amamenta (CANTINELLI, CAMACHO, SMALETZ, *et al.*, 2006). Assim, sentimentos de incerteza e de insegurança tornam-se percebíveis e geralmente prolongam-se durante o tratamento, reabilitação e readaptação ao meio social, quando a mulher submete-se a uma mastectomia.

Todos esses sentimentos supracitados, associados às situações vivenciadas pelas mulheres mastectomizadas, costumam desequilibrar a inteligência emocional, resultando em um maior gasto energético e desmotivação, chegando a interferir no relacionamento interpessoal, na autoestima e na autoconfiança, gerando nesse perfil de mulheres sentimentos de estresse, ansiedade e depressão.

O conceito de inteligência emocional foi definido, em 1990, como um conjunto de habilidades relacionadas à percepção, à expressão e à regulação das emoções em si mesmo e nos outros e a utilização das emoções para motivar, planejar e atingir objetivos na vida (NORONHA, 2007).

Em seguida, este conceito foi transformado em um modelo de inteligência emocional no qual foi aprimorado e passou a ser explicado por meio de um sistema de quatro níveis, com organização hierárquica, de acordo com a complexidade dos processos psicológicos envolvidos: 1) percepção, avaliação e expressão da emoção (percepção de emoções); 2) emoções como facilitadora do pensamento (facilitadora do pensamento); 3) compreensão, análise de emoções e emprego do conhecimento emocional (conhecimento emocional) e 4) controle reflexivo de emoções para promover o crescimento emocional e intelectual (regulação emocional) (NORONHA, 2007).

As descobertas relativas à arquitetura emocional do cérebro mostram a existência de circuitos que determinam o

comportamento das pessoas. Embora as lições aprendidas na infância modelem os circuitos emocionais, que comandam a raiva, o medo, a paixão, a alegria, quando adulto, estes circuitos podem ser trabalhados e os hábitos adquiridos podem ser moldados (GOLEMAN, 1999).

Os sentimentos mais fortes demonstrados pelo ser humano são: o medo, a culpa, a tristeza, a alegria e a raiva, tornando imprescindível ao indivíduo aprender a lidar com estes. As pessoas que sabem controlar as emoções são aquelas que obtêm mais sucesso na vida, em qualquer tipo de situação que possa ser mensurada, como, por exemplo, nas provas de vestibular (GOLEMAN, 1999). As mulheres mastectomizadas costumam apresentar alguns destes sentimentos no período pré e pós-operatório, podendo interferir e se prolongar durante todo o processo de tratamento, readaptação e reabilitação.

A livre expressão e a liberação desses sentimentos negativos, que interferem no estabelecimento de uma atmosfera saudável no contexto pessoal, familiar e social, são imprescindíveis para garantir que a paciente consiga se fortalecer psicologicamente e favorecer o processo de readaptação e reabilitação (FERNANDES, BARBOSA, SILVA, 2002)

Assim, é válido enfatizar que a inserção das mulheres mastectomizadas em grupos de apoio permite o compartilhamento de suas histórias, vivências, maneiras de superar obstáculos, oferecendo conselhos e encorajamentos. Além disso, essa estratégia promove benefícios em relação à interação, a comunicação, o envolvimento e a motivação, com o objetivo de recuperar o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida, proporcionando, no entanto, que estas mulheres retornem à plenitude de suas atividades profissionais, domésticas e de estímulos emocionais para a reabilitação total (OLIVEIRA, SOUZA, FERNANDES, 2008)

Nessa perspectiva, acredita-se que, ao se trabalhar a inteligência emocional dessas mulheres, esta permita facilitar o processo de desenvolvimento de suas competências emocionais, que abrangem as competências pessoais que determinam a forma como nos gerimos, envolvendo a autoconsciência; a autorregulação e a motivação; e as competências sociais que determinam a forma como nos relacionamos e se referem à empatia e às destrezas sociais. (GOLEMAN, 1999).

Com base neste exposto, abordamos a compreensão das emoções que interferem na inteligência emocional de mulheres mastectomizadas.

Cenário das mulheres mastectomizadas

Participaram 17 mulheres mastectomizadas, integrantes de um grupo de apoio intitulado: Grupo de Ensino, Pesquisa e Assistência à Mulher Mastectomizada – GEPAM, que funciona no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, localizada no município de Fortaleza-CE. Como critério de inclusão dos sujeitos, consideramos a participação efetiva das mulheres nas atividades do GEPAM.

As atividades do GEPAM acontecem às sextas-feiras, no turno da manhã, sendo os meses de abril e maio de 2009 usados para coletar os dados aqui descritos. Esta tarefa foi realizada por entrevista semiestruturada, cujo instrumento foi previamente testado. Esse instrumento permitia o registro das observações livres feitas assim como as anotações simultâneas das falas expressas durante o desenvolvimento das atividades.

As falas foram agrupadas de acordo com a temática em questão, para em seguida, serem analisados conforme

a literatura pertinente da área (MINAYO, 2007). Para a preservação do anonimato, as participantes do estudo foram denominadas pela letra M de “Mulher mastectomizada” seguida da numeração arábica conforme a ordem das entrevistas.

A pesquisa obedeceu ao que preconiza a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, a qual se refere à pesquisa com seres humanos e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), que aprovou a sua realização conforme o Protocolo Nº 67/04.

Sentimentos que interferem na inteligência emocional de mulheres mastectomizadas

Algumas mulheres resgataram e aproximaram-se de sua história de vida, ao relatarem fatos e sentimentos da sua trajetória e de si mesmas e ao grupo e tornaram-se conscientes a sua existência enfatizando situações vividas no processo de adoecer.

A expressão de emoções por meio de palavras é um ato difícil, haja vista que, desde crianças, somos condicionados a não dizer aos outros o que sentimos, principalmente se o sentimento for percebido como algo que nos inferioriza, pois falar sobre as experiências possibilita torná-las reais dentro da própria consciência.

Percebemos por meio das falas analisadas que algumas mulheres, apesar de expressarem vergonha e timidez, pareciam considerar a necessidade de expressão por meios de palavras. Observamos a dificuldade em lidar com sentimentos, como o medo: *Tenho medo de ficar doente pelas mãos dos outros* (M1). *Tenho medo de ficar dando trabalho aos outros* (M2). *Medo de ficar só e abandonada* (M3). *Tenho medo de ficar velha na solidão, pelas mãos dos outros* (M4).

Essas falas demonstram que muitas mulheres parecem compartilhar a relação da morte com o sofrimento, pois algumas se referiram ao medo de incomodar aos outros. Tal sentimento é definido clinicamente como uma perturbação angustiosa do ânimo devido a um risco ou a uma ameaça real que se apresenta na imaginação. O medo é uma situação emotiva primária e fundamental, que está presente no homem desde os primeiros dias de sua vida (ausência da mãe, escuro, um forte ruído), e traz consigo fenômenos físicos derivados (alteração do pulso e da respiração, reações motoras), que variam de acordo com o temperamento individual de cada indivíduo (FUNGHETTO, TERRA, WOLFF, 2003).

As mulheres relataram, com profundo sofrimento, o afastamento de amigos e parentes logo após o diagnóstico. Isto pode estar associado ao medo dos indivíduos de deparar-se com a própria morte e com sua finitude. E, ainda, relataram outras situações que expressam o medo: *Da solidão* (M6). *Eu tenho medo de morrer e deixar os entes queridos, medo da separação* (M8). *Da solidão e do abandono* (M9). *O que mais me dá medo é o afastamento das pessoas* (M10). *Da morte principalmente* (M11).

Frente a estas constatações, existe a possibilidade da dinâmica familiar ser alterada, uma vez que a mulher sente-se ameaçada e o sentimento de medo começa a ser parte integrante de seu cotidiano. O diagnóstico, assim como as diferentes fases do tratamento, traz importantes consequências na vida das mulheres. Uma delas é a dificuldade de retomar a sua vida pessoal e também social (DUARTE, ANDRADE, 2003).

Além disso, o medo e os mistérios que cercam a morte são certamente tão antigos quanto à consciência deles. No passado, morria-se em família, acompanhado dos entes queridos (inclusive as crianças) e, na melhor das hipóteses,

acompanhado também do sacerdote. Nas falas das mulheres, percebemos o medo de morrer na situação de abandono e de solidão.

Muitas mulheres sobreviventes de câncer de mama elaboram um processo de conscientização existencial de ser mortal e da capacidade do câncer causar a morte. O reconhecimento por parte dessas mulheres de sua própria finitude permite que elas comecem a ter uma atitude mais ativa no direcionamento de suas vidas, estimulando-as a buscarem estratégias eficazes para lidar com essa situação de desamparo e medo. Neste estudo, as mulheres referiram como soluções para os seus medos: *Amadurecer e se preparar para a realidade* (M5). *Me “pegar” com Deus* (M6). *Ficar alerta para não ferir os outros* (M9). *Ser mais solidária. As pessoas têm que se ajudar mais* (M13). *Rezar muito e se entregar às orações* (M14).

Durante toda a vida, o medo influencia, reforçando o lado negativo das situações. Este sentimento provém de lembranças traumáticas de algum fato ocorrido. Estas permanecem fixas na função cerebral interferindo na aprendizagem posterior. Assim, quando ele é vivenciado, ocorrem transformações em todo nosso corpo, pois o sangue flui para os músculos esqueléticos, como os das pernas, facilitando a fuga, se necessário, enquanto o rosto fica lívido, pois o sangue é subtraído, daí dizer-se que alguém ficou “gélido”. Ao mesmo tempo, o corpo imobiliza-se por alguns momentos para permitir que o indivíduo crie coragem de agir ou fugir, e esconder-se (GOLEMAN, 1999).

Embora haja impulso espontâneo quando se tem medo, como por exemplo, o de fugir, ele poderá ser bloqueado pela força de vontade. Esta é um mecanismo de emergência sob controle do ego que pode, em certas circunstâncias, anular as reações emocionais, e, em outras, nos salvar

a vida. Entretanto, essa reação não diminui a sensação de apreensão, permite apenas que o indivíduo defenda-se ou avance contra o perigo.

O medo com o inesperado são algumas das condições que acabam ocasionando a perda do equilíbrio, da saúde e do *self*. Para algumas mulheres, o câncer de mama é tão temido que elas descrevem a doença com outros nomes (FUNGHETTO, TERRA, WOLFF, 2003). Em outro aspecto, pensamentos negativos, como o medo, exigem um enorme dispêndio de energia pessoal. A pessoa que tenta esconder esse sentimento desperdiça uma grande quantidade de suas energias e dificilmente consegue manter suas atividades cotidianas. Além desses sinais, a pessoa que sente medo pode tornar-se hiperativa, trabalhando horas a fio, pode ter comportamentos obsessivos sobre assuntos variados, pode se isolar emocionalmente. Tudo isto é prejudicial para qualquer pessoa, mas, sobretudo, para o paciente com câncer, que precisa de todas as suas forças e energias para combater a doença (SIMONTON, 1990).

Ao analisar os sentimentos expressos pelas mulheres, uma das emoções mais fortes foi a raiva. Geralmente, a pessoa com câncer consegue expressar esse sentimento durante os encontros grupais, surpreendendo as companheiras e facilitando o processo de exteriorização de pensamentos conflituosos. Eis as falas:

Tenho raiva porque minha filha não me dá atenção e isto me aborrece (M9). Tenho raiva do autoritarismo do meu marido, principalmente quando ele diz que é só ele quem manda, quem paga, que eu não sou nada, me menospreza (M4).

Eu tenho raiva de mim, porque não pude me libertar da situação de viver com um homem que bebe (M16).

A raiva está muito relacionada aos fracassos, às frustrações e aos conflitos do homem. Podemos afirmar que, dificilmente, existam pessoas que não tenham alguma vez experienciado um fracasso na vida. Os fracassos e as frustrações são necessários ao processo de aprendizagem do indivíduo (MAYER, SALOVEY, 1997).

As representações associadas ao câncer são, em sua maioria, de cunho negativo, como algo cruel, destrutivo e mutilador. As mudanças vivenciadas pela mulher não são apenas corporais, mas também no convívio social, abrangendo família, amigos e trabalho. Por isso, é importante para a mulher sentir que tem uma rede social de apoio satisfatória, que não irá permitir desistência por parte da mulher. Desta forma, torna mais fácil o enfrentamento da doença e contribui para o processo de readaptação de uma cirurgia mutilante (VIEIRA, LOPES, SHIMO, 2007).

Tenho raiva do meu casamento, desde que me casei, mas não sei me sair. Ele me castrou, eu era inteligente e culta. Isso me magoou muito. Agora, depois de velho está irresponsável. Isso reflete na minha compulsão, como muito. (M9).

O sentimento de raiva desequilibra o corpo e a saúde mental, retirando a energia de adaptação, estimulando o indivíduo a produzir imagens mentais desagradáveis, instigando mais ainda os pensamentos ruins. O indivíduo, nessa condição, adota atitudes inesperadas, decisões precipitadas, enfim, todas as ações são tomadas de forma imediata e impensada.

Durante o aparecimento do sentimento apontado acima, o sangue flui para as mãos, tornando mais fácil sacar da arma ou golpear o inimigo; os batimentos cardíacos aceleram-se e uma onda de hormônios, a adrenalina, entre ou-

tros, gera uma pulsação, energia suficientemente forte para uma atuação vigorosa (GOLEMAN, 1999).

Sinto raiva quando meu marido está embriagado. Ele não bebia quando me casei com ele. Quando ele bebe, ele me olha com um desprezo tão grande, chega me fulmina. (M16).

A maioria das mulheres do estudo não apresentou uma estrutura familiar condizente com suas necessidades. Quanto mais a família for saudável emocionalmente, melhor poderá lidar e trabalhar com o diagnóstico de câncer de um dos seus integrantes, pois quando um de seus membros muda, toda a família é afetada, já que esta constitui um sistema integralizado.

É válido ressaltar a importância de tolerarmos a raiva, seja ela, racional ou não. Isto pode ser realizado quando não se está esquivo da situação. Temos que aprender a ouvir, a suportar as expressões de forma irracional, sabendo que o alívio proveniente de tê-la externado contribuirá para o processo de aceitação da doença. No entanto, só poderemos fazer isso quando tivermos enfrentado o medo da morte, os nossos desejos de destruição e tivermos consciência de nossas próprias defesas, que podem interferir nos cuidados com o paciente (KUBLER-ROSS, 2002).

A raiva pertence ao grupo das emoções de emergência e ativa o sistema simpático-supra-renal para que forneça energia para lutar, pois este sentimento é descarregado no movimento de ataque e atua sobre o sistema límbico que tem um duplo efeito sobre o cérebro. Primeiro ocorre a liberação de catecolaminas que gera um episódio rápido de energia, pois esse surto de energia dura minutos, tempo em que o corpo é preparado para uma boa briga ou rápida fuga, dependendo de como o cérebro emocional avalia a

oposição; a outra onda estimulada pela amígdala percorre a adrenocortical do sistema nervoso e dura mais que o surto de energia de catecolamina, pois estas dura horas ou até mesmo dias, mantendo o cérebro emocional em prontidão com um limiar baixo e tendo raiva por pouco motivo (SOUZA, LOPES, FERNANDES, 2008).

Outros sentimentos muito evidenciados durante a realização das atividades foram culpa e rejeição, reprimidas pelas pessoas portadoras de câncer. Essa repressão de sentimentos sacrifica sua qualidade de vida e, conseqüentemente, pode levar à depressão, alterando a saúde mental dessas pessoas. Os sentimentos negativos citados anteriormente tendem a desaparecer à medida que sentem e expressam de maneira completa, como demonstram as falas:

Sinto-me culpada por não ter lutado para sair do meu casamento. Sinto culpa dentro de mim, porque deixei meu marido me dominar e agora não sei como sair. (M7).

O sentimento de culpa é uma forma de autocondenação que destrói o potencial criativo do ser humano. Este sentimento de culpa precisa ser removido, a fim de restaurar a integridade da personalidade, pois a culpa corrói o poder do ego de controlar o comportamento do indivíduo, incentivando as pessoas a agirem de maneira destrutiva, impedindo os processos naturais de autorregulação do corpo (MAYER, SALOVEY, 1997).

Para o indivíduo libertar-se desse sentimento que consome sua energia de adaptação, a pessoa deve perdoar-se por algo que tenha feito; analisar quais são os fatores geradores de culpa em sua vida; reconhecer que não pode julgar ações passadas, pois atualmente não as faria pelo amadurecimento; dar-se permissão de ser feliz.

O indivíduo a que estamos nos referindo é a mulher com câncer de mama que passa por problemas físicos, emocionais e sociais. Na verdade, ser rejeitado por alguém ou por um grupo social sempre deixa ressentimentos, que, muitas vezes, causam sentimentos de inferioridade, chegando a destruir a autoestima e, claro, a saúde mental.

Na ausência da família ou mesmo nas dificuldades de relacionamento com seus membros, as mulheres mastectomizadas podem apresentar inúmeros sentimentos, inclusive a rejeição, ampliando os estímulos negativos de incertezas e insegurança, como observado nas expressões verbais: *Minha filha não me dá atenção, como me dava antes; hoje sinto que sou rejeitada [...] não desejo isso para ninguém.* (M17).

Os sentimentos de rejeição foram expressos por várias mulheres, especialmente na forma de não aceitação da condição de ser mastectomizada. Nesse depoimento, ficou evidente o quanto a mastectomia alterou o estilo de vida dessas mulheres reduzindo a autoestima delas, principalmente no que diz respeito ao seu relacionamento com seus familiares.

A falta de apoio do marido e de familiares próximos pode ser entendida pela mulher mastectomizada como uma agressão, tornando-a desestimulada a buscar melhores condições de sobrevivência. A expressão de rejeição, tristeza e de revolta consigo é evidente nos depoimentos, pois a família costuma ser considerada como um fundamental suporte emocional no enfrentamento das alterações das atividades cotidianas e restrição de muitas delas como também para a tomada de decisões.

A família, especialmente os parceiros, deve ser trabalhada na tentativa de dar suporte à mulher, durante todo o processo de adoecimento e tratamento do câncer de mama, como também no resgate de sua imagem corporal,

caso a mastectomia seja o procedimento cirúrgico adotado (SOUSA, LOPES, FERNANDES, 2008).

Assim como a família, os grupos de apoio constituem como uma rede social de apoio, desempenhando papel primordial na vida das mulheres mastectomizadas. Tal como a denominação indica, os grupos de ajuda mútua consistem no fato de comumente ser um grupo de formação espontânea entre pessoas que possuem características comuns que visam principalmente à melhoria de alguma situação de patologia, quer seja na saúde orgânica, quer seja na psíquica, ou em ambas (QUEIROZ, NÉRI, 2005).

A ansiedade e a depressão foram muito evidenciadas durante os encontros no grupo. Estes sentimentos estão interligados, muito embora possam surgir em momentos e circunstâncias diferenciadas.

A ansiedade é o estado de angústia, aflição e ânsia. Assim, não pode ser considerada doença. Geralmente, as pessoas chamam de “nervosismo”, “estado de nervos” e “grande apreensão”. Por isso, esse sentimento consiste no sofrimento daqueles que, entre as alternativas, receiam que o pior possa acontecer, ou também uma impaciência com que se espera que algo se realize (VIEIRA, LOPES, SHIMO, 2007).

No momento em que um indivíduo é submetido a um acontecimento novo ou a algo que gere ansiedade, acontece uma série de alterações fisiológicas no organismo, a fim de que ele possa suportar e adaptar-se às mudanças impostas, devido ao estresse gerado. As demandas impostas por situações que excedam a capacidade adaptativa emocional e pessoal desencadeiam uma resposta estressora psicológica composta de estados emocionais cognitivos e emocionais negativos (VIEIRA, LOPES, SHIMO, 2007).

Algumas mulheres revelam que se sentem depressivas. A depressão é uma das características psicológicas das

mulheres com câncer de mama, podendo estar presente em dois ou mais anos após o diagnóstico, manifestando-se através de angústias, sentimentos de culpa e insegurança. Essa condição, muitas vezes, estava associada à sua própria imagem construída em pensamentos, após a realização da mastectomia e a preocupação com a opinião dos filhos, marido e familiares sobre a sua nova imagem. (PINHO *et al.*, 2007).

Fico ansiosa por não conseguir resolver meus problemas e acabo entrando na minha compulsão por comer muito (M3). Estou num beco sem saída, não sou independente (M7). Fico muito ansiosa quando meu marido bebe, porque não sei o que pode acontecer... ele é imprevisível (M11).

Estudo demonstra que, em uma percentagem significativa de pacientes deprimidos, têm sido evidenciadas anormalidades na função neuroendócrina, tais como: hipertrofia adrenal associada à hipersecreção de esteróides; aumento dos níveis de cortisol urinário, maior resposta do cortisol ao ACTH (*hormônio corticotrópico*); alterações da resposta linfocitária a mitógenos em pacientes depressivos e uma redução das células NK (*Natural de Killer*) em pacientes, em situações de luto. Existem razões satisfatórias para se crer que a depressão esteja intimamente associada ao desenvolvimento do câncer. Este risco foi atribuído à diminuição da habilidade dos linfócitos repararem DNA, que pode ter implicação com a iniciação da carcinogênese (ESPERIDIÃO-ANTONIO, 2008).

Em geral, as mulheres que já tinham algum tipo de desordem emocional antes da descoberta da doença estão mais propensas a desenvolvê-las depois do diagnóstico do que aquelas que nunca tiveram nenhuma ocorrência. (PINHO, CAMPOS, FERNANDES, LOBO, 2007).

A automotivação é imprescindível ao equilíbrio das relações interpessoais e intrapessoais. Esta é uma alavanca que impulsiona o indivíduo a elaborar planos para a própria vida, a buscar adaptações e recursos internos para lidar com as adversidades e a manter condições adequadas para a manutenção do bem-estar psicológico (ESPERIDIÃO-ANTONIO, 2008).

Finalizando, os sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas que podem desequilibrar a inteligência emocional foram: o medo, a raiva, a culpa, a rejeição, a ansiedade e a depressão. O medo mostrou-se ligado à solidão, ao abandono, ao afastamento de amigos e parentes e, principalmente, ao medo de morrer. A raiva foi revelada como decorrente de conflitos nas relações com os familiares próximos e com o cônjuge, relacionada, ainda, a fracassos pessoais, frustrações e inabilidade para lidar com o alcoolismo e autoritarismo do marido. Culpa e a rejeição veio relacionado ao domínio do marido e ao fato de não conseguirem lutar para se libertarem do casamento infeliz. A expressão de rejeição, tristeza e revolta a si mesmas foi forte nos depoimentos.

A exteriorização desses sentimentos (mesmo que negativos) permite à mulher descobrir novas estratégias para lidar com os conflitos, diminuir a agressividade em suas relações com o outro, aprender a conviver de uma maneira confortável com os sentimentos negativos. Associado a isso, a mulher consegue transformar os sentimentos que a assustam em algo que faz parte de sua vida. A partir do momento em que a mulher reconhece e toma consciência de suas emoções (medo, raiva, ciúme, culpa, rejeição, alegria, tristeza, vergonha), cria uma chance de aumentar a intimidade, transmitir experiência e compartilhar dificuldades com outras.

Há, certamente, necessidade de mais estudos sobre os sentimentos evidenciados pelas mulheres mastectomizadas durante o período de sua recuperação, readaptação e reabilitação. Assim, são necessárias a ampliação de grupo de mulheres e pesquisas nesta área de modo a permitir o desenvolvimento das competências emocionais de mulheres acometidas pelo câncer. Sugerimos a continuidade deste estudo através de uma intervenção de enfermagem sistemática e assistencial, realizada em ambiente grupal, utilizando como enfoque a teoria da inteligência emocional de Daniel Goleman.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.

BELZARENA, S. D. Estudo comparativo entre anestesia peridural torácica e anestesia geral em mastectomia oncológica. *Revista Brasileira Anestesiologia*, v. 58, n.6, p. 561-568. 2008.

PEREIRA, S. G.; ROSENHEIN, D. P.; BULHOSA, M. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n.6, p. 791-795. 2006.

CANTINELLI, F.S.; CAMACHO, R.S.; SMALETZ, O. *et al.* A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *J. Rev. Psiq. Clín.*, v. 33, n.3, p.124-133. 2006.

NORONHA, A. P. P.; PRIMI, R.; FREITAS, F. A. *et al.* Análise dos itens do Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test: Escalas da área estratégica. *Psicologia em Estudo*, v.12, n.2, p. 415-422. 2007.

GOLEMAN, D. *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. 80. ed. São Paulo: Objetiva; 1999.

FERNANDES, A. F. C.; BARBOSA, I. C. F. J.; SILVA, R. M. Saúde e ambiente terapêutico na reabilitação de mulheres mastectomizadas. *Texto Contexto Enferm.*, v.11, n.3, p. 21-26. 2002.

OLIVEIRA, M.S.; SOUZA, A. M. A.; FERNANDES, A. F. C. Grupo apoio/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], 2008;v.10,n.3,p. 816-822. 2008. Disponível em: < www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a27.htm >

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 4ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

FUNGHETTO, S. S.; TERRA, M. G.; WOLFF, L. R. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. *Rev. Bras. Enfermagem*, v.56, n.5, p.528-532. 2003.

DUARTE, T.P.; ANDRADE, N.A. Enfrentando a mastectomia: análise do relato de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estud. Psicol.*, v.8, n.1, p. 155-163. 2003.

SIMONTON, S. M. *Família e a cura: o método simonton para as famílias que enfrentam uma doença*. Tradução de Heloísa Costa. 2.ed. São Paulo: Summus; 1990.

MAYER, J.D.; SALOVEY, P. What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter DJ (Org.). *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators*. New York: Basic Books, p. 3-31. 1997.

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.*, v. 41, n.2, p. 311-316. 2007.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. Tradução de Paulo Menezes. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

SOUSA, F. S.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. *Convergence with the reality of the body image term in mastectomised woman: reflexive analysis according to Barnum*. [Internet], v.7 n.3. 2008. Disponível em: < www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1802/406 >

QUEIROZ, N.C.; NÉRI, A.L. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.18, n.2, p. 292-299. 2005.

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.*, v.41, n.2, p. 311-316. 2007.

ESPERIDIÃO-ANTONIO, V, *et al.* Neurobiologia das emoções. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v.35, n. 2, p. 55-65. 2008.

PINHO, L.S.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. C. *et al.* Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Rev. Eletrônica Enferm.*, v.91, n.1, p. 154-65. 2007.

PARTE 5

Temas Emergentes

5.1 Expressão da Sexualidade da Mulher Cega com Enfoque na Amamentação

Diana Pires Félix

Mariana Gonçalves de Oliveira

Lorita Marlena Freitag Pagliuca

A sexualidade é a percepção individual sobre si em relação ao feminino e masculino, considerando principalmente os fatores emocionais e culturais, além dos fatores biológicos. Esta percepção interfere inclusive nas relações interpessoais. A sexualidade é vivenciada durante todo o desenvolvimento, modificando-se de acordo com a etapa da vida e influenciando a formação da personalidade do indivíduo (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000).

Analizando o tratamento dispensado à dimensão sexual feminina, percebe-se que a mulher é, geralmente, considerada responsável pela prole, desde a sua gestação à sua educação. Com isto foram destinadas à mulher a atividade doméstica, a atividade de educação e a atividade de cuidado (VIEIRA, 2005).

O corpo como fonte de prazer para a vivência adequada da sexualidade admite considerar a percepção da mama nesta dimensão. Esta é mais do que um órgão sexual secundário. Faz parte do universo feminino, é um símbolo de beleza para a mulher e um símbolo importante para a sociedade, já que é o que proporciona a nutrição dos bebês. Para algumas mulheres, é fonte de prazer e autoestima (SANDRE-PEREIRA, 2003).

Devido à valorização da amamentação, a partir da década de 1980, houve o retorno da visão romântica acerca das mamas, em que estas devem ser usufruídas exclusivamente pelo bebê que está sendo amamentado. Surgiu, as-

sim, um paradoxo entre a sexualidade da mulher e a maternidade. A erotização da mama não é admitida para uma mãe que amamenta, interferindo na vida sexual do casal e levando a um desmame precoce. Portanto, reflete-se sobre ações que promovam o aleitamento materno, considerando o poder da mulher sobre seu corpo e admitindo a vivência da sexualidade dela em relação ao cônjuge (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

A mulher cega vivencia as experiências comuns a todos os indivíduos. Esta pode estudar e trabalhar, ter filhos e amamentar. Mas para a maioria, a pessoa cega também possui certa deficiência nestas atividades comuns ao desenvolvimento humano, sendo, inclusive consideradas assexuadas. Isto é mais intenso para as mulheres, que sofrem uma proteção maior por parte dos familiares (BEZERRA; PAGLIUCA, 2010).

O cego vivencia as situações com mais intensidade, utilizando os sentidos da audição e do tato. Na expressão de sua sexualidade, em particular na formação da autoimagem, estes sentidos são os mais preciosos. É importante o cego tocar-se e, somando-se a isso, ouvir a descrição do que está tocando (MOURA; PEDRO, 2006).

A amamentação faz parte da expressão da sexualidade da mulher, pois envolve o símbolo da feminilidade e contribui para a construção de papéis. Todo este comportamento deve ser estudado pelos profissionais de saúde para garantir o bem-estar biopsicossocial do indivíduo (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000). O cego deve ser incluído nessa atividade, pois como qualquer outro indivíduo, expressa sexualidade e tem o direito de vivenciá-la, sendo importante o profissional de saúde entender e ser capaz de atendê-lo respeitando suas especificidades.

Assim, descreveremos o significado da amamentação para a expressão da sexualidade da mulher cega.

Contexto da expressão pelas mulheres cegas

As expressões foram tomadas no Laboratório de Comunicação em Saúde (LabCom_Saúde) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), no período de julho a novembro de 2010. O LabCom_Saúde foi criado em 2004, fruto de parceria entre o Departamento de Enfermagem da UFC e a Escola de Enfermagem Ribeirão Preto USP com financiamento do CNPq. Tem como objetivo desenvolver estudos sobre comunicação relacionada com o cuidado em saúde, englobando diferentes clientela, além de colaborar na formação de recursos humanos para a área da saúde, em especial para a Enfermagem, através de sua infraestrutura física e tecnológica (LABCOM, 2011).

Participaram sete mulheres maiores de 18 anos, cegas, residentes em Fortaleza. Estas foram contatadas em instituição de convivência para cegos. Para obtenção dos dados, foi utilizada a técnica de oficina que permite a construção de um conhecimento coletivo a partir da vivência grupal, em que podem ser empregados técnicas lúdicas, dinâmicas de grupo, ou o debate (JEOLÁS; FERRARI, 2003). Assim é possível trabalhar aspectos cognitivos e comportamentais, além de valores morais, considerando as experiências e a criatividade de cada participante.

Nas oficinas, há um coordenador para facilitar a atividade grupal, sempre partindo das questões presentes no debate e fundamentados na literatura subjacente. Este deve considerar-se integrante do grupo, participando do processo de criação (CORCIONE, 2004).

As sessões foram gravadas por câmera filmadora com registro de som e imagem. O grupo contou com o auxílio de um observador. A literatura afirma que o material deve ser manipulado pelo observador, que deve auxiliar o coor-

denador nessas atribuições para que este não perca o foco no grupo (DALLAGNOL; TRENCH, 1999).

Foram realizadas duas oficinas com duração de uma hora, em média, cada. Na primeira, foram explicados o tema do estudo e seus objetivos. Neste momento, houve a apresentação dos participantes do grupo, assim como foram acordadas as regras do contrato grupal e foi marcado o encontro seguinte. Foram aplicadas questões norteadoras para incitar o debate sobre sexualidade e as mamas. Na segunda oficina, também se utilizaram perguntas norteadoras, mas, neste momento, as questões tangiam o debate acerca da amamentação.

Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo. Este método permite extrair conhecimentos a partir da mensagem contida nos relatos dos indivíduos pesquisados. Os dados devem ser tratados, considerando as características dos indivíduos, o contexto, o conhecimento do pesquisador, os objetivos da pesquisa e a possibilidade de validação dos resultados (COSTA, 2005).

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Em respeito à Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sendo aprovado com o protocolo Nº 148/10. Dessa forma, foi lido para o grupo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As testemunhas videntes também estavam presentes no momento da leitura do TCLE para confirmar o conteúdo da leitura do termo que estavam assinando.

Características das mulheres cegas

As sete mulheres cegas tinham idade entre 19 e 45 anos. Destas, cinco eram cegas desde o nascimento, uma após a vida adulta e uma na adolescência. Quatro eram sol-

teiras e três casadas. Seis mulheres apresentaram a escolaridade até o ensino médio completo e uma ensino médio incompleto. Dentre as participantes, duas eram massoterapeutas e cinco donas de casa. Para este estudo, os sujeitos foram denominados com nome de flores, com a finalidade de preservar o anonimato das suas identidades.

Os dados foram categorizados a partir das temáticas debatidas nas oficinas. Assim foram divididos em dois temas. O tema Sexualidade, que se subdividiu em quatro subtemas: Definição de sexualidade; Sexualidade e as fases do desenvolvimento; Aspectos culturais da sexualidade; e Autoimagem corporal e auto-estima. E o tema Amamentação, que também se subdividiu em quatro subtemas: Sentimentos favoráveis à amamentação; Expressões negativas quanto à amamentação; Amamentação e Sexualidade; e Informações sobre amamentação.

Sexualidade

Nesta temática, as falas estão dispostas nos quatro subtemas anteriormente referidos, uma vez que a temática mostrou-se amplamente abordada sob diferentes focos.

Definição de sexualidade

As cegas compreendem que sexualidade está incorporada ao comportamento, sendo expressa através da feminilidade, da sensualidade, da junção de vários fatores. Este comportamento também sofre mudanças de acordo com o momento vivido por cada indivíduo, sendo a autoestima um fator importante para a expressão da sexualidade.

Para mim, eu acho que a sexualidade está ligada à feminilidade, ao jeito de se comportar, à sensualidade, depende da ocasião. Girassol.

Eu acho que é uma junção da auto-estima, da sensualidade. Eu acho que é uma junção, depende do momento que você está vivendo, assim, da vida mesmo[...] Se você está bem, se sente melhor[...] Margarida.

Sexualidade e as fases do desenvolvimento

A identificação da sexualidade voltou-se para as fases do desenvolvimento humano. É exposta a sexualidade a partir das mudanças da puberdade ou como fator inerente do comportamento humano, pois já está presente quando a criança é bem jovem, apresentando-se na forma de diferenciação de gêneros. Estão também nesta categoria as experiências vividas pelas próprias participantes do grupo.

Eu acho que é assim, a fase, começa na adolescência, aí vai os primeiros passos do desenvolvimento, a menstruação[...] Lírio.

Eu penso que não é só na adolescência não, porque tem um meninozinho[...] Viu um bebezinho no andajá rosa... Aí disse “tia isso aí é de mulher”[...] Já sabe o que é de mulher e de homem[...] Orquídea.

Aspectos culturais da sexualidade

O conteúdo das falas destacadas nesta categoria reflete a importância da educação familiar para o desenvolvimento da sexualidade do indivíduo, transmitindo as idéias dos papéis de gênero. Há preocupação em disciplinar o comportamento sexual feminino, conduzindo-o para o encobrimento do corpo. A mídia também influencia nesta formação do comportamento.

As participantes receberam orientações sobre sexualidade de outras mulheres, seja na família ou no meio externo. Assim como nos meios de comunicação. Algumas mulheres aprenderam que os homens têm direito diferente delas.

Vai muito pela família. A família coloca na cabeça, a gente vai crescendo ouvindo que a mulher pode fazer isso, o homem pode fazer aquilo, a divisão dos sexos. Rosa.

Os meios de comunicação contribuem muito. Imagina duas crianças que estão vendo duas pessoas se beijando. Porque elas fazem, também querem saber por que aquilo está acontecendo, como acontece. Os programas que assistem contribuem muito para este descobrimento. Cravo.

Autoimagem corporal e autoestima

As experiências vividas pelas mulheres cegas estão presentes nesta categoria. Estas demonstram como se sentem com relação ao seu corpo, a experiência delas com as mães na expressão das suas sexualidades e a importância do parceiro para afirmar sua autoestima.

Elas constroem um modelo de corpo desejável a partir da experiência de tocar o corpo de outras pessoas com as quais convivem, aliado à descrição dos videntes, ou a partir da mídia, do que seria um corpo ideal. Ao debater sobre este assunto, as mulheres se tocaram, ou tocaram as outras participantes.

As mulheres cegas revelaram com quais partes dos seus corpos estavam satisfeitas e que partes gostariam de modificar. Também falaram sobre os corpos das outras participantes, exemplificando quais partes dos corpos das outras era desejável.

Se eu estiver bem, eu me sinto linda, depende do momento da vida. O parceiro me ajuda na minha auto-estima, quando ele diz que eu estou bonita, linda. Margarida.

[...] Eu gosto de ser estimulada no seio e gosto de estimular o homem[...] (risos). Girassol

Eu pego o da minha irmã para comparar com o meu. Orquídea.

Amamentação

Na segunda oficina, o debate ficou centrado nas questões referentes à amamentação e a relação deste ato com a sexualidade, em que os subtemas versaram sobre as diferentes formas de vivenciar a amamentação.

Apenas duas mulheres vivenciaram a amamentação. As demais participaram do debate, contribuindo com suas impressões construídas na convivência com outras mulheres.

Sentimentos favoráveis à amamentação

A amamentação é importante, pois a mãe estabelece o vínculo com a criança e adquire fatores de proteção contra algumas doenças, entre elas o câncer de mama, além de favorecer a contração uterina mais rápida. Outro fator que favorece o ato de amamentar é o fato de ser prático, pois não é necessário haver preparo da alimentação para o bebê.

Deve ser lindo o carinho com gestos individuais das crianças. O carinho da criança é uma retribuição para a mãe que amamenta[...] Margarida.

Amamentação tanto é boa para o bebê quanto para a mulher, para a contração uterina. Dizem que evita câncer de mama. Girassol.

Expressões negativas quanto à amamentação

As experiências negativas disseram respeito às dificuldades encontradas no processo de amamentar, destacando-se a perda de sono, a diminuição do volume das mamas e o constrangimento em amamentar perante outras pessoas.

Eu tirei com um ano (a mama), porque eu não dormia mais. A minha filha é um grude comigo. Girassol.

É muito bonito, mas se eu chegasse a ter um filho, eu só amamentaria até os seis meses, pois é muito feio a criança grande mamando. Lírio.

Amamentação e sexualidade

As mulheres do estudo consideraram a amamentação causa de interferência na expressão da sexualidade. Uma acreditam que o fato de a criança necessitar mamar várias vezes ao dia, em horários indeterminados, causa desconforto para a mãe, pois esta se sente indisposta para outras atividades, inclusive para atender as necessidades do cônjuge. A mama lactífera pode causar constrangimento no ato sexual, pois pode haver extravasamento de leite e também as mamas podem estar doloridas.

Há também o fato de a mãe colocar o bebê próximo, facilitando a oferta de mama em vários horários, principalmente no período noturno, contribuindo para uma transferência da atenção da mulher para a criança em detrimento da atenção dispensada ao parceiro. Assim, elas acreditam que é importante a criança ter seu próprio espaço, um local diferente do espaço destinado ao repouso do casal.

As mulheres pesquisadas concordam que deve haver o diálogo entre o casal, em que deve ser discutido o sentimento de cada um, favorecendo o entendimento entre

ambos, pois elas acreditam que os homens, muitas vezes, não entendem o processo da amamentação, sentem-se rejeitados pelas parceiras, ou acreditam que a mama deixou de fazer parte da erotização do casal e passou a ser apenas o provedor de nutrição do bebê.

*A mulher nem consegue mais namorar. Girassol
Eles devem gostar, pois vai deixar o bebê saudável,
mas eles não devem gostar na hora da relação sexual,
pois não vai poder fazer nada, porque está cheio de
leite. Cravo.*

*O peito cheio de leite atrapalha (o ato sexual), não po-
dia tirar o sutiã porque os peitos pingavam. Girassol.*

Informações sobre amamentação

Surgiram muitas dúvidas sobre amamentação, implicando numa maior intervenção da coordenadora do grupo para esclarecê-las. Algumas informações que as mulheres possuíam estavam incompletas ou incorretas, justificando a participação da coordenadora no debate para corrigi-las.

*O colostro só sai nos primeiros dias, é o leite mais
grosso. Girassol.*

*Até quando esse leite é ideal para a criança? Mesmo
que não coma fruta, se tomar leite funciona...
Orquídea.*

Mediante os dados apresentados, as definições de sexualidade dadas pelas mulheres cegas mostraram-se intimamente ligadas ao ato sexual, pois estas citaram a sensibilidade, comportamento referente aos sentidos necessários para a conquista do parceiro. Estas definições incluem fatores ligados ao comportamento do indivíduo com relação a

si mesmo e com relação aos outros. Também surge a noção de orientação sexual, de erotismo, de sexo.

O que é comum a todas as definições é que a sexualidade é inerente ao ser humano, estando presente no seu comportamento, sofrendo mudanças durante as fases do desenvolvimento, incutindo os valores culturais e modificando de acordo com as experiências de cada um (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000). Isto incita a refletir sobre a influência da cultura em que o indivíduo se formou para a construção da definição de sexualidade.

Durante a vida do ser humano, há características relacionadas à sexualidade. Durante a infância, há a diferenciação entre os sexos, fortemente marcada pela influência social, que delimita a diferença entre os gêneros através dos papéis desempenhados na sociedade e através de características marcadas visivelmente pelas vestimentas, pelas brincadeiras, pelas características das personalidades (GOMES, 2006). A feminilidade é algo que surge nos discursos analisados como algo inerente à mulher, mas esta característica está carregada de princípios adquiridos ainda na infância e que muda de acordo com o contexto social em que a pessoa está inserida.

Focault (1988) faz uma análise de como as mudanças sociais influenciam na expressão da sexualidade, o que é proibido e o que é correto, abordando principalmente as proibições e de como a mulher sofre um condicionamento do seu comportamento para desempenhar o papel materno, oposto do papel paterno, masculino, apropriado para o sistema social vigente. Ou seja, a mulher deve conquistar, de forma velada, o parceiro, no interior do lar, para que o objetivo final, o ato sexual, consuma-se.

Na adolescência, os indivíduos sofrem com as mudanças influenciadas pela ação dos hormônios. Estas mudanças são

visíveis, podendo causar constrangimento ao adolescente. Em pesquisa anterior, nota-se que, para a pessoa cega, estas mudanças podem causar conflitos maiores, devido à superproteção adotada pelos familiares, dificultando o desenvolvimento sexual adequado deste adolescente (BEZERRA; PAGLIUCA, 2010).

No atual estudo, apenas duas mulheres puderam acompanhar visivelmente as transformações da puberdade sobre o corpo, vivenciando as angústias desta época. Essas eram videntes nesse período, tornando-se cegas após alguns anos. Para as outras, além das dificuldades comuns para esta época, também havia a cegueira, um fator que não facilita a construção da autoimagem, pois o cego constrói essa autoimagem e a dos outros a partir do toque e da descrição (BEZERRA; PAGLIUCA, 2010). Com isto surgiram muitas dúvidas acerca das transformações do seu corpo e as do sexo oposto, pois é necessária intimidade para a permissão do toque de reconhecimento do outro e esta prática não é aceita pelos padrões morais da nossa sociedade e por este assunto ainda ser um tabu. Portanto, corroborando Paiva, Aranha e Bastos (2008), é importante considerar estas variações da expressão da sexualidade, pois a assistência à saúde sexual deve agregar as experiências de cada indivíduo, possibilitando um cuidado mais adequado.

Na pesquisa ora desenvolvida, as mulheres cegas apresentaram influências dos aspectos culturais na expressão da sexualidade. Esta influência ficou evidente na comunicação entre elas ao participarem do grupo. Ao abordar o assunto, umas apresentaram-se mais tímidas que outras, sendo necessária a intervenção da coordenadora para evitar constrangimentos.

Os cegos constroem autoimagens positivas, conforme França e Azevedo (2003). Eles valorizam outras característi-

cas individuais para considerar o padrão de beleza das pessoas, como a personalidade e a voz. São pessoas vaidosas, pois sabem que no mundo dos videntes a estética é bastante valorizada e eles não querem estar diferentes destes padrões, também querendo a conformidade com padrões estéticos (FRANÇA; AZEVEDO, 2003). Esta percepção positiva ajuda o indivíduo a ter maior confiança para exercer sua sexualidade de forma segura e saudável.

O corpo ideal sofre influência da mídia e do contexto cultural vivido atualmente. Os corpos devem ser magros, atleticamente desenvolvidos, como mamas e glúteos desenvolvidos. Isto inspira a medicalização da beleza, estimulando a prática da cirurgia plástica e dos exercícios físicos. O procedimento médico é mais comum entre as mulheres, pois estas justificam a necessidade de submissão a tal cirurgia a partir da necessidade de melhorar sua autoestima, sua saúde psíquica e sua atividade sexual (POLINETO; CAPONI, 2007). Assim as mulheres cegas também relataram estes desejos de melhorar a imagem corporal, a fim de melhorar a autoestima, contradizendo alguns depoimentos de satisfação com a atual conformação corporal. Elas citaram nomes veiculados na mídia para exemplificar corpos desejáveis e admitiram utilizar artifícios comuns no comércio para sentirem-se mais bonitas, assim como as mulheres videntes que utilizam cosméticos e vestimentas que podem ressaltar as qualidades do seu corpo.

As pesquisadas preocupam-se em como são vistas pelos videntes, pois isto é importante para a construção da sua autoestima, afinal sexualidade também diz respeito a como estas mulheres se relacionam com os outros, e como discutido anteriormente, confiança é fundamental para a pessoa exercer seu papel na sociedade.

Considerando a amamentação no contexto da sexualidade, as mulheres têm tendência a valorizar este ato, devido a sua finalidade de nutrição dos bebês e de vantagens para a saúde da mulher, além de proporcionar realização pessoal e de ser prático, pois não há necessidade de preparo da alimentação do bebê (NAKANO, 2003). Durante o debate, evidenciou-se a necessidade das mulheres em se afirmarem como mulheres a partir da maternidade. Elas mostraram-se confiantes em realizar tal papel, apesar de apresentarem uma deficiência.

Entre as mulheres cegas, também há divergências. Assim como se encontrou no estudo de Araújo e Almeida (2007), algumas consideraram que a mulher tem poder sobre as decisões concernentes a seu corpo e que a opção de amamentar ou não a criança deve partir da lactante, de acordo com sua vivência. Elas consideraram que amamentar pode ser um obstáculo para outras atividades, inclusive para o cuidado com o próprio corpo e isto não deve ser repreendido pela sociedade (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

As experiências negativas também se referem ao relacionamento com o parceiro. Sandre-Pereira (2003) relata que as mulheres vivenciam as inquietações do homem que acredita ter perdido a atenção da mulher pelo envolvimento dela com a criança. O pensamento de que a mama lactífera é um órgão sagrado que tem a função apenas de nutrir a criança e que o seu erotismo é um ato pecaminoso. Este pensamento é comum em várias culturas, sofrendo alguma modificação na atualidade com a sensibilização da atividade sexual como fator inerente do ser humano. Os depoimentos observados nos debates confirmam as conclusões obtidas no estudo citado anteriormente, logo, é importante haver a interferência do profissional, auxiliando o casal, esclarecendo as suas dúvidas, a fim de promover um pro-

cesso de amamentação eficaz, considerando a família: mãe, pai e criança. O diálogo entre o casal é necessário para o relacionamento saudável. O papel de mulher-mãe não deve ser generalizado, apesar de o bebê sentir-se como parte do corpo materno. Considerar o desejo do casal também é muito importante para a saúde mental, atendendo as necessidades de bem-estar dos indivíduos (SANDRE-PEREIRA, 2003).

As dúvidas apresentadas refletem os conhecimentos adquiridos pelas mulheres através de experiências de pessoas próximas, ou de algumas conversas informais (FUJIMORI *et al.*, 2010). As informações estavam incorretas ou incompletas. Como exemplo, o colostro seria o leite mais grosso, mas elas sabiam que ele tinha a finalidade de proteger o bebê, houve dúvidas quanto à idade em que é necessária a amamentação exclusiva. Houve dúvidas quanto à eficácia da contracepção durante o período da amamentação e quanto às mudanças ocorridas nas mamas após a lactação. Estes dados concordam com o estudo de Sandre-Pereira *et al* (2000), revelando a necessidade da intervenção do profissional de saúde, fornecendo informações para os indivíduos, promovendo saúde. Estas dúvidas contribuem para o desmame precoce, pois podem estar correlacionadas a transformações no corpo feminino que interferem na autoestima, acarretando um posicionamento negativo perante o ato de amamentar. Isto pode direcionar a uma frustração por desempenho de papel ineficaz, acarretando em prejuízos para a saúde sexual, considerando a saúde holisticamente.

Ao analisar as falas, pode-se inferir que as pessoas cegas, como estão inseridas na sociedade, sofrem influência das regras pertinentes à moral construída, muitas vezes renegando suas necessidades individuais em se descobrir

com relação a sua sexualidade, necessitando que algum fator, como as oficinas realizadas, fizessem-nas refletir sobre sexualidade, sobre qual significado das mamas para esta dimensão humana e se amamentar é um ato de prazer, que as faz se afirmarem como mãe e como mulher, ou se é uma obrigação, que interfere na convivência com o cônjuge.

Portanto, a amamentação faz parte da expressão da sexualidade da mulher cega, pois permite exercer um papel relacionado ao gênero feminino, proporcionando realização pessoal, com relação à maternidade. Mas também pode ser um empecilho para a vivência da sexualidade do casal, pois os valores culturais implicam em uma visão romântica das mamas no ato de amamentar. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro perceber que a mulher cega também faz parte da demanda dos serviços de saúde, devendo estar atento ao acompanhá-la, pois a amamentação tem significado na expressão da sua sexualidade, assim como o observado em mulheres videntes, necessitando de ações que envolvam a mulher, a família e a sociedade na preservação do processo de amamentação eficaz, considerando, principalmente, a saúde biopsicossocial envolvida na expressão da sexualidade da mulher.

Referências

ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 20, n.4, p. 431-438, 2007.

BEZERRA, C.P.; PAGLIUCA, L.M.F. A vivência da sexualidade por adolescentes portadoras de deficiência visual. *Rev. Esc. Enferm.*, USP, v. 44, n.3, p. 578-83, 2010.

CORCIONE, D. Fazendo Oficina. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Rev. – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, M.E.B. Grupo focal. In: DUARTE, J; BARROS, A. (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005.

DALLAGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto alegre, v.20, n. 1, p.5-25, jan. 1999.

FOCAULT, M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 13.ed. Rio de janeiro: Edições Graal, 1988.

FRANÇA, D.N.O.; AZEVEDO, E.E.S. Imagem corporal e sexualidade de adolescentes com cegueira, alunos de uma escola pública especial em Feira de Santana, Bahia. *Rev. Ci. Méd. Biol.*, Salvador, v. 2, n. 2, p. 176-184, 2003.

FUJIMORI E.; NAKAMURA E.; GOMES M. M. *et al.* Issues involved in establishing and maintaining exclusive breastfeeding, from the perspective of women attended at a primary healthcare unit. *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.315-27, abr./jun. 2010.

GIR, E.; NOGUEIRA, M.S.; PELA, N.T.R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, abr. 2000.

GOMES V.L.O. A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em pré-escolas. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.15, n.1, p. 35-42, 2006.

JEOLÁS, L.S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.611-620, 2003.

LABORATÓRIO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (Lab-Com_Saúde). *Definição*. 2011. Disponível em: www.lab-comsaude.ufc.br Acesso em: 12 nov. 211.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, F.A.; NAKANO, A.M.S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.15, n. 1, p. 146-50, mar. 2006.

MOURA, G.R. de; PEDRO, E. N.R. Adolescentes portadores de deficiência visual: percepções sobre sexualidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, abr. 2006 .

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, p. 355-363, 2003. Suplemento 2.

PAIVA,V.; ARANHA, F.; BASTOS, F.I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev. Saúde Pública*, v.42, p.54-64, 2008. Suplemento.

POLI NETO, P.; CAPONI, S.N.C. The ‘medicalization’ of beauty. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.569-84, 2007.

SANDRE-PEREIRA, G.; COLARES, L.G.T.; CARMO, M.G.T.; SOARES, E.A. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 457-466, 2000.

SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 11, n. 2, dez. 2003.

VIEIRA, J.A. A identidade da mulher na modernidade. *DELTA*, São Paulo, v. 21, número especial, 2005.

5.2 Diminuição da Massa Óssea em Mulheres: Importância do Diagnóstico Precoce para um Envelhecimento Saudável

Maria Vieira de Lima Saintrain

Zenilda Vieira Bruno

José Osmar Vasconcelos Filho

Ana Karen de Carvalho Albuquerque

Ana Paula Soares Gondim

Ana Maria Fontenelle Catrib

A osteoporose é definida como um distúrbio osteometabólico, de origem multifatorial, caracterizado pela diminuição da Densidade Mineral Óssea (DMO) e deterioração de sua microarquitetura. Acomete principalmente as pessoas idosas, tanto homens quanto mulheres, sobretudo após a menopausa (PEREIRA; MENDONÇA, 2002; PINTO-NETO *et al.*, 2002).

A pesquisa Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS) demonstrou que cerca de 6% da população brasileira com mais de 40 anos referia ter o diagnóstico médico de osteoporose. No entanto, esta frequência referida pode estar subestimada, considerando o fato de que, no referido estudo, grande percentual de fraturas foram relatadas por mulheres (15,1%) e homens (12,8%) (PINHEIRO *et al.*, 2009).

Outro estudo realizado com amostra representativa da população brasileira adulta, que entrevistou 54.369 indivíduos evidenciou diagnóstico médico de osteoporose especialmente nas mulheres (7%) *versus* 1,3% nos homens, aumentando significativamente com a idade. Na mesma pesquisa, ficaram identificados aspectos modificáveis relacionados com a prevenção da osteoporose, como a alimentação, atividade física e hábitos saudáveis de vida (MARTINI *et al.*, 2009).

Com o aumento da expectativa de vida, a osteoporose tornou-se grande desafio para a Saúde Pública. Desta forma, esta deve ser atendida não somente nas especialidades, mas em todos os níveis dos serviços de saúde, em especial na atenção básica (HASHIMOTO; NUNES, 2005). Enfatiza-se que, no climatério, há diminuição da quantidade de estrogênio, ocorrendo alterações fisiológicas e funcionais e que, após a menopausa, algumas mulheres chegam a perder até 5 % da massa óssea ao ano (RUSSO, 2001).

Em consequência de a osteoporose ser uma patologia silenciosa que pode progredir sem detecção, por décadas (FROES *et al.*, 2006), buscou-se verificar seu início em mulheres jovens, necessitando de atenção precoce para a sua prevenção, diferentemente das normas preconizadas.

Definiu-se como objetivo do estudo identificar, pelo resultado da DMO, a prevalência da osteopenia e da osteoporose em mulheres com idade entre 45 e 59 anos e de 60 anos ou mais. Na conjectura que este processo de desmineralização óssea se inicie ainda na meia-idade, buscou-se comparar a prevalência de osteopenia e de osteoporose nas duas faixas etárias consideradas.

Identificando a perda de massa óssea em mulheres

Estudo descritivo com abordagem quantitativa de dados secundários de mulheres atendidas em clínica ginecológica do serviço privado da região metropolitana do município de Fortaleza-CE. O referido serviço de saúde caracteriza-se por atender pacientes conveniadas ao SUS ou não, com planos de saúde.

Adotou-se como critério de inclusão a idade das pacientes, 45 anos e mais, prontuários contendo resultado do exame de DMO no período de 2000 a 2006. Foram sele-

cionadas para o estudo todas as pacientes que atenderam aos critérios de inclusão, perfazendo um total de 177 pacientes. Consideraram-se as variáveis: idade e o resultado do exame de DMO, classificada em três critérios, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que relaciona o número de desvios-padrões (DP) acima ou abaixo dos valores médios de referência de adultos jovens saudáveis: T score $> -1,0$ DP (exame normal); $-1,0$ a $-2,5$ DP (osteopenia) e $< -2,5$ DP (osteoporose) (OMS, 1994).

A base de dados secundários utilizados correspondeu aos prontuários das pacientes atendidas. Para as mulheres que realizaram mais de um exame de DMO, considerou-se o laudo do último exame. Os exames de DMO foram todos realizados em clínicas especializadas do município de Fortaleza.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2007. Dois pesquisadores receberam treinamento com o objetivo de uniformizar a coleta das informações contidas nos prontuários, de forma a constituir mecanismo de maior confiabilidade e precisão aos dados. Para isso, elaborou-se um instrumento de coleta para transcrição dos dados.

A análise dos resultados foi processada no programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 15.0. Realizou-se análise estatística descritiva como cálculo de proporções, medidas de tendência central e dispersão. Para verificar a existência ou não de relação entre as variáveis (diagnóstico, idade, uso de medicamento e suplemento de cálcio), foi utilizado o teste Qui-Quadrado, considerando-se o nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Ressaltando o cumprimento dos preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, o projeto realizado foi aprovado sob Parecer Nº 164/2006 do Comitê de Ética em Pesquisa

(COÉTICA), da Universidade de Fortaleza, conforme Norma nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que compreende os referenciais da Bioética. Igualmente, o consentimento livre e esclarecido do fiel depositário foi condição essencial para o acesso aos prontuários.

Foram analisados prontuários de 177 pacientes. As características demográficas, exame de DMO, uso de medicamentos e cálcio estão apresentados na tabela 1. A idade variou entre 45 e 87 anos, com média de 62,8 anos ($DP \pm 9,9$), 139 (78,5%) mulheres foram classificadas com osteopenia e osteoporose, 96 (54,2%) usam medicamentos e 22% referiu usar cálcio suplementar.

Tabela 1 – Distribuição do Número de Prontuários Segundo Dados da Densidade de Massa Óssea, Faixa Etária, Uso de Medicamentos e de Cálcio em Mulheres. Clínica Privada Conveniada com o SUS, 2000-2006. Fortaleza-Ceará, 2007

Variáveis (N = 177)	No.	%
Exame de Densidade da Massa Óssea (ODM)		
Normal	38	21,5
Osteopenia	101	57,0
Osteoporose	38	21,5
Faixa etária (em anos)		
45 a 49	13	7,3
50 a 59	58	32,8
60 a 69	62	35,0
70 a 79	34	19,2
80 e +	10	15,7
Uso de medicamentos		
Sim	96	54,2
Não	81	45,8
Uso de cálcio		
Sim	39	22,0
Não	138	78,0

A tabela 2 apresenta os resultados da análise bivariada entre exame de DMO e as variáveis: faixa etária, uso de medicamentos e de cálcio suplementar. Houve diferença estatisticamente significativa entre o exame de DMO das mulheres e faixa etária, usar medicamento e suplemento de cálcio. Maior ocorrência de osteopenia foi encontrada na faixa etária de 45 a 59 anos (57,7%) e maior proporção da osteoporose entre as mulheres com 60 anos ou mais (92,1%).

Tabela 2 – Análise Bivariada entre o Exame de DMO, Faixa Etária, Usar Medicamentos e Cálcio em Mulheres. Clínica Privada Conveniada com o SUS, 2000-2006. Fortaleza-Ceará, 2007

Variáveis (N = 177)	Exame DMO			Valor p*
	Normal (n = 38)	Osteopenia (n = 101)	Osteoporose (n = 38)	
Faixa etária (anos)				0,000
45 a 59	27 (38,0%)	41(57,7%)	3(4,2%)	
≥ 60 anos	11(10,4%)	60 (56,6%)	35 (33,0%)	
Uso de Medicamentos				0,000
Não	31 (32,3%)	58(60,4%)	7(7,3%)	
Sim	7(8,6%)	43(53,1%)	31(38,3%)	
Uso de cálcio				0,000
Não	9(23,7%)	94(93,1%)	35(92,1%)	
Sim	29(76,3%)	7(6,9%)	3(7,9%)	

* Teste Qui-Quadrado

A perda da massa óssea faz parte do envelhecimento, não necessariamente de um processo patológico (CHAMBÔ FILHO; MELHEM, 2005). Neste estudo, no entanto, a osteopenia se apresentou com frequência elevada (55,0%) já na faixa etária de 45 a 59 anos, antes da faixa em que as pessoas são consideradas idosas (BRASIL, 2006). Este dado corrobora Costa Paiva *et al.* (2003), quando identificaram

osteopenia em 60,6% com idade entre 50 a 59 anos. Estes achados alertam para a importância da avaliação da DMO já a partir dos 45 anos.

Segundo Miller (2006), quase 30 milhões de mulheres nos Estados Unidos têm baixa densidade mineral óssea. No entanto, menos de 25% daquelas com fragilidade óssea compatível com fraturas espontâneas são adequadamente acompanhadas. Isto significa a necessidade de maior valorização das intervenções terapêuticas precoces, considerando que os cuidados médicos na prevenção primária das fraturas secundárias à desmineralização óssea são condições fundamentais para a saúde da mulher idosa.

Os achados deste estudo mostram a necessidade de reformulações das diretrizes do Consenso Brasileiro de Osteoporose (PINTO-NETO, 2002) no sentido de se realizar a triagem da desmineralização óssea em idades menos avançadas do que as atualmente recomendadas.

Entre as pacientes com 60 anos ou mais, 35 (33,0%) já apresentavam osteoporose, tendo sido perdida a oportunidade de diagnóstico e tratamento precoces. O aspecto evolutivo do processo de desmineralização óssea pode ser constatado pelo percentual mais elevado de osteopenia na faixa etária mais jovem e de osteoporose na faixa etária mais avançada.

O Consenso Brasileiro de Osteoporose recomenda como possibilidades terapêuticas duas classes de fármacos: os agentes antirreabsortivos e os estimulantes da formação óssea (PINTO-NETO, 2002). A terapia de reposição hormonal, apesar de constar na relação dos antirreabsortivos, para alguns autores ainda tem indicação controversa no tratamento da osteoporose. Rozenfeld (2007) ressalta que o uso de hormônios aumenta o risco de adoecimento por doenças cardiovasculares ou câncer, oferecendo pro-

teção contra osteoporose apenas durante o seu período de uso. De acordo com o estudo Women's Health Initiative, os riscos da terapia de reposição hormonal superam seus benefícios, devendo ter uso limitado no tratamento de osteoporose a casos especiais (ROSSOUW, 2002).

Neste contexto, saliente-se que diagnósticos mais precoces, ainda em fase de osteopenia, podem evitar a evolução do quadro para formas mais graves da doença, evitando, além de gastos adicionais ao sistema de saúde, de sofrimento e redução da qualidade de vida. O tratamento é, em princípio, de longa duração, pois se baseia no julgamento clínico e individualizado de cada paciente, considerando suas características, necessidades e possibilidades (RADOMINSKI *et al.*, 2004).

Frazão e Naveira (2006) consideraram os estudos de prevalência sobre osteoporose auxiliares dos pesquisadores na compreensão do estado atual do assunto, na identificação de lacunas no campo da produção do conhecimento e acerca da magnitude e significado do problema em termos de Saúde Coletiva.

Em estudo de Carvalho *et al.* (2004) verificou-se que 66,7% da população do estudo tinham pouco conhecimento a respeito da osteoporose e dos benefícios advindos da alimentação e da atividade física, enquanto apenas 33,3% conceituavam a doença do tipo “desmineralização dos ossos”, “ossos fracos por falta de cálcio”, enquanto outras descreviam como “uma doença grave” ou “doença da terceira idade”. Pesquisa de Rodrigues *et al.* (2004) revelou que 13% das mulheres entrevistadas desconheciam completamente o significado do termo menopausa e 44% o correlacionaram apenas a falta de hormônio.

A terapia com estrogênio na pós-menopausa está associada à redução de 40% a 50% no risco de fraturas do

quadril relacionadas à doença e de, aproximadamente, 90 % do risco de fraturas vertebrais nos estudos publicados. Portanto, pode-se classificar a terapia de reposição hormonal como tratamento ideal da osteoporose. Vale salientar que essa reposição hormonal também é aprovada como método preventivo da osteoporose. A terapia de reposição hormonal é útil para o tratamento das alterações da mulher na menopausa, mas não está indicada para o tratamento da osteoporose isoladamente. É uma opção que deve ter seus riscos e benefícios discutidos entre médico e paciente. A ingestão de cálcio e a administração suplementar de vitamina D devem fazer parte de qualquer regime terapêutico para a osteoporose. Todos os pacientes com perda óssea, ou em potencial de risco para a perda devem ser aconselhados a ingerir cálcio e vitamina D, ou a usar suplementos equivalentes (GUARNEIRO; OLIVEIRA, 2004).

Neste contexto, Hashimoto e Nunes (2005) evidenciam outro agravante detectado em seus estudos, que diz respeito ao pouco conhecimento sobre a osteoporose pela Coordenação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de sua pesquisa. Este fato, certamente, está presente entre a maioria das UBS's de todo País, fazendo-se necessário, mediante educação permanente, o melhor preparo do profissional da atenção primária em saúde, visando a dirimir este agravante na população, em especial, nas mulheres idosas.

Conclui-se que o processo de desmineralização óssea, apesar de mais intenso nas mulheres com mais idade, já está presente naquelas em faixas etárias mais jovens. O diagnóstico precoce da osteopenia, ainda no processo inicial da doença, pode evitar o surgimento de formas graves de osteoporose, com consequente melhoria na qualidade de vida da mulher idosa e diminuição dos custos para o sistema de saúde.

Torna-se necessário o desenvolvimento e a prática de ações preventivas terapêuticas para o grupo de risco em estudo. Essas medidas têm por objetivo evitar e minimizar as consequências decorrentes da osteoporose.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos. *Bio-ética*. v. 4, n. 2, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2528 de 19 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

CARVALHO, C.M.R.G.; FONSECA, C.C.C.; PEDROSA J.I. Educação para a saúde em Osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.3, p.719-726, 2004.

CHAMBÔ FILHO, A.; MELHEM, M.E.V.; BRASI, N.A. *et al.* Prevenção e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. *Femina*, v.33, n.3, p.169-177, 2005.

COSTA-PAIVA, L.; HOROVITZ, A.P.; SANTOS, A.O. Prevalência da osteoporose em mulheres na pós-menopausa e associação com fatores clínicos e reprodutivos. *RGO*, v.25, n.7, p.507-512, 2003.

FRAZÃO, P.; NAVEIRA, M. Prevalência de osteoporose: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.9, n.2, p.206-214, 2006.

FROES, N.D.T.C.; EDGARD, S.P.; NEGRELLI, W.F. Fatores de risco da osteoporose: prevenção e detecção através do

monitoramento clínico e genético. *Acta Ortop Bras.*, São Paulo, v.10, n. 1, p. 52-57, jan./mar. 2002.

GUARNIERO, R.; OLIVEIRA, L.G. Osteoporose: atualização no diagnóstico e princípios básicos para o tratamento. *Rev. Bras. Ortop.*, v.39, n.09, p.477-485, set.2004.

HASHIMOTO, L.A.; NUNES, E.F.P.A. Osteoporose nas unidades básicas de saúde: conhecimento e práticas preventivas na visão das coordenadoras no município de Cianorte, Paraná. *Rev. Espaço para a Saúde*, v.7, n.1, p.1-9, 2005.

MARTINI, L. A. *et al.* Prevalência de diagnóstico auto-referido de osteoporose, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, suppl. 2, p.107-116, nov. 2009.

MILLER, R.G. Osteoporosis in postmenopausal women. *Geriatrics*, v.61, n.1, p.24-30, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevention and Management of Osteoporosis: Report of a WHO Scientific Group*. Genebra: World Health Organization, 2004.

PEREIRA, S.E.M; MENDONÇA, L.M.C. Osteoporose e osteomalácia. In: FREITAS, E.V. *et al.* *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PINTO-NETO, A.M.; SOARES, A.; URBANETZ, A.A. *et al.* Consenso brasileiro de osteoporose. *Rev Bras Reumatol*, v.42, n.6, p.343-354, 2002.

PINHEIRO, M.M; CICONELLI, R.M; MARTINI, L.A. *et al.* Clinical risk factors for osteoporotic fractures in Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Osteoporos Int.*, v. 20, p. 399-408, 2009.

RADOMINSKI S.C.; PINTO-NETO A.M.; MARINHO R.M. *et al.* Osteoporose em mulheres na Pós-menopausa. *Rev. Bras. Reumatol.*, v.44, n.6, p.426-34, 2004.

ROSSOUW, J.E.; ANDERSON, G.L.; PRENTICE, R.L. *et al.* Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, v. 288, n.3, p.321-333, 2002.

RODRIGUES, P.O; GONÇALVES, T.C; BLAZIUS, E.G.M.C. *et al.* Investigação do conhecimento relacionado ao climatério, menopausa e terapia de reposição hormonal de mulheres pertencentes a clube de mães do município de Tubarão-SC (Brasil). *Seguim Farmarcoter*, v.2, n.3, p.172-80, 2004.

ROZENFIELD, S. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.437-442, 2007.

RUSSO, L.A.T. Osteoporose Pós-Menopausa: Opções terapêuticas. *Arg. Bras. Endocrinol Metab.*, v.5, n.4, p.401-406, 2001.

5.3 Aspectos Atuais das Síndromes Pré-Menstrual e Disfórica Pré-Menstrual

Aline Veras Morais Brilhante

Ana Maria Fontenelle Catrib

Georgia Medeiros Paiva

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva

Maria Vieira de Lima Saintrain

Lidia Andrade Lourinho

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) é um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais, cíclicos e recorrentes, que se iniciam na semana anterior à menstruação e aliviam com o início do fluxo menstrual (SILVA, GIGANTE E MINTEN, 2008; SILVA *et al.*, 2006). Embora a Associação Psiquiátrica Americana (APA) tenha proposto, em 1994, a investigação de critérios específicos para a Síndrome Disfórica Pré-Menstrual (SDPM), para alguns autores, ambas são consideradas condições semelhantes (WANG *et al.*, 2007).

A SPM constitui um distúrbio de elevada prevalência entre mulheres em idade fértil, mas que ainda carece de consenso quanto à definição, etiologia e tratamento entre pesquisadores da área da saúde (CHENIAUX, 2006; MONTES e VAZ, 2003). A revisão de literatura mostra que o assunto está longe de um consenso, com controvérsias sobre fatores de risco e de proteção, bem como sobre o nível de limitação que a SPM traz para a vida das mulheres, sendo, portanto, um tema que merece maior aprofundamento. O estudo poderá ainda ser tomado como ponto de partida e de estímulo para que outros trabalhos sejam desenvolvidos, visando aprofundar o assunto e contribuir na elaboração de estratégias de seguimento das pacientes.

Explorando o tema

Uma revisão sistemática da literatura científica foi realizada nas bases de dados informatizadas MEDLINE via PubMed e Scielo via Bireme nos períodos de janeiro de 2009 a fevereiro de 2009. Foram utilizadas as palavras-chave *premenstrual syndrome*, *premenstrual syndrome dysphoric*, *premenstrual syndrome diagnosis* e *premenstrual syndrome and treatment*. Foram encontrados 1481 artigos. Houve repetições, visto que vários artigos têm mais de uma palavra-chave e/ou foram incluídos em mais de um banco de dados. Após a exclusão destas repetições, 950 resumos foram lidos, sendo excluídos os artigos pouco relevantes e os que não estavam disponíveis na íntegra. Uma lista de 393 artigos de possível relevância foi elaborada, sendo providenciadas cópias para revisão. Os fatores considerados para inclusão do estudo foram a pertinência para o tema deste estudo, a qualidade metodológica e o desenho do estudo, sendo incluídos ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises, estudos populacionais e observacionais longitudinais de relevância.

Os resultados foram organizados em diagnóstico, epidemiologia, etiologia e tratamento.

Diagnóstico

A SPM pode ser definida como um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais que aparecem no período pré-menstrual, com resolução rápida após o início da menstruação. Os sintomas são cíclicos e recorrentes (SILVA *et al.*, 2006). A SPM difere dos outros problemas médicos, por não se restringir à relação do indivíduo consigo mesmo, mas por refletir também no relacionamento in-

terpessoal e complexo da sociedade, seja promovendo uma deterioração transitória nos contatos familiares, seja predispondo ao número de incidência de delitos, acidentes e baixa produtividade no trabalho (APPROBATO *et al.*, 2001).

Conforme a manifestação principal, a SPM pode ser definida em quatro grupos: com ansiedade, irritabilidade ou tensão nervosa; com edema, dores abdominais, mialgia e ganho de peso; com cefaléia, podendo ser acompanhada por aumento de apetite, desejo de doces, fadiga, palpitação e tremores; e com quadro depressivo, insônia, choro fácil, esquecimento e confusão. Cada um estaria relacionado a fatores desencadeantes diferentes (NOGUEIRA e SILVA, 2000).

Devemos diferenciar clinicamente esta síndrome da exacerbação pré-menstrual de outras patologias que podem ser agravadas no período pré-menstrual, como as desordens de ansiedade, os transtornos depressivos, as psicoses, as crises epiléticas, a bulimia, os transtornos de personalidade, enxaqueca, asma e algumas alergias (MATSUMOTO *et al.*, 2007). Sintomas de endometriose, síndrome dos ovários micropolicísticos, desordens tireoidianas, desordens do sistema adrenal, hiperprolactinemia e pan-hipopituitarismo podem mimetizar os sintomas da SPM (PEARLSTEIN E STEINER, 2008).

A utilização dos critérios do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV) em associação ao preenchimento de diários prospectivos por pelo menos dois ciclos menstruais consecutivos é atualmente reconhecida como o modo prático de confirmação diagnóstica do TDPM (VALADARES *et al.*, 2008). Para se obter critérios para o diagnóstico do TDPM, deve-se encontrar pelo menos 5 de 11 sintomas que devem estar presentes no período pré-menstrual, cessando tão logo a menstruação surja, sendo

pelo menos um dos sintomas os quatro primeiros citados: humor deprimido, sentimentos de falta de esperança ou pensamentos autodepreciativos; ansiedade acentuada, tensão, sentimentos de estar com os “*nervos à flor da pele*”; significativa instabilidade afetiva; raiva ou irritabilidade persistente e conflitos interpessoais aumentados; interesse diminuído pelas atividades habituais; dificuldade em se concentrar; letargia, fadiga fácil ou acentuada falta de energia; alteração acentuada do apetite (excessos alimentares ou anorexia); hipersonia ou insônia; sentimentos subjetivos de descontrole emocional. Outros sintomas físicos, como a retenção hídrica e outras manifestações como a enxaqueca, aumento da secreção vaginal, dores vagas generalizadas, diarreia, constipação, sudorese, acne, herpes, crises asmáticas, aumento de peso temporário, dores lombares e ciáticas, distúrbios alérgicos, crises cíclicas de hipertrofia da tiróide, aerofagia, estados hipoglicêmicos e crises convulsivas (APPROBATO *et al.*, 2001; VALADARES *et al.*, 2008).

O assunto está longe de um consenso, com controvérsias sobre fatores de risco e de proteção, bem como sobre o nível de limitação que a SPM traz para a vida das mulheres (SILVA *et al.*, 2008). Muitas mulheres com SPM não sabem precisar a época de início de seus sintomas (WANG *et al.*, 2007). Estes são descritos em mulheres desde a menacma até a menopausa e não está claro se os sintomas estabilizam ou aumentam de intensidade com a idade (PEARLSTEIN E STEINER, 2008).

Estudo mostrou que um terço das mulheres com SPM revelou sofrimento de apenas um ou dois dias e mais de 10% declararam vigência por mais de uma semana. As 63,8% restantes foram afetadas por três a sete dias. A multiplicidade de sintomas, experimentada por mais de 94%,

não necessariamente concomitantes, poderia interferir na duração do quadro (NOGUEIRA E SILVA, 2000).

Epidemiologia

Enquete epidemiológica mostrou que 75% a 80% das mulheres apresentam sintomas durante o período pré-menstrual. Aproximadamente 10% das mulheres entrevistadas declararam que seus sintomas são perturbadores, impondo a necessidade de auxílio profissional. Entre 2% e 8% das mulheres em idade reprodutiva padecem de sintomas severos o suficiente para desequilibrar suas vidas social, familiar e/ou profissional durante uma a duas semanas de cada mês (VALADARES *et al.*, 2008). Essas mulheres frequentemente apresentam critérios para o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) (PEARLSTEIN E STEINER, 2008). Estudo de coorte, transversal, realizado com 254 mulheres com idade entre 20 e 44 anos, sem doenças ginecológicas ou clínicas que comprometessem o estado geral ou bem-estar físico verificou que 110 (43,3%) mulheres apresentaram pelo menos um sintoma intenso na fase pré-menstrual, causando danos à sua vida, sendo consideradas portadoras de SPM. A irritabilidade foi relatada por 86,4%, cansaço por 70,9%, depressão por 61,8%, cefaléia por 61,8%, mastalgia por 59,1% e dor abdominal por 54,5%. Quase todas (94,5%) tinham mais de uma queixa, 89,1% apresentaram sintomas psíquicos e mais de três quartos das pacientes (76,4%) associavam queixas físicas e psíquicas.

A maioria declarou duração de três a quatro dias (32,4%) ou de cinco a sete dias (31,4%). O trabalho concluiu que o quadro clínico da SPM, apesar de multivariado, em geral é composto por irritabilidade e/ou depressão, associados a cansaço e dores de cabeça ou nas mamas, coe-

xistindo sintomas físicos e psíquicos, por três a sete dias, sendo difícil atribuí-lo a uma etiologia única, à luz dos conhecimentos atuais (NOGUEIRA e SILVA, 2000).

Em outro estudo, realizado em ambulatório de ginecologia, os sintomas pré-menstruais relatados entre as mulheres com a forma grave (43,3%) e foram: irritabilidade (86%), cansaço (71%), depressão e cefaleia (62%, cada), sendo que 95% apresentavam mais de um sintoma e 76%, associação de sintomas físicos e psíquicos (SILVA *et al.*, 2008).

Etiologia

Muitos estudos médicos e psicológicos têm proposto diferentes teorias para explicar a etiologia da SPM. Entre os seus possíveis mecanismos etiopatogênicos estão estreitamente relacionados fatores genéticos, neurobiológicos e endócrinos (LÓPEZ-MATO *et al.*, 2000). Uma das teorias para explicar o mecanismo fisiopatológico da síndrome pré-menstrual é a que o sistema endócrino, reprodutor e serotoninérgico convergem para efetuar a regulação do comportamento (SILVA, GIGANTE E MINTEN, 2008). Assim como em outros transtornos do humor feminino, o papel dos hormônios sexuais tem importância central. Entretanto, os estudos não confirmaram nenhuma correlação entre TDPM e excesso de estrógeno, déficit de progesterona, abstinência de estrógeno ou mudanças nas taxas de estrógeno/progesterona (VALADARES *et al.*, 2008). A oscilação normal nos níveis dos estrógenos e da progesterona, no ciclo menstrual, atua sobre a função serotoninérgica, em mulheres mais sensíveis, levando às manifestações da SPM (SILVA *et al.*, 2008). Os sintomas pré-menstruais ocorreriam como resultado de uma sensibilidade diferenciada para os efeitos dos esteroides gonadais sobre as flutuações de humor, sendo

perturbadores nas mulheres com SPM e TDPM. É provável que a etiologia desta “sensibilidade diferenciada” seja multifatorial e, em parte, geneticamente determinada (PEARLSTEIN e STEINER, 2008). Surpreendente observação foi a de que os sintomas, tanto psíquicos quanto somáticos, continuaram a ocorrer na data projetada mesmo quando a menstruação foi induzida logo após a ovulação, por mifepristona ou luteólise por HCG, sugerindo que o evento desencadeador aconteça no primeiro período do ciclo (SHAH *et al.*, 2008).

Embora o neurotransmissor específico ou a anomalia neuroendócrina em mulheres com TDPM não seja conhecida, a serotonina, noradrenalina, GABA, allopregnanolone (Allo, um metabólito da progesterona ansiolítico que age no receptor GABA), endorfinas e fatores envolvidos na homeostase de cálcio podem todos ser envolvidos (PEARLSTEIN e STEINER, 2008, p.295).

Diversas evidências apontam a serotonina como um importante fator na etiopatogênese da SPM e TDPM. Estudos têm demonstrado baixa significativa de serotonina total, em comparação com controles nos últimos dez dias do ciclo e a exacerbação de sintomas quando ocorre depleção de triptofano (VALADARES *et al.*, 2008). Em 1975, foi evidenciado que os níveis livres de triptofano (aminoácido precursor da serotonina) mostraram alterações durante o ciclo menstrual, correlacionadas com as concentrações plasmáticas de estrogênio. Várias anormalidades no sistema serotoninérgico podem ser observadas em mulheres com SPM e TDPM. Estas incluem níveis séricos anormais de serotonina total, serotonina plaquetária e captação plaquetária; resposta anormal para precursores serotoninérgicos tais como L-triptofano, buspirona, metachlorophenylpiperazine e fenfluramina, e exacerbação de sintomas pré-

-menstruais ou após depleção da metergoline e triptofano (PEARLSTEIN e STEINER, 2008).

Causas ambientais podem também estar relacionadas à TPM. Entre elas, ressalta-se o papel da dieta. Alguns alimentos parecem ter importante implicação no desenvolvimento dos sintomas, como chocolate, cafeína, sucos de frutas e álcool. As deficiências de vitamina B6 e de magnésio são consideradas. Porém, até o momento, o papel desses nutrientes na causa ou no tratamento não foi confirmado (VALADARES *et al.*, 2008).

Tratamento

A SPM pode ser tratada em diferentes níveis, de acordo com as necessidades da paciente. Primeiro, a paciente deve entender o processo pelo qual está passando. Em segundo lugar, conforme os sinais e sintomas predominantes, algumas medidas gerais podem ser úteis para aliviar os quadros mais leves, como a atividade física e a prática de esportes e de atividades relaxantes. Devem-se usar roupas adequadas, ter repouso suficiente, alimentação leve e variada, menor ingestão de sódio e água, visando a reduzir a retenção hídrica (APPROBATO *et al.*, 2001).

A maioria dos estudos sistemáticos tem avaliado a eliminação das flutuações hormonais e supressão da ovulação ou a “correção” da desregulação dos neurotransmissores com medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos (PEARLSTEIN e STEINER, 2008, p.295).

- Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS)

Revisão sistemática sobre os benefícios do uso dos ISRS para os sintomas relacionados à SPM severa e TDPM, que

incluiu 29 estudos e um total de 2964 mulheres, mostrou que os ISRS são efetivos para o tratamento da SPM e TDPM (OR 0.40, 95% [IC] 0.31-0.51). Nenhum ISRS demonstrou vantagens em relação aos demais. Não houve diferença significativa em relação aos efeitos adversos. Outras análises com a finalidade de examinar as drogas por dose, esquema posológico, ou duração do tratamento não foram conduzidas, porque havia poucos estudos para proporcionar uma avaliação global destas questões. Doses intermitentes foram consideradas menos efetivas (OR 0.55, 95% CI 0.45-0.68) que os regimes de uso contínuo (OR 0.28, 95% CI 0.18-0.42) (CHENIAUX, 2006). Outra revisão sistemática, abrangendo 15 estudos concluiu que o uso contínuo e o intermitente têm eficácias equivalentes (SCMIDT *et al.*, 2008).

Estudo que avaliou especificamente o uso da paroxetina para o tratamento da SPM e TDPM concluiu que este fármaco era efetivo tanto em seu uso contínuo quanto intermitente com relação à redução da irritabilidade, labilidade emocional e alterações de humor. Entretanto, o uso intermitente apresentou resultados inferiores com relação aos sintomas somáticos (DIMMOCK *et al.*, 2000).

Até o momento, apenas três substâncias foram aprovadas pela *Food and Drug Administration* (FDA) (órgão do governo norte-americano que regula alimentos e medicamentos) para o tratamento do TDPM: a fluoxetina, a sertralina e a paroxetina CR. Esses medicamentos, todos ISRS (DIMMOCK *et al.*, 2000, p.1135), tiveram seu uso aprovado tanto para uso contínuo quanto intermitente (PEARLSTEIN e STEINER, 2008).

- Outros antidepressivos

Nas últimas décadas, vários psicotrópicos, especialmente antidepressivos, têm sido testados no TDPM, o que se

apoia em um conjunto de evidências clínicas e epidemiológicas que indicam a existência de uma relação bastante próxima entre os transtornos do humor, particularmente a depressão, e do TDPM. A depressão é mais prevalente no sexo feminino. Na mulher, os episódios depressivos são mais comuns durante os anos reprodutivos e muito frequentemente se iniciam ou se tornam mais intensos em períodos pré-menstruais. Além disso, há muitos sintomas em comum entre a DPM e a depressão, sendo bastante alta a taxa de comorbidade entre esses dois (CHENIAUX, 2006).

A Clomipramina é um antidepressivo tricíclico que age bloqueando a recaptação de serotonina e de noradrenalina, principalmente da primeira (LANDÉN *et al.*, 2007, p.160). Os efeitos favoráveis da Clomipramina no TDPM também podem estar relacionados a uma ação na transmissão serotoninérgica, pois a Clomipramina é um dos mais fortes antagonistas da recaptação de serotonina (CHENIAUX, 1995). A desvantagem da Clomipramina, por ser um tricíclico, estaria em sua menor tolerabilidade, quando comparada com os ISRS e outros antidepressivos mais modernos (LANDÉN *et al.*, 2007).

A nefazodona, que não é um ISRS, parece ser a exceção entre os antidepressivos de ação predominantemente serotoninérgica, pois não se mostrou eficaz no tratamento do TDPM (CHENIAUX, 2006).

O Alprazolam 0.25 mg diários ou em duas tomadas diárias (SMITH *et al.*, 1987), bem como a buspirona (RICKELS *et al.*, 1989) têm demonstrado ser mais efetivos que o placebo (principalmente para os sintomas de tensão e irritabilidade), entretanto com eficácia menor que os ISRS (SMITH *et al.*, 1987; RICKELS *et al.*, 1989).

- Anticoncepcionais Combinados Orais (ACO)

Os ACO's têm sido comumente prescritos por ginecologistas para tratamento da SPM, embora existissem poucos estudos que comprovassem a sua eficácia. Isso mudou nos anos 90, com o surgimento dos ACO's com Etinilestradiol (EE) e drospirenona. A drospirenona é derivada da 17alfa-espirolactona e seu perfil farmacológico é mais semelhante às progesteronas naturais quando comparada a outros progestágenos (DE BERARDIS *et al.*, 2007). Em 2006, o ACO composto por EE 20mcg associado com drospirenona recebeu aprovação do FDA para o tratamento da SPM e TDPM (PEARLSTEIN e STEINER, 2008, p.295). Essa preparação é caracterizada por alta eficácia contraceptiva em combinação com excelente controle do ciclo, boa tolerabilidade e impacto favorável no metabolismo da glicose e lipídios (DE BERARDIS *et al.*, 2007). Além disso, tem melhor efeito sobre os sintomas de intumescimento que outros ACO (PEARLSTEIN e STEINER, 2008) já que a dose de 3 mg de drospirenona se mostrou equivalente a 25 mg de espironolactona, em relação aos seu efeitos diuréticos (DE BERARDIS *et al.*, 2007).

Revisão foi publicada na Cochrane em 2008, com cinco ensaios, totalizando 1600 mulheres. A combinação de EE 20 μ g com drospirenona 3mg foi mais efetiva que o placebo, mostrando sintomas pré-menstruais menos graves após três meses de tratamento (DMP -7,83; IC 95 %: -10,91 a -4,75). Melhora do dano à capacidade produtiva (DMP -0,42; IC 95 %: -0,64 a -0,20), às atividades sociais (DMP -0,39; IC 95 %: -0,62 a -0,15) e aos relacionamentos pessoais (DMP -0,38; IC 95 %: -0,61 a -0,51). Os efeitos adversos mais frequentes foram náuseas, sangramentos intermenstruais e dor mamária. Observou-se pouco efeito sobre

os sintomas menos graves da SPM quando comparados a outros ACO's com EE 30 μg mais desogestrel 150 μg e EE 30 μg mais levonogestrel 150 μg (LOPEZ et al, 2008).

A eficácia diferenciada em relação a outros ACO's pode se dever unicamente às propriedades antimineralocorticoide e antiandrogênica da drospirenona (PEARLSTEIN e STEINER, 2008, p.295).

- Agonistas do GnRH

Outra forma de supressão da ovulação seria o uso de agonistas do GnRH, que teria ação de *downregulation* sobre os receptores de GnRH no hipotálamo, levando a diminuição da produção de FSH e LH pela glândula pituitária, resultando em níveis diminuídos de estrogênio e progesterona (PEARLSTEIN e STEINER, 2008). Esses fármacos são menos eficazes nas alterações do humor do que nas físicas e têm o inconveniente de inibir a ovulação e estão associados a risco de cardiotoxicidade e osteoporose (LANDÉN *et al.*, 2007). A *Add-back therapy* é uma estratégia que pode ser utilizada para se contrapor aos efeitos indesejáveis do hipostrogenismo prolongado (PEARLSTEIN e STEINER, 2008).

- Progesterona

A administração de progesterona na fase lútea foi um dos tratamentos mais estudados para a SPM devido à hipótese de que os sintomas pré-menstruais pudessem ser causados por uma deficiência relativa de progesterona. Entretanto, níveis anormais de progesterona não têm sido demonstrados em pacientes com SPM e SDPM (PEARLSTEIN e STEINER, 2008).

Revisão publicada na Cochrane, em 2008, envolveu dois ensaios com 280 participantes de 18 a 45 anos de idade. Os estudos diferiram quanto ao desenho – as de progeste-

rona, a maneira e momento da administração e quanto à análise dos resultados, de modo que não foi possível combinar os dados em uma metanálise. Em geral, as participantes obtiveram mais benefícios com a progesterona que com o placebo na análise dos protocolos, porém, este resultado não foi estatisticamente significativo na análise da intenção de tratar (*intention-to-treat analysis*). O outro estudo não encontrou uma diferença significativa estatisticamente entre a progesterona absorvida via oral e via vaginal em relação ao placebo. A revisão concluiu que não se pode afirmar que a progesterona ajuda as mulheres com SPM, tampouco que não é efetiva (FORD *et al.*, 2008).

- Suplementos alimentares e herbais

Metanálise para avaliação do suplemento de vitamina B6 no tratamento dos sintomas da SPM que incluiu um total de 10 estudos randomizados, duplo-cegos, controlados, mostrou melhora geral dos sintomas físicos e emocionais, porém considerava que a maioria dos estudos existentes são de baixa qualidade (FORD *et al.*, 2008). Um estudo envolvendo a administração diária de 80 mg de vitamina B6 mostrou efeitos superiores à administração do placebo para o controle dos sintomas de humor, mas não para os sintomas físicos (WYATT *et al.*, 1999).

Estudo prospectivo conduzido entre 2000 e 2005 foi realizado com o objetivo de avaliar as flutuações na regulação do cálcio em pacientes com e sem o TDPM (KASHANIAN *et al.*, 2007). O estudo observou que o metabolismo do cálcio variou significativamente entre os dois grupos. Cálcio sérico total, cálcio ionizado e cálcio urinário, pH, PTH, e 1,25-dihydroxyvitamina D [1,25(OH)2D] variaram significativamente (THYS-JACOB *et al.*, 2007, p.2953). Outro estudo avaliou o uso de cálcio 600 mg em duas toma-

das diárias comparando com o placebo em 466 mulheres com TDPM. O grupo que fez uso do suplemento com cálcio apresentou 48% de eficácia para a redução dos sintomas emocionais e físicos (exceto para fadiga e insônia), contra 30% do grupo controle (THYS-JACOB *et al.*, 1998).

Revisão sobre TDPM cita que o suplemento de *V. agnus castus* poderia apresentar efeitos no controle dos sintomas por sua ação agonista dopaminérgica que possivelmente poderia reduzir os níveis de FSH e prolactina (PEARLSTEIN e STEINER, 2008). Um estudo comparando o uso de *V. Agnus castus* com Fluoxetina mostrou que *V. Agnus castus* apresentou melhores resultados para controle dos sintomas físicos enquanto a Fluoxetina foi melhor para os sintomas emocionais (ATMACA *et al.*, 1998).

- Terapias alternativas e outros tratamentos

Revisão sistemática realizada com o objetivo de investigar o uso das terapias alternativas para o tratamento da SPM incluiu 27 estudos que avaliaram uso de ervas (7 estudos), homeopatia (1 estudo), suplementos dietéticos (13 estudos), relaxamento (1 estudo), massagem (1 estudo), reflexologia (1 estudo), quiroprática (1 estudo) e *biofeedback* (2 estudos). Apesar de alguns achados positivos, a maioria dos estudos apresentava várias limitações metodológicas. A revisão concluiu que, com base nas evidências correntes, nenhuma das terapias alternativas avaliadas poderia ser recomendada para o tratamento da SPM (STEVENSON e ERNEST, 2001).

Outras opções de tratamento incluem o uso de Bromocriptina para o intumescimento e dor mamárias, anti-inflamatórios *não* esteroidais para o controle da dor, espirolactona para controle dos sintomas de intumescimento

(PEARLSTEIN e STEINER, 2008). Um estudo mostrou que a Espironolactona poderia agir nos sintomas físicos e emocionais (WANG *et al.*, 1995).

Observa-se que diversas teorias têm sido propostas para justificar a etiologia da SPM e TDPM. Fatores hormonais, psicológicos e ambientais parecem estar envolvidos. No entanto, ainda não há conclusões precisas que justifiquem essa patologia (DIMMOCK *et al.*, 2000).

Uma vez confirmado o diagnóstico, modificações no estilo de vida, suplemento de cálcio, vitamina B12 e V. *agnus castus* são opções não farmacológicas razoáveis (PEARLSTEIN e STEINER, 2008). Se for necessária medicação, os ISRS's são atualmente considerados a classe farmacológica mais efetiva (LÓPEZ-MATO *et al.*, 2000). Outra opção é uso de ACO combinados com EE e drospirenona que foram aprovados pelo FDA para o tratamento da SPM e TDPM. Recentemente alguns estudos randomizados, placebo controlados têm atestado sua eficácia clínica e tolerabilidade (LOPEZ *et al.*, 2008). O assunto está longe de um consenso, sendo necessários estudos complementares.

Referências

APPROBATO, S; SILVA, C.D.; PERINI, G.F. *et al.* Síndrome Pré-Menstrual e Desempenho Escolar. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 23, n.7, p. 459-462. 2001.

ATMACA, M; KUMRU, S; TEZCAN, E. Fluoxetine versus Vitex *agnus castus* extract in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Hum Psychopharmacol*, v.18, n.3, p.191-5, 2003.

CHENIAUX, E. Tratamento da Síndrome Disfórica Pré-menstrual com antidepressivos: revisão de estudos clínicos. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 55, n.2, p.142-147, 2006.

CHENIAUX, E. Psicopatologia da memória. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 63-67, 1995.

DE BERARDIS, D; SERRONI, N; SALERNO, R.M. *et al.* Treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) with a novel formulation of drospirenona and ethinyl estradiol. *Ther Clin Risk Manag.*, v.3, n.4, p.585-90, 2007.

_____. *et al.* Treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) with a novel formulation of drospirenona and ethinyl estradiol. *Ther Clin Risk Manag.* v.3, n.4, p.585-90, 2007.

DIMMOCK, P.W; WYATT, K.M; JONES, P.W. *et al.* Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet.*, v.356, p.1131-6, 2000.

FORD, O.; LETHABY, A.; MOL, B. *et al.* Progesterona para el síndrome pré-menstrual. *LaBiblioteca Cochrane Plus*, n.2, 2008.

KASHANIAN, M; MAZINANI, R; JALALMANESH, S. Pyridoxine (vitamin B6) therapy for premenstrual syndrome. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, v. 96, p.43-44, 2007.

LÓPEZ-MATO, A; ILLA, G; BOULLOSA, O; MÁRQUEZ, C; VIEITEZ, A. Trastorno disfórico premenstrual. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, v.38, n.3, p. 187-195, 2000.

LANDÉN, M; NISSBRAND, H; ALLGULANDER, C. *et al.* Placebo-controlled trial comparing intermittent and continuous paroxetine in premenstrual dysphoric disorder. *Neuropsychopharmacology*, v.32, n.1, p.153-61, 2007.

LOPEZ, L.M; KAPTEIN, A; HELMERHORST, F.M. *Anticonceptivos orales con drospirenona para el síndrome premenstrual* (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, n.2, 2008.

MATSUMOTO, T ; USHIROYAMA, T ; KIMURA, T. *et al.* Altered autonomic nervous system activity as a potential etiological factor of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Biopsychosoc Med.*, v.20, n.1, p.24, 2007.

MONTES, R.M.; VAZ, C.E. Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-Teste e do IDATE. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.19, n.3, p.261-267, 2003.

NOGUEIRA, C.W.M; SILVA, J.L.P. Prevalência dos Sintomas da Síndrome Pré-Menstrual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.22, n.6, p.347-351, 2000

PEARLSTEIN, T.; STEINER, M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J. Psychiatry Neurosci.*, v.33, n.4, p.291-301, 2008.

RICKELS, K; FREEMAN, E; SONDHEIMER, S. Buspirone in treatment of premenstrual syndrome. *Lancet.*, v.1, p.777, 1989.

SHAH, N.R; JONES, J.B; APERI, J. *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and

premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. NR, *et al. Obstet Gynecol.*, v.111, n.5, p.1175-82, 2008.

SCMIDT, P.J; NIEMAN, L.K; GROVER, G.N; MULLER, K.L; MERRIAM, G.R, RUBINO, D.R. Lack of effect of induced menses on symptoms in women with premenstrual syndrome. *N. Engl. J. Med.* v.324, n.17, p.1174-9, 1991.

SMITH, S; RINEHART, J.S; RUDDOCK, V.E. *et al.* Treatment of premenstrual syndrome with alprazolam: results of a double-blind, placebo-controlled, randomized crossover clinical trial. *Obstet Gynecology*, v.70, p.37-43, 1987.

SILVA, C.M.L; GIGANTE, D.P; MINTEN, G.C. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.4, p. 835-844, 2008.

SILVA, C.M.L; GIGANTE, D.P; CARRET, M.L.V. *et al.* Population study of premenstrual syndrome. *Rev. Saúde Pública*, v.40, n.1, p.47-56, 2006

STEVENSON, C; ERNST, E. Complementary/alternative therapies for premenstrual syndrome: A systematic review of randomized controlled trials. *Am J. Obstet. Gynecol.*, v.185, p.227-35, 2001.

THYS-JACOBS, S; STARKEY, P; BERNSTEIN, D, *et al.* Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v.179, p.444-52, 1998.

VALADARES, G.C; FERREIRA, L.V; CORREA FILHO, H. *et al.* Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, v.33, n.3, p.117-12, 2006.

WANG, Y.P. *et al.* Dimensionality of the premenstrual syndrome: confirmatory factor analysis of premenstrual dysphoric symptoms among college students. *J. Bras. Pesq. Med. e Biol.*, v.40, p.639-647, 2007.

WANG, M; HAMMARBACK, S; LINDHE, B.A; BACKSTROM, T. Treatment of premenstrual syndrome by spironolactone: a double-blind, placebocontrolled study. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, v.74, p.803-8, 1995.

WYATT, K.M.; DIMMOCK, P.W; JONES, P.W. *et al.* Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ*, v.318, p.1375-81, 1999.

5.4 Concepções de Mulheres Atendidas na Estratégia Saúde da Família sobre Cidadania e Direito à Saúde

Karina de Lima Nogueira

Maria Aparecida Barbosa Carneiro

Inacia Sátiro Xavier de França

Francisco Stélio de Sousa

Carla Campos Muniz Medeiros

Cidadania é um conceito que expressa a condição existencial do indivíduo e do compartilhamento dos interesses do coletivo para assegurar o livre desenvolvimento de cada um e a condição para a convivência e desenvolvimento de todos (GELBCKE; *et al.*, 2008).

A noção histórica de cidadania vincula-se à noção de igualdade, uma condição caracterizada pela relação de direitos e deveres, atribuída a todo e qualquer cidadão, independente de sua vida privada, profissão, religião, sexo, dentre outros.

O direito de cidadania é uma conquista tributária da Revolução Francesa, da Declaração dos Direitos Humanos e da luta constante empreendida pelos movimentos populares reivindicando uma sociedade mais igualitária, demandando o reconhecimento dos seus membros como sujeitos de direitos.

Em 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas, por meio da Declaração Universal dos Direitos do Homem, reconheceu o direito à saúde como uma prerrogativa da cidadania. Nesse documento, o estado de bem-estar é dado por uma série de direitos sociais: alimentação, moradia, vestimenta, assistência médica, serviços sociais e seguros sociais, trabalho e educação alinhando-se, portanto, ao

conceito de cidadania (NUB, 2004). Contudo, na conjuntura social contemporânea, a saúde permanece distante de ser entendida como uma prática de educação e promoção pró-ativa. Esse fato é percebível nos segmentos sociais mais vulneráveis, como nas favelas e periferias das grandes cidades (HERDMANN; *et al.*, 2009).

No Brasil, a Constituição de 1988 reconheceu a saúde como um direito coletivo de responsabilidade do Estado com garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços, além de considerar os níveis de atenção (BRASIL, 1998). Graças a esse capital jurídico, estabeleceu-se o alicerce das estruturas técnicas e jurídicas, das ações e serviços de saúde para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas atribuições visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo estes princípios como direito de cidadania, com universalidade, integralidade e controle social.

Para efetivar o SUS, implantou-se, também, a Estratégia Saúde da Família (ESF) que refuta a visão biológica do processo saúde/doença, e entende a saúde como totalidade e qualidade de vida, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania.

No local deste estudo, a primeira equipe da ESF foi implantada, em 1994, no bairro para o qual atribuímos o cognome Conformação. A motivação para a locação desta equipe pioneira, aqui denominada ESF 1, foi a precária qualidade de vida dos moradores, a falta de infraestrutura, e os altos índices de mortalidade infantil. Passada uma década dessa implantação, descrevemos o significado atribuído por usuárias da ESF 1, do bairro Conformação acerca de seu direito à saúde e participação nas ações desenvolvidas pela ESF 1.

O Bairro Conformação

A população do bairro é composta por 2.155 famílias. Destas, 4.569 são homens e 4.698 mulheres. Dentre essa população, 1.600 estão na faixa etária de 2 a 10 anos. A taxa de alfabetização é de 63,9%; a média de moradores por habitação é de 4,3 e a renda básica é de R\$ 206,11. Cerca de 92% dos domicílios possui banheiro ou sanitário, mas apenas 62% são servidos pela coleta de lixo; a maioria das habitações localiza-se em ruas sem pavimentação (IBGE, 2010).

O bairro possui duas ESF's, duas escolas municipais, uma creche, uma lavanderia, uma rádio difusora, um posto credenciado dos correios, duas linhas de transporte coletivo, um Clube de Mães, uma Sociedade de Amigos de Bairro (SAB). Contudo, a população enfrenta várias situações de risco devido ao acúmulo de lixo nos terrenos baldios, um canal que corre a céu aberto, o aglomerado populacional, a falta de pavimentação e saneamento básico, a desigualdade social e o alto índice de violência.

Nesse bairro, escolheu-se a ESF 1, que encampa duas equipes que atuam objetivando prestar cobertura total à comunidade. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

As mulheres participantes

A população desse estudo, composta por todas as mulheres cadastradas na ESF 1, recebe atendimento de acordo com as diretrizes da atenção básica: imunização de rotina, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, atendimento em ginecologia, saúde mental, acompanhamento

para diabéticos e hipertensos; além de atendimento individual, visitas domiciliares e institucionais.

A seleção da amostra seguiu o modelo estratificado proposto por Gil (2002) que consiste em pré-determinar quantos elementos da amostra serão retirados de cada estrato. Nesse tipo de seleção amostral, pode-se sortear um número igual de elementos em cada estrato ou sortear um número proporcional de elementos em cada estrato. A pré-determinação pode ser feita de várias formas, sendo as mais comuns: a) uniforme – sorteia-se um número igual de elementos em cada estrato; b) proporcional – o número de elementos sorteados em cada estrato é proporcional ao número de elementos no estrato.

Seguindo o modelo proporcional, foram selecionados 10% das usuárias cadastradas nos seguintes grupos: Grupo de Diabéticos (GD), Grupo de Hipertensos (GH) e Grupo de Planejamento Familiar (GPF). Assim, foram selecionadas: 5 usuárias do GD, 26 do GH e 22 do GPF, alcançando um total de 53 participantes. Esses grupos foram escolhidos por serem compostos, majoritariamente, por usuárias adultas que recebem assistência da ESF 1 desde a sua implantação.

Os critérios de inclusão foram: ter 18 anos ou mais de idade, função cognitiva normal e aceitar participar da investigação.

Utilizou-se um formulário contendo questões fechadas para coleta de dados sociodemográficos no arquivo da ESF1, um roteiro de observação para preenchimento das condições sanitárias do bairro e uma entrevista acerca da participação cidadã das usuárias nas ações desenvolvidas pela ESF1.

O sorteio das participantes foi realizado em dia agendado pelos enfermeiros para o desenvolvimento de atividades dos grupos na ESF1. Em seguida, os pesquisadores

agendaram com as participantes o dia e a hora para as entrevistas na ESF1. Cada entrevista foi gravada e recebeu um número seguindo a sequência numérica de 1 a 53, conforme o respectivo número de participantes.

As informações obtidas com o formulário e o roteiro de observação foram analisadas estatisticamente e apresentados em tabela, de forma descritiva. Os dados das entrevistas foram analisados por meio da análise de conteúdo temática (BARDIN, 2004), que originou os seguintes temas: A busca de educação em saúde na perspectiva do autocuidado; Valorização da educação em saúde como instrumento para cuidar da doença; Autonegação do direito de participar das atividades de educação em saúde; e desconhecimento do direito à saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob nº 0123.0.133.000-07 e seguiu as recomendações da Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Perfil das participantes

Tabela 1 – Distribuição do Número de Usuárias da ESF Segundo Condições Socioeconômicas. Bairro de Município Paraibano, NE, Brasil. 2008

Variáveis (n = 53)	Nº	%
Faixa etária (em anos)		
18 – 26	11	21,0
27 – 36	7	13,0
37 – 46	4	7,0
47 – 56	10	19,0
57 – 66	10	19,0
67 – 77	11	21,0

Estado civil		
Solteira	18	34,0
Casada	17	32,0
Em união consensual	11	21,0
Divorciada	4	7,0
Viúva	3	6,0
Renda familiar		
Sem renda	12	23,0
Meio salário mínimo	12	23,0
Até um salário mínimo	29	54,0
Escolaridade		
Sem escolaridade	13	25,0
Ensino fundamental	35	65,0
Ensino médio incompleto	5	10,0

Conforme a tabela 1, participaram do estudo usuárias jovens, adultas e idosas, público bem heterogêneo em termos de faixa etária. O estado civil foi marcado por mulheres solteiras, seguidas por mulheres casadas ou em união consensual.

Ainda, na tabela 1, dois determinantes sociais que podem influenciar as percepções sobre cidadania estão descritos: a renda, em que houve predomínio de mulheres com renda familiar de um salário mínimo, correspondendo a 29 (54,0%); e a escolaridade, com predomínio de mulheres no ensino fundamental, correspondendo a 35 (65,0%). Destaca-se que 13 (25,0%) das mulheres não tinham escolaridade. Portanto, o grupo apresenta renda familiar e escolaridade bastante insatisfatórias. Nesse contexto, Manso *et al.* (2010) afirmaram que entre 2005 e 2006 a população nordestina teve uma perda de bem-estar de menos 1,54% devido ao elevado nível de desigualdade existente na região. Fleury (2009) reconhece os resultados favoráveis de redução da

pobreza e da indigência, mas afirma que a posição adversa dessa região no contexto do País permanece praticamente imutável.

Apreende-se que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Renda Básica de Cidadania instituída pela Lei 10.835 não alcançaram a eficácia desejada (BRASIL, 2004; 2006). O Programa Bolsa Família é apontado na literatura como outro exemplo de debilidade no combate à pobreza, pois não se baseia na concepção de direitos, logo, o benefício é concedido obedecendo a uma quota específica de famílias carentes em cada município, de modo que, mesmo havendo outras famílias na mesma condição de precariedade econômica, estas não são inseridas nesse Programa (ZIMMERMANN, 2006).

Estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) demonstrou que dentre as 5.507 cidades brasileiras investigadas, apenas em 19 o total da população frequentou a escola por pelo menos oito anos. No Nordeste, o analfabetismo atinge pessoas de todas as faixas etárias. Nas famílias mais pobres, a taxa de analfabetismo é vinte vezes maior que aquela das famílias mais ricas. Nos domicílios que possuem renda superior a 10 salários mínimos, o índice de analfabetismo é de apenas 1,4%, enquanto nas famílias que possuem renda inferior a um salário mínimo esse índice alcança 29% (BRASIL, 2000).

A busca de educação em saúde na perspectiva do autocuidado

Na ESF 1, o processo educativo se constrói com a realização de palestras aos grupos específicos e, para a maioria das participantes, as palestras representam uma forma de informação e aprendizagem.

Sempre que tenho tempo venho pra aqui e gosto de assistir; as conversas são muito boas, aprendo muita coisa que não sei. (Entrevistada 7).

Eu gosto de assistir. Porque fala de coisas importantes [...] este posto é muito bom. (Entrevistada 12).

Quando eu tava grávida que vinha pra cá, eu dava sugestão, e elas eram aceitas, pedia pra ouvir coisas como dá banho no bebê, cuidar dele, estas coisas. (Entrevistada 1).

Para as usuárias envolvidas nessa temática, a ESF 1 é um espaço democrático de acolhimento e aquisição de conhecimento para o autocuidado no processo saúde-doença. O processo educativo é construído com a realização de palestras aos grupos específicos. As ações educativas representam uma forma de informação e aprendizagem, sob a ótica dos profissionais, donde se pode inferir que as palestras norteiam o processo do cuidar, buscando capacitar as usuárias para a construção de hábitos saudáveis, de modo a compreender e melhorar as suas condições de saúde por meio de informações prescritivas.

Apreende-se da fala das participantes, que a ESF 1 objetiva o aprimoramento das relações entre profissionais, usuários do sistema de saúde e a comunidade e que um dos aspectos fundamentais dessa política é o acolhimento, uma manifestação de conduta profissional aliada aos princípios do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2004). A interação usuários-equipe ESF 1, não dita, mas, apreendida na fala das participantes, é compatível com aquela descrita na literatura acerca de que a ESF não procura atuar somente no campo da participação popular e construção da cidadania, mas parte da direção do micro, das relações interpessoais e familiares buscando fortalecer o grupo, compreendendo sua constituição, limites e possibilidades.

Valorização da educação em saúde como instrumento para cuidar na doença

Gosto de assistir quando tenho tempo, porque as orientações ajudam a tomar o remédio na hora certa e ajuda nas refeições. (Entrevistada 3).

Sim, porque vamos aprender o que a gente não sabe: as doenças. (Entrevistada 25).

Gosto, porque é importante saber como cuidar do doente, assistindo as palestras pode aprender. (Entrevistada 1).

Gosto das reuniões, porque fala sobre a saúde e os medicamentos que a gente toma. (Entrevistada 20).

O modelo de participação no processo educativo informado pelas participantes inclusas nessa temática assemelha-se ao relato de Martins *et al* (2007) em que a participação nas atividades das UBS's é sustentada por educação em saúde centrada na prevenção das doenças, no uso correto dos medicamentos e das dietas. Corrobora relato de Besen (2007) acerca de que os profissionais da ESF costumam adotar um estilo de pensamento curativista, priorizando as patologias, seguindo um modelo tradicional de imposição de conhecimentos ao usuário e uma relação profissional-usuário do tipo vertical. Dessa forma, educa-se para prevenir, com o agravante de que os discursos são pontuais e focalizados nas especificidades de cada programa, intervenção ou situação, reforçando-se o modelo biológico do adoecimento e desconsiderando-se os determinantes sociais da doença e da saúde, além de desconsiderar a individualidade, as crenças, valores e o saber dos usuários.

Num contexto dessa ordem, os usuários se ressentem da ausência de uma interação efetiva, norteadas pela ideia

de relação humanizada entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Entretanto, convém esclarecer que, no período dessa investigação, as 61 ESF's deste município paraibano passavam por um processo de reorganização devido à contratação de profissionais recém-aprovados em concurso público. Esse fenômeno possibilitou o ingresso de profissionais recém-formados, necessitados de treinamento e qualificação para o desempenho de suas atividades nas ESF's. Assim, foi compreensível encontrar alguma dificuldade momentânea no processo de construção da cidadania e participação popular na saúde.

A autonegação do direito de participar das atividades de educação em saúde

Só venho mesmo pras consultas e pegar o remédio. Não sei por que não venho, acho que por falta de tempo, não gosto de vir. (Entrevistada 4).

A única vez que vim foi quando estava grávida e depois não vim mais, acho que por falta de tempo, tenho muita coisa pra fazer e não posso perder tempo. (Entrevistada 8).

Quase nunca venho pras palestras é que nem fico sabendo, também não tenho tempo. (Entrevistada 49).

Pra falar a verdade não dou sugestão [...] fico calada e só faço mesmo escutar. (Entrevistada 12).

A participação e o controle social na gestão do SUS é uma prerrogativa da Constituição Federal de 1988 e da Portaria Nº 399/06 (BRASIL, 2006). Esse capital jurídico assevera a saúde como direito de cidadania, exercido por meio do diálogo com a sociedade. Cabe a cada cidadão fazer com que os seus representantes legais levem aos Conselhos de Saúde as suas necessidades.

A participação da comunidade na saúde tem caráter educativo, reivindicador de direitos coletivos, facilitador do contato entre os cidadãos e as diversas instituições do Estado e viabilizador das decisões acerca das demandas da comunidade.

Ao usar a “falta de tempo” ou a “perda de tempo” para justificar a ausência às atividades de educação em saúde, a participante dessa categoria negligencia a participação da comunidade como instrumento de luta na redução das desigualdades sociais e como garantia de um mínimo de bem-estar coletivo. Da mesma forma, as participantes que adotam a passividade e o silêncio como estratégia defensiva de possíveis atitudes discriminatórias por parte da equipe de saúde atestam que a negociação e o cuidado não são assumidos como elementos de uma prática que supera as desigualdades nas relações e primam pela inclusão dos sujeitos nas decisões sobre o trabalho e sobre a saúde.

Para além dos conflitos, limites e dificuldades que permeiam a fragmentação, a hierarquização e a hegemonia do trabalho em saúde, quando as demandas e necessidades dos usuários não são expressas ou atendidas é porque existe, nas práticas em saúde, uma reprodução da exclusão que se encarrega de concretizar uma visão do processo saúde/doença imbuída das desigualdades por raça, gênero e renda (SENA; SILVA, 2007).

Dessa forma, o conceito participação, tal como exposto nesse estudo, está longe de significar um mecanismo fundamental no processo de transformação social, pois não havendo continuidade da participação das usuárias nas atividades de educação em saúde, dificilmente, a cidadania desses sujeitos será plena.

O desconhecimento do direito à saúde

Eles fazem um favor, não é? É que aqui a gente é muito pobre, e sofre um preconceito muito grande, e eles tão sempre aqui com a gente. Acho que eles fazem um favor pra gente. (Entrevistada 2).

O povo vive reclamando, mas eu não, fico na minha e eles me tratam bem. Tão todos os dias por aí, e sempre que preciso de alguma coisa me atendem, e eles ajudam muito a gente. (Entrevistada 10).

Olha eu sei lhe responder não, sei que venho pego os remédios, se fico doente eles me atendem e marcam os exames. Acho tudo isso muito bom. Antes aqui era tudo muito difícil agora temos um médico que vai à minha casa. (Entrevistada 21).

Gosto muito daqui. Porque eles cuidam da gente, tem atenção com a gente, e se não fosse o posto o que seria da gente pobre? (Entrevistada 19).

As participantes, além de desconhecerem o seu direito à saúde e à cidadania, colocaram-se à mercê da dádiva, numa atitude de submissão e despolitização contribuindo com a permanência dos resquícios inerentes ao modelo clássico da doença no que se refere à prática clientelista, pautada na ideia de favor e à revelia do direito de cada cidadão.

A concepção das entrevistadas acerca das ações da ESF 1 converge para um paradigma em que as noções de conquista social, direito e cidadania não estão presentes. Mesmo ao afirmar a saúde como um direito, estas usuárias não conhecem, de fato, o que significa “direito de cidadania”. Para esses sujeitos, o espaço público é para o povo e não uma conquista do povo como luta dos movimentos sociais.

Ser cidadão implica conscientização dos direitos e deveres, e a capacidade de participação. A ausência desta

percepção evidencia que essas usuárias não têm conhecimento do seu papel social, não se apropriam de uma consciência de direitos. Há, na prática, um distanciamento da condição de cidadão. Assim, na comunidade do bairro Acomodação, a proposta de consolidação das práticas de saúde como reconhecimento do direito a cidadania, não mais atrelada à ideia de favor ou benefício, ainda é um direito a ser conquistado.

Implicações do estudo para os enfermeiros

O SUS objetiva oferecer bens e serviços aos brasileiros, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, tal como garantida na Constituição de 1988. Entretanto, Silva *et al.* (2010) afirmam que a operacionalização das suas diretrizes precisam valorizar o conhecimento consensual dos grupos sociais usuários desse sistema de modo a implementar programas a partir do conhecimento da população que se pretende cuidar, tomando por base o saber popular acerca do contexto saúde-doença sobre o qual se pretende intervir.

Neste estudo, a equipe de saúde busca aprimorar a interação com a comunidade desenvolvendo educação em saúde. Entretanto, os cuidados implementados, focados em diretrizes generalistas que desconsideram as especificações de grupos e da região, não conseguem despertar nos usuários o gosto por uma participação estratégica que repense o cuidar, o educar e o gerenciar.

Entende-se que as demandas detectadas na ESF 1 não são de fácil resolução dado que são consequências de determinantes sociais que, em sua maioria, fogem ao alcance da equipe da ESF. E concorda-se com Herdmann *et al* (2009) que a comunidade e a equipe de saúde preci-

sam discutir as vulnerabilidades e as formas de intervenção na realidade a partir do significado que os próprios usuários atribuem ao viver saudável, considerar as oportunidades para planejar objetivos e metas destinados a atender as demandas em saúde e contribuir com o processo de mudança que urge implementação por parte dos gestores.

O SUS foi formulado com base em princípios e diretrizes que se articulam com vistas a garantir à sociedade a universalidade, equidade, igualdade, participação social, descentralização e integralidade; de modo a constituir o arcabouço do reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, estabelecendo um marco de inclusão do cidadão com capacidade de autonomia e influência no gerenciamento de programas e ações. Pautada neste paradigma, surgiu a ESF, cujo enfoque à saúde está arrolado no individual/coletivo atrelados às relações sociais da comunidade em seu meio ambiente; numa proposta de prevenção e promoção (re)orientando a ideia tradicionalista do modelo de doença.

Apesar desse paradigma, as usuárias da ESF 1 não se assumem como sujeitos do processo saúde-doença visto que manifestaram uma consciência ingênua, destituída de politização e, por vezes, negligente com o autocuidado. A conduta passiva em relação às práticas de saúde demonstra que a comunidade desconhece o seu potencial para contribuir de forma ativa e responsável na construção de práticas em saúde/cuidado comprometidas com a construção da própria cidadania.

As discussões apresentadas neste estudo em relação à concepção das usuárias acerca do seu direito à saúde induzem à reflexão sobre a falta de correspondência entre o discurso legal e a realidade concreta.

A maioria das participantes reconhece na ESF 1 um espaço de aprendizagem e informação no enfrentamento das questões relativas à saúde, no entanto, a concepção de participação está longe de significar um mecanismo fundamental no processo de transformação social, pois, a comunidade não participa, nem forma uma parceria permanente. É, apenas, coadjuvante em programas esporádicos.

É certo que, no Brasil, muitas conquistas foram alcançadas; que o cenário democrático atual não se assemelha com o de duas décadas atrás. Mas ainda se percebe, em alguns serviços, a inexistência de relação horizontal entre a comunidade assistida e a equipe de saúde. O comum é se observar uma relação vertical em que o espaço micro da participação, representado por relações cotidianas, como as que se estabelecem na ESF 1, não se afirma numa cultura de divisão de responsabilidades.

Em relação à noção das usuárias acerca de conquista social, direito e cidadania, percebe-se a fragilidade desta consciência. E mais do que a ausência de uma consciência de direito, nota-se a falta de concretização dos direitos. As usuárias não conhecem o poder que têm, não conhecem seus direitos, não sabem de suas conquistas.

Referências

BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: acompanhada de disposições anteriores... 2.ed. São Paulo: Ed. Oliveira Mendes, 1998.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Mapa do Analfabetismo no Brasil*, Brasília, Brasil. 2000. Dispo-

nível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Analfabetismo.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília; 2004. [On line]. [2010 abril 9]. Disponível em: URL: < http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389.>

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. p.4.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BESSEN, C.B; S NETTO, M.; DA ROS, M.A. *et al*. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc.*, v.16, n.1, p.57-68, Abr. 2007.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. Saúde Coletiva*. v.14, n.3, p.743-52, Jun. 2009.

GELBCKE, F.L.; TAVARES, C.M.A.; MATOS, E. *et al*. Trabalho, saúde, cidadania e enfermagem: produção do conhecimento do Grupo Práxis. *Texto Contexto - Enferm*. v.17, n.4, p. 727-33, Dez. 2008.

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

HERDMANN, A.L; BACKES, M.T.S; BACKES, D.S. *et al*. Gerenciando uma experiência investigativa na promoção do “viver saudável” em um projeto de inclusão social. *Texto Contexto-Enfermagem*. v.18, n.2, p.369-377, Jun. 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo demográfico do Brasil*: 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MANSO, C.A; BARRETO, F.A.F.D; FRANÇA, J.M.S. Bem-estar social, mercado de trabalho e o desequilíbrio regional brasileiro. *Estud. Econ.*, v.40, n.2, p.401-443, jun. 2010.

MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L, NASCIMENTO, E.R.P. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto-Enferm.*, v.16, n.2, p.254-62, jun. 2007.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Declaração Universal dos Direitos do Homem. 2004. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em: 03 fev. 2011.

SENA, R.R.; SILVA, K.L. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. *Rev. Esc. Enferm.*, v. 41, número especial, p.771-6, dez. 2007.

SILVA, S.É.D.; RAMOS, F.R.S.; MARTINS, C.R. *et al.* Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de assistência à saúde. *Rev. Esc. Enferm.*, v.44, n.4, p.1112-17, dez. 2010.

ZIMMERMANN, C.R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. *Sur, Rev. Int. Direitos Human.*, v.3, n.4, p.144-59. jun. 2006.

5.5 Fatores Associados à Violência Contra a Mulher em Comunidade do Nordeste Brasileiro

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Samira Valentim Gama Lira

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Deborah Pedrosa Moreira

Geisy Lane Muniz Luna

Ana Paula Soares Gondim

A violência contra a mulher é um fenômeno histórico e cultural, caracterizando-se pelo continuísmo na sociedade (BRASIL, 2005). Nas últimas décadas, tem sido amplamente reconhecida como um problema de saúde pública, em virtude das repercussões à saúde física, mental e reprodutiva (ROMITO e GERIN, 2002; BORSOI, BRANDÃO e CAVALCANTI, 2009). O fenômeno é pauta de debate intersetorial, demanda a elaboração de políticas e programas de governos, mobiliza os órgãos internacionais no sentido de ampliar a sua compreensão pela sociedade, visando a identificar mecanismos para o seu enfrentamento (KRUG *et al.*, 2002; BRASIL, 2005).

A literatura mundial proporciona a visibilidade deste problema, ao evidenciar elevada violência física, psicológica e sexual contra as mulheres, sendo cometida, principalmente, por seus parceiros (ROMITO e GERIN, 2002; BABU e KAR, 2009; MORENO e WATTS, 2011). Além de constituir uma violação dos direitos humanos, a violência contra a mulher também se consolida como motivo de adoecimento e sofrimento, repercutindo em morbidade e mortalidade, associa-se ao uso de drogas lícitas, ilícitas e sexo inseguro (BORSOI, BRANDÃO e CAVALCANTI, 2009; MORENO e WATTS, 2011). Identifica-se o fato de que no caso de recorrência da violência familiar, perpetuam-se o consumo de álcool, comunicação prejudicada, famílias disfuncionais e proble-

mas gerados por questões de gênero (BRASIL, 2005; VIEIRA *et al.*, 2008).

Este fenômeno está associado às características dos espaços urbanos e à desigualdade na distribuição de renda, o que é reafirmado pela literatura ao demonstrar, que os registros de maior ocorrência são de comunidades socialmente desfavorecidas (SCHRAIBER *et al.*, 2002; BRASIL, 2008; FER-RANTE, SANTOS e VIEIRA, 2009; MOURA *et al.*, 2009).

Investigar sobre os fatores que desencadeiam a violência contra a mulher nesses territórios é relevante para a reorganização do setor saúde e da sociedade. Reportando-se à Estratégia Saúde da Família (ESF), responsabilizada pela reorientação do modelo de atenção à saúde, estudos sobre o tema retroalimentam o planejamento de ações coletivas, as pactuações e intervenções que possibilitem reduzir a gênese desse evento.

O que passamos a descrever é parte dos resultados de uma pesquisa financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), intitulada “Fatores de risco para situações de acidentes em crianças e violência contra a mulher no contexto familiar”, que teve como objetivos identificar os fatores associados às injúrias não intencionais em crianças e a violência contra a mulher em uma comunidade de baixa renda do Nordeste brasileiro.

Contexto comunitário das mulheres do estudo

As mulheres participantes da pesquisa residiam em um bairro do município de Fortaleza, Estado do Ceará. Este município possui disparidade socioeconômica elevada, estando entre as quatro cidades mais desiguais do Brasil, classificação dada pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2011). À época do estudo, o bairro tinha aproximadamente

11.000 habitantes e estava mapeado em dez microáreas de saúde. As famílias sobreviviam, similar às comunidades de baixa renda no País, coabitando com problemas de saneamento, transporte, segurança, moradia, lazer, educação de qualidade e oportunidade de trabalho, perpetuando as iniquidades sociais (ONU, 2011).

A amostra foi do tipo aleatória simples, calculada com base no número de mulheres em idade fértil ($n = 4.100$ mulheres), cadastrado na comunidade à época do estudo. Utilizando-se uma proporção de 50% de crianças e de pelo menos uma mulher no domicílio, com um erro estimável de 5%, obteve-se uma amostra de 365 mulheres.

As entrevistadoras uma vez treinadas adentraram no campo, tomando as famílias, aleatoriamente, por meio de visita domiciliária, observando os critérios de inclusão: ter crianças e pelo menos uma mulher responsável pela criança na família. A coleta dos dados foi realizada em 2007, em uma única oportunidade, aplicando-se instrumento adaptado do modelo *Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1)*, usado para aferir violência no casal (HASSELMANN, REICHENHEIM, 2003). Na realização deste estudo, foram utilizadas as questões sobre violência sexual. Em cada residência, as entrevistadoras apresentaram os objetivos da pesquisa e, posteriormente, solicitaram a participação da mulher e a confirmação por meio do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido.

Consideraram-se como desfechos: (i) a ocorrência da violência contra a mulher e (ii) a violência sexual sofrida pelas mulheres em algum momento de sua vida. Como exposição para a ocorrência da violência contra a mulher foram analisados: dados sociodemográficos (idade, tempo de estudo, renda familiar, religião, chefe da família e tipo de família) e comportamento de risco (consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, habitualmente; presença de armas no domicílio; jogar

objetos no companheiro; utilizar objetos ou arma para defender-se; respeitar o modo de pensar do companheiro; dialogar para resolver o problema e permanecer dialogando até o fim da discussão. Como exposição para a violência sexual, examinaram-se: dados sociodemográficos e comportamento de risco (descritos anteriormente) e comportamento sexual do casal (vida sexual ativa, desejo de manter relações sexuais, o companheiro usar de força para ter relações sexuais, ser ameaçada quando não quis manter relações sexuais e reclamar do companheiro durante a relação sexual).

Os dados foram organizados, codificados, tabulados e submetidos a análises de medidas de significância, com aplicação do teste não paramétrico Quiquadrado de Pearson, cálculos de *odds ratio* (OR) brutos e ajustados com seus respectivos intervalos de confiança (95 %), após regressão logística das variáveis intervenientes, com a utilização do programa *Statistical Package Social Science* – SPSS, versão 13.0 for *Windows*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), conforme o parecer nº. 307/2004.

Perfil das mulheres

Dentre as 365 mulheres do estudo, 71,8% possuíam mais de 31 anos de idade, 62,9% tinham oito ou mais anos de estudo, 78,2% recebiam até três salários mínimos e 55,1% referiram ser católicas; 18,6% declararam-se como chefe de família e, em relação à estrutura familiar, 49,3% eram do tipo nuclear (pai, mãe e filhos) (WRIGHT, LEAHEY, 2002).

Na análise bivariada das características sociodemográficas relacionadas com a presença ou não da violência contra a mulher, o tempo de estudo (em anos) foi significativo para que ocorresse a violência (Tabela 1).

Tabela 1 – Características Sociodemográficas Associadas à Ocorrência de Violência Relatada por Mulheres Residentes em Comunidade do Nordeste Brasileiro. Fortaleza, Ceará. 2007

Variável	Mulheres que sofreram violência									
	Sim		Não		OR não ajustada	IC95%	p	OR ajustada	IC95%	p
	n	%	n	%						
Idade (anos)										
≤31	25	7,6	08	2,4	1,264	0,543-2,943	0,586	0,793	0,313-2,007	0,624
>31	237	71,8	60	18,2						
Tempo de estudo (anos)										
≤8	219	62,9	42	12,1	0,404	0,231-0,706	0,001	2,548	1,426-4,551	0,002
>8	59	17,0	28	8,0						
Renda familiar (SM)*										
≤3	284	78,2	75	20,7	0,792	0,081-7,726	0,841	1,327	0,122-14,385	0,816
>3	3	0,8	1	0,3						
Religião										
Católica	201	55,1	53	14,5	1,067	0,612-1,860	0,820	0,932	0,507-1,712	0,820
Outras	89	24,4	22	6,0						
Chefe da família										
Mãe	68	18,6	22	6,0	1,324	0,752-2,330	0,330	0,717	0,392-1,313	0,281
Outros	221	60,5	54	14,8						
Tipo de família										
Nuclear	180	49,3	50	13,7	1,165	0,685-1,979	0,573	0,662	0,351-1,246	0,201
Ampliada/Mo noparental	109	29,9	26	7,1						

Nota: * Salário mínimo na época do estudo = R\$350,00.

Na tabela 2, observa-se associação entre comportamento de risco da família com o caso da violência; as análises bivariadas com *odds ratio* ajustado e não ajustado; os intervalos de confiança e os valores de Quiquadrado de Person.

Em pelo menos um componente da família, identificaram-se o consumo de bebida alcoólica habitualmente (53,2%), uso de drogas ilícitas (9,9%) e presença de arma branca e/ou de fogo (77,7%) entre as mulheres que sofreram violência. O consumo de bebidas alcoólicas aumentou em quase duas vezes (OR = 1,962) a chance de a mulher so-

frer violência quando da análise ajustada e pouco mais de uma vez (OR = 1,346), o consumo de drogas ilícitas. Jogar algum objeto no companheiro aumentou quase duas vezes a chance (OR = 1,850) de a mulher sofrer violência e mais de 14 vezes (OR = 14,716) quando a mulher usou objeto/arma para se defender da agressão (Tabela 2).

Tabela 2 – Comportamentos de Risco Associados à Ocorrência de Violência Relatada por Mulheres Residentes em Comunidade do Nordeste Brasileiro. Fortaleza, Ceará. 2007

Variável	Mulheres que sofreram violência									
	Sim		Não		OR não ajustada	IC95%	p	OR ajustada	IC95%	p
	n	%	n	%						
Consumo de bebidas alcoólicas										
Sim	194	53,2	35	9,6	0,418	0,250-0,699	<0,001	1,962	1,101-3,497	0,022
Não	95	26,0	41	11,2						
Consumo de drogas ilícitas										
Sim	36	9,9	3	0,8	0,289	0,086-0,965	0,033	1,346	0,357-5,083	0,661
Não	253	69,3	73	20,0						
Presença de armas no domicílio										
Sim	283	77,7	74	20,3	1,569	0,186-13,234	0,676	0,592	0,065-5,412	0,642
Não	6	1,6	1	0,3						
Jogar objetos no companheiro										
Sim	87	23,8	7	1,9	0,236	0,104-0,533	<0,001	1,850	0,763-4,489	0,174
Não	202	55,3	69	18,9						
Utilizar objetos ou armas para defender-se										
Sim	78	21,4	1	0,3	0,036	0,005-0,264	<0,001	14,716	1,913-113,193	0,010
Não	211	57,8	75	20,5						
Respeitar o modo de pensar do companheiro										
Sim	199	54,7	69	19,0	5,201	2,178-12,421	<0,001	0,370	0,146-0,943	0,037
Não	90	24,7	6	1,6						
Dialogar para resolver o problema										
Sim	232	63,9	63	17,4	1,407	0,697-2,842	0,339	1,242	0,535-2,883	0,614
Não	57	15,7	11	3,0						
Permanecer até o fim de discussão										
Sim	89	24,5	43	11,8	3,020	1,793-5,086	<0,001	0,369	0,205-0,664	0,001
Não	200	54,9	32	8,8						

Quando as variáveis sociodemográficas foram associadas à violência sexual, não houve variáveis significantes e a renda familiar abaixo de três salários mínimos aumentou em mais de três vezes (OR = 3,882) a chance de as mulheres sofrerem este tipo de violência (Tabela 3).

Tabela 3 – Características Sociodemográficas Associadas à Ocorrência de Violência Sexual relatada por mulheres residentes em comunidade do Nordeste Brasileiro. Fortaleza, Ceará. 2007

Variável	Violência sexual**									
	Sim n	%	Não n	%	OR não ajustada	IC95%	P	OR ajustada	IC95%	P
Idade (anos)										
≤31	3	0,9	30	9,1	1,042	0,298-3,650	0,948	1,018	0,278-3,727	0,979
>31	26	7,9	271	82,1						
Tempo de estudo (anos)										
≤8	26	7,4	235	67,3	1,512	0,601-3,804	0,377	0,597	0,215-1,652	0,320
>8	6	1,7	82	23,5						
Renda familiar (SM)*										
≤3	31	8,6	326	90,3	0,285	0,029-2,825	0,254	3,882	0,374-40-254	0,256
>3	1	0,3	3	0,8						
Religião										
Católica	22	6,0	230	63,2	0,878	0,410-1,879	0,738	1,134	0,484-2,656	0,772
Outras	11	3,0	101	27,7						
Chefe da família										
Mãe	9	2,5	82	22,5	1,139	0,509-2,549	0,752	0,815	0,338-1,968	0,649
Outros	24	6,6	249	68,4						
Tipo de família										
Nuclear	17	4,7	213	58,5	0,589	0,287-1,208	0,145	1,764	0,777-4,005	0,175
Ampliada/Monoparental	16	4,4	118	32,4						

Nota: *Salário mínimo na época do estudo = R\$350,00; **Mulheres que afirmaram terem sido forçadas a praticar relações sexuais com seus parceiros.

As variáveis de comportamento de risco também foram associadas à violência sexual. Jogar objeto no companheiro, utilizar objeto para se defender e respeitar o modo de pensar do companheiro mostraram-se significantes na análise bivariada não ajustada. Respeitar o modo de pensar

do companheiro foi a única variável significativa na análise bivariada ajustada (Tabela 4).

Tabela 4 – Comportamentos de Risco Associados à Ocorrência de Violência Sexual Relatada por Mulheres Residentes em Comunidade do Nordeste Brasileiro. Fortaleza, Ceará. 2007

Variável					Violência sexual*					
	Sim		Não		OR não ajustada	IC95%	p	OR ajustada	IC95%	p
	n	%	n	%						
Consumo de bebidas alcoólicas										
Sim	25	6,9	203	55,8	1,970	0,862-4,502	0,102	0,705	0,285-1,741	0,448
Não	8	2,2	128	35,2						
Consumo de drogas ilícitas										
Sim	8	2,2	30	8,2	3,211	1,332-7,742	0,007	0,639	0,233-1,751	0,384
Não	25	6,9	301	82,7						
Presença de armas no domicílio										
Sim	32	8,8	324	89,3	0,593	0,069-5,077	0,629	1,903	0,173-20,938	0,599
Não	1	0,3	6	1,7						
Jogar objetos no companheiro										
Sim	16	4,4	77	21,2	3,105	1,498-6,434	0,002	0,558	0,238-1,309	0,180
Não	17	4,7	254	69,8						
Utilizar objetos ou armas para defender-se										
Sim	15	4,1	63	17,3	3,545	1,695-7,416	<0,001	0,730	0,291-1,834	0,503
Não	18	4,9	268	73,6						
Respeitar o modo de pensar do companheiro										
Sim	10	2,8	259	71,3	0,119	0,054-0,262	<0,001	6,442	2,719-15,266	<0,001
Não	23	6,3	71	19,6						
Dialogar para resolver o problema										
Sim	24	6,6	272	74,9	0,569	0,251-1,287	0,171	0,831	0,326-2,116	0,698
Não	9	2,5	58	16,0						
Permanece até o fim de discussão										
Sim	9	2,5	125	34,3	0,618	0,278-1,372	0,233	1,138	0,463-2,798	0,779
Não	24	6,6	206	56,6						

Nota: *Mulheres que afirmaram terem sido forçadas a praticar relações sexuais com seus parceiros.

A tabela 5 exhibe as variáveis relacionadas ao comportamento sexual do casal, associadas à violência sexual. Dentre essas mulheres, 5,6 % não tinham vontade de ter re-

lações sexuais com seu parceiro, 3,3 % relataram que seus companheiros usaram de alguma força física para obrigá-la a ter relações sexuais e 3,3 % sofreram ameaças quando recusaram o intercuro sexual. Destacam-se como variáveis significantes o fato de ter vontade de manter relações sexuais com o companheiro, este usar força ou obrigar a manter relações e ser ameaçada por ele (Tabela 5).

Tabela 5– Comportamento Sexual do Casal Associado à Ocorrência de Violência Sexual Relatada por Mulheres Residentes em Comunidade do Nordeste Brasileiro. Fortaleza, Ceará. 2007

Comportamento sexual do casal	Violência sexual*									
	Sim		Não		OD não ajustada	IC95%	p	OD ajustada	IC95%	p
	n	%	n	%						
Vida sexual ativa										
Sim	22	6,1	255	70,6	0,573	0,265-1,235	0,151	0,693	0,156-3,071	0,629
Não	11	3,0	73	20,2						
Ter vontade de manter relações sexuais										
Sim	13	3,6	231	64,5	0,265	0,126-0,553	<0,001	4,498	1,079-18,755	0,039
Não	20	5,6	94	26,3						
O companheiro usar de força para obrigá-la a ter relações sexuais										
Sim	21	5,8	04	1,1	142,625	1,336-480,485	<0,001	0,024	0,006-0,100	<0,001
Não	12	3,3	326	89,8						
Ser ameaçada quando não quis manter relações sexuais										
Sim	21	5,8	16	4,4	34,344	14,401-81,904	<0,001	0,108	0,032-0,359	<0,001
Não	12	3,3	314	86,5						
Reclamar do companheiro durante a relação sexual										
Sim	18	5,0	37	10,2	9,470	4,403-20,368	<0,001	0,567	0,158-2,032	0,383
Não	15	4,1	292	80,7						

Nota: *Mulheres que afirmaram terem sido forçadas a praticar relações sexuais com seus parceiros.

De acordo com os dados apresentados, observou-se que a maioria das mulheres tinha idade superior a 31 anos, corroborando, assim, a literatura referente à violência contra

a mulher e faixa etária (RABELLO, CALDAS JÚNIOR, 2007; MOURA *et al.*, 2009). No que concerne ao tempo de estudo, as mulheres possuíam menos de oito anos e isso favoreceu a associação direta e a probabilidade de ocorrer violência, semelhante a outras investigações (REICHENHEIM, DIAS e MORAES, 2006; RABELLO e CALDAS JÚNIOR, 2007; MOURA *et al.*, 2009). Ou seja, mulheres que tiveram apenas o ensino fundamental e médio são mais propensas a sofrer violência, do que aquelas com ensino superior (DJIKANOVIC, JANSEN, OTASEVIC, 2010). Quanto mais capacitada e qualificada, maior a probabilidade de emprego e independência financeira, melhorando a autoestima (RABELLO, CALDAS JÚNIOR, 2007; MOURA *et al.*, 2009).

A maioria das mulheres possuía baixa renda familiar (≤ 3 salários mínimos), fato encontrado em outros estudos (VIEIRA *et al.*, 2008; BABU e KAR, 2009). Além disso, como chefe de família, destacou-se o cônjuge. Mota, Vasconcelos e Assis (2007) inferem que, quanto menor o nível de instrução, maior é a chance de a mulher exercer atividade de baixa remuneração e tornar-se dependente, financeiramente, do cônjuge ou até do ex-cônjuge. Sobre a historicidade da violência intrafamiliar, a pobreza e o desemprego têm parcela significativa na gênese da violência contra a mulher (ADEODATO *et al.*, 2005). A violência praticada pelo cônjuge, ex-cônjuge, companheiro ou ex-companheiro continua em ascendência. Estudos realizados por instituições que apoiam mulheres agredidas no Rio de Janeiro, São Paulo, Ceará e Rio Grande do Sul confirmam esta asserção (ADEODATO *et al.*, 2005; KRONBAUER e MENEGHEL, 2005; MOTA, VASCONCELOS e ASSIS, 2007).

Em relação ao tipo de família, destacou-se a nuclear, achado semelhante ao encontrado em Fortaleza, mas o estudo ressalta que as famílias estão modificando sua estru-

tura, ou seja, as mulheres estão reconstituindo uma família ou vivendo sozinhas (VIEIRA *et al.*, 2008).

Algumas pesquisas investigam os fatores relacionados à violência contra a mulher (DAY *et al.*, 2003; RABELLO e CALDAS JÚNIOR, 2007; VIEIRA *et al.*, 2008; MOURA *et al.*, 2009; DJIKANOVIC, JANSEN e OTASEVIC, 2010). Neste estudo, identificaram-se vários comportamentos que possuem associação direta e maior probabilidade da ocorrência desse fenômeno, como a ingestão de bebidas alcoólicas, o fato de a mulher utilizar qualquer objeto ou arma para defender-se, não respeitar o modo de pensar do companheiro e o casal não permanecer até o fim da discussão.

A ingestão de álcool pelo homem ou pela mulher configura comportamento de risco para a violência no ambiente doméstico (DEEKE *et al.*, 2009). O consumo de bebida alcoólica e de drogas ilícitas é um fator desencadeante de atos violentos, em decorrência da sua ação desinibidora; além disso, em pessoas com personalidade de características impulsivas e com pouca tolerância à frustração, pode ser considerado como potencializador, proporcionando condutas socialmente reprováveis (DAY *et al.*, 2003).

As mulheres vítimas da violência doméstica, muitas vezes, desenvolvem a autodefesa (STUART *et al.*, 2006). As estratégias de defesa das mulheres pesquisadas foram arremessar algum objeto no companheiro e utilizar algum artefato ou arma para proteger-se. A agressão do parceiro íntimo quase sempre é seguida de agressão psicológica, e em 25 % a 50 % das vezes, o sexo forçado também está presente (DAY *et al.*, 2003).

Rabello e Caldas Junior (2007) identificaram diferenças significativas em dois grupos investigados (mulheres agredidas e mulheres não agredidas) acerca da percepção

da mulher sobre sua relação com o companheiro (número de discussões e compreensão do homem para com a mulher); o companheiro das mulheres vítimas de violência tinha uma postura menos compreensiva do que do grupo das não agredidas.

Nos achados desta pesquisa, a utilização de drogas ilícitas mostrou-se como fator de risco para a violência; quando essa variável foi ajustada, não se associou, diminuindo, assim, a probabilidade de o evento acontecer. A literatura aponta, no entanto, a associação do uso de drogas ilícitas com a ocorrência de violência contra a mulher (DAY *et al.*, 2003; RABELLO, CALDAS JÚNIOR, 2007; VIEIRA *et al.*, 2008) e reafirma que o equilíbrio de uma família é alterado quando um dos membros consome droga lícita ou ilícita, ocasionando uma mudança de humor que pode repercutir desfavoravelmente na mulher, submetendo-a a uma agressão (RABELLO, CALDAS JÚNIOR, 2007).

A violência sexual é difícil de ser mensurada em virtude de questões complexas que envolvem sua revelação (MOURA *et al.*, 2009; OSHIKATA *et al.*, 2011). As mulheres agredidas, muitas vezes, quando buscam apoio nos serviços disponíveis, são “revitimizadas” pelo preconceito, julgamento e intolerância. Este contexto dificulta dimensionar a epidemiologia do problema, pois a maior parte desses atos permanece na invisibilidade. Estima-se que menos de 20% seja denunciado (PEDROSA, SPINK, 2011).

Estudo transversal, realizado com 278 mulheres, em área economicamente vulnerável, identificou maior superioridade da violência psicológica (80,2%), seguida da física (58,6%) e da sexual (28,8%) no decorrer da vida (MOURA *et al.*, 2009). Ramito e Gerin (2002) verificaram, em Trieste, na Itália, que, entre 510 mulheres, 10,2% referiram ter sofrido violência sexual; 6,4% das ocorrências o parceiro ou

ex-parceiro estava envolvido e, na maior parte das vezes, as agressões foram recorrentes.

A repercussão da violência sexual alcança a esfera emocional, com desdobramentos psicossomáticos que comprometem a retomada da vida sexual, social e laboral; às vezes, as vítimas não registram a “queixa” por medo da reincidência ou, quando o fazem, convivem com a ameaça da vingança (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Nesta pesquisa, as variáveis sociodemográficas não estabeleceram relação direta com casos de violência sexual. Schraiber *et al.* (2008) apontam, contudo, que, quanto menores a renda e a escolaridade, maior é a probabilidade de ocorrer violência sexual, envolvendo homens e mulheres. Estes autores identificaram maior registro de violência sexual entre as mulheres que declararam ter iniciado a vida sexual antes dos 15 anos; terem sido obrigadas ou que não quiseram ter a primeira relação sexual, que não usaram preservativo ou que tiveram doença sexualmente transmissível na vida.

No estudo em pauta, foram encontradas associação direta e maior probabilidade de suceder violência sexual com as mulheres que referiram não ter vontade de manter relações sexuais, o companheiro usar de força para obrigá-la, ser ameaçada quando recusou esse intercuro e não respeitar o modo de pensar do companheiro. Em razão das questões de gênero que permeiam esse tipo de violência, investigação sobre as características de mulheres violentadas sexualmente sinalizou o aumento da violência praticada por pessoas conhecidas, muitas vezes dentro do ambiente doméstico, onde há o predomínio do uso da força física, coação e chantagem (OSHIKATA *et al.*, 2011).

Mencionando as limitações inerentes aos desenhos de pesquisas, neste trabalho, é expressa a restrição do tipo

transversal, que mensura um determinado fenômeno em único momento, impossibilitando aprofundá-lo, o que seria possível por meio de pesquisas qualitativas que auxiliassem a análise das relações com parceiros íntimos. Limitações, também, constituem a não inclusão do sexo masculino e a natureza complexa da violência contra a mulher.

Os fatores que se mostraram associados à violência contra a mulher foram tempo de estudo, consumo de bebida alcoólica por pelo menos um membro da família, a mulher utilizar algum objeto ou arma para se defender, não haver o respeito pelo modo de pensar do companheiro e o casal não permanecer dialogando até o final da discussão.

A violência sexual mostrou-se associada a não ter vontade de manter relações sexuais, o companheiro usar força para obrigá-la, ser ameaçada quando recusou o ato e não respeitar o modo de pensar do companheiro.

Perante esses resultados, recomenda-se que os profissionais da ESF atentem para os relacionamentos e os conflitos familiares, pois podem constituir fator de risco ou de proteção da violência contra a mulher. Propor formas para reduzir os riscos e aumentar a proteção às famílias contra a violência, na realidade local, é fazer cumprir o que está nas políticas de atenção à saúde; é considerar o conceito ampliado de saúde; e implementar ações contínuas que favoreçam o acesso das mulheres e de seus parceiros aos serviços que ensinam, restauram e fomentam a consciência cidadã.

Referências

ADEODATO, V. G. *et al.* Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.1, p.108-113, 2005.

BABU, B. V.; KAR, S. K. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*, v. 9, n. 129, 2009.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface, Comunicação, saúde, educação*, v. 13, n. 28, p. 165-174, 2009.

BRASIL. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Decreto Nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. *Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em de junho de 1994*. São Paulo: Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM); 1996a.

_____. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília; 2005.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios*. 2008.

DAY, V. P. *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev. Psiquiatr.*, v. 25, sup1, p. 9-21, 2003.

DEEKE, L. P. *et al.* A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde Soc.*, v. 18, n. 2, p. 248-258, 2009.

DJIKANOVIC, B.; JANSEN, H. A. F. M.; OTASEVIC, S. Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study. *J. Epidemiol Community Health*, v. 64, p. 728-735, 2010.

FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, p. 287-299, 2009.

HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1083-1093, 2003.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

KRUG, E. G. *et al.* *World report on violence and health*. Geneve: World Health Organization; 2002.

MORENO, C. G.; WATTS, C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organ*, v. 89, n. 2, 2011.

MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. C.; ASSIS, S. G. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 799-809, 2007.

MOURA, L. B. A. *et al.* Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 6, p. 944-953, 2009.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 376-382, 2005.

ORGANIZAÇÕES DAS AÇÕES UNIDAS. *Estados das cidades do mundo 2010/2011: unindo urbano dividido*. Ipea, 2011.

OSHIKATA, C. T. *et al.* Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 27. n.4, p. 701-713, 2011.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc.*, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007.

REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006.

ROMITO, P.; GERIN, D. Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. *Social Science & Medicine*, v. 54, p. 1813-1824, 2002.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; JUNIOR, I. F. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, supl1, p. 127-37, 2008.

STUART, G. L. *et al.* Reasons for intimate partner violence perpetration among arrested women. *Violence Against Women*, v. 12, n. 7, p. 609-621, 2006.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Fatores de risco para violência contra a mulher no ambiente doméstico e coletivo. *Saúde Soc.*, v. 17, n. 3, p. 113-125, 2008.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca, 2002.