

---

## ÍNDICE

**Editorial** ..... 04

**Instruções aos Autores** ..... 06

---

### Artigos Originais

**Prevalência de Rinite Alérgica em Escolares do 2º Grau em Passo Fundo - RS** ..... 07  
Maria Sonia Dal Bello, Edson Ricardo Dalberto, Luciane Miozzo, Thiago Szychta.

**Fatores Cognitivos/Perceptivos de Não-Adesão ao Pré-Natal** ..... 12  
Daniela Perin Conti & Eleonor Moretti.

**Percepções e Enfrentamento de Mulheres Climatéricas** ..... 19  
Catiane Portella de Lima & Jocemar de Oliveira.

**Doenças Sexualmente Transmissíveis e Usuárias do Serviço de Ginecologia do Centro de Saúde de Passo Fundo** ..... 25  
Lauriane de Camargo Coccaro & Eleonor Moretti.

**Mitos e Crenças na Coleta de Exame Citopatológico** ..... 29  
Caroline Peruzzo, Lisiane Soares, Lenir Maria Baruffi.

**Perfil Nutricional dos Funcionários do Hospital São Vicente de Paulo** ..... 34  
Ana Cristina Soares Azevedo, Marília Gehlen França, Ana Maria Heck.

---

### Artigos de Revisão

**Como o Estresse Afeta o Corpo e a Vida** ..... 38  
Erika Boller.

**Sintomas e Sinais Patológicos do Estresse** ..... 41  
Erika Boller.

---

### Relato de Caso

**Metástase Cerebral de Carcinoma de Colo Uterino** ..... 45  
Loane Rottenfusser, César Augusto Lopes Pires, Gerson Luís Costa.

A Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo publica artigos enviados espontaneamente ou por solicitação e aprovados pela Editoria Científica que expressam, prioritariamente, a produção científica na área de saúde em nosso meio. Estrutura suas edições com conteúdos de aplicação prática e de utilidade na rotina diária da maioria dos que a recebem, além de conteúdos científicos que sejam relevantes e relacionados. O aceite subentende a publicação exclusiva do artigo neste periódico. As afirmações contidas nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

As normas editoriais da Revista Médica seguem as recomendações do International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. N Engl J Med 1997; 336:309-315). Também, podem ser obtidas na Internet (<http://www.acponline.org>).

Os trabalhos deverão ser digitados em um editor de textos eletrônico (preferencialmente Word), dispensando-se formatação. Deverá ser enviada cópia impressa e em disquete 3<sup>1/2</sup>" ou CD (não serão devolvidos). Os autores devem manter cópias de todo material enviado (inclusive fotos e figuras). Os artigos enviados deverão, obrigatoriamente, ter os seguintes itens:

• **Página Título:** deverá conter título conciso e informativo; primeiro nome e sobrenome principal por extenso, com inicial de sobrenome secundário dos autores; instituição onde se realizou o trabalho (não deve constar a titulação dos autores); nome de um autor com endereço (pode ser eletrônico) e telefone para correspondência.

• **Resumo e Summary:** o resumo deverá ser apresentado em único parágrafo de não mais que 150 palavras, devendo ser informativo, trazendo, nos artigos originais, o objetivo, a metodologia, os resultados e as conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes. O summary deverá ser uma tradução do resumo para a língua inglesa, devendo trazer também o título do trabalho e os unitermos em inglês.

• **Unitermos:** fornecer ao final do resumo uma lista de 3 a 10 palavras ou frases curtas, que identifiquem os temas revisados com vistas à indexação. Utilizar termos listados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), editado anualmente pela BIREME/OPAS/OMS, São Paulo.

• Artigos que são resultantes de pesquisas clínicas ou experimentais, deverão estar acompanhados de autorização da Comissão ou Comitê de Ética da instituição onde foi realizada a pesquisa.

**Os trabalhos que não se ajustem a estas diretrizes não serão aceitos.**

Observar a redação e organização dos artigos conforme padrão da revista, como segue:

**Artigo Original:** organização com Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Referências. Evitar parágrafos muito curtos (2 ou 3 linhas) e procurar reunir uma linha de pensamento em um único parágrafo.

**Artigo de Revisão:** organização com Introdução, Discussão, Conclusões e Referências.

**Relato de Caso:** breve Introdução, Relato do Caso, Comentários e Conclusões e Referências.

**Referências Bibliográficas:** trabalhos publicados citados no texto deverão ser numerados, uma referência para cada número, ordenados conforme ordem de aparecimento no texto.

Os seguintes modelos servem de exemplos:

### Referências de Revistas:

Palma L A S, Pilau J, Borges F G, Eickhoff C M. Pneumopatia por Fármacos. Rev Médica HSVP 1999; 11(24): 65-68.

O nome do periódico deve ser abreviado segundo a edição do List of Journals do Index Medicus (publicado anualmente na edição de janeiro do Index Medicus) ou segundo o Index Medicus Latino-Americano.

### Referências de Resumos:

Coleman RJ. Current drug therapy for Parkinson disease -a review (resumo ou "abstract"). Drugs Ag 1992; 2(2):112-24.

Quando não publicado em periódico: publicação. Cidade em que foi publicado: publicadora, ano, página(s).

### Referência de Livros:

Gilman AG, Rall TW, Nies AS & Taylor P. Pharmacological Basis of Therapeutics. 8<sup>th</sup> ed. USA: Pergamon, 1990.

### Referências de Capítulos de Livros:

Brow, AC. Pain and Itch. In: Patton HD, Fuchs AF, Hille B, Scheram AM & Steiner R (Eds) - Textbook of Physiology. 21<sup>st</sup> ed. USA: WB Saunders Company, 1989; 1(16): 346-64.

Quando existir mais de um volume, deverá ser referido imediatamente antes do número do capítulo, que ficará entre parênteses (exemplo acima).

### Comunicações pessoais:

Só devem ser mencionadas no texto, entre parênteses.

**Tabelas:** algarismos arábicos deverão ser usados para a numeração das tabelas, na ordem de aparecimento no texto. Cada tabela deverá ter um rodapé breve. Não utilizar linhas horizontais e/ou verticais dentro das tabelas. As tabelas não deverão duplicar o material do texto ou das ilustrações.

**Ilustrações:** deverão ser referidas como Figuras e, para a numeração, deverão ser usados algarismos arábicos na ordem de aparecimento do texto. As figuras deverão ser desenhadas ou fotografadas de modo profissional, como aparecerão na Revista. As legendas contendo título e explicações para as Figuras deverão ser apresentadas em uma folha separada.

Cada figura deverá ser impressa de forma que a imagem fique clara. Atrás das figuras deverá ser escrito a lápis ou em etiqueta adesiva o nome do primeiro autor, o título reduzido, uma seta indicando a posição correta e o número da figura.

**Agradecimentos:** indivíduos ou instituições que contribuíram significativamente ao preparo do trabalho são identificados nesta seção.

**OBS.:** A Editoria Científica da revista reserva-se o direito de adotar medidas para aprimorar o conteúdo, estrutura e redação dos artigos.

# Prevalência de Rinite Alérgica em Escolares do 2º Grau em Passo Fundo - RS

Maria Sonia Dal Bello, Edson Ricardo Dalberto, Luciane Miozzo, Thiago Szychta.  
Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo (RS).

## Resumo

**Objetivou-se avaliar a prevalência dos sintomas de rinite alérgica em escolares na cidade de Passo Fundo – RS, considerando-se que existem poucos estudos sobre o tema e a real prevalência da doença é subestimada. Em estudo transversal, foram analisados 400 escolares na faixa etária de 13 a 22 anos escolhidos por amostragem aleatória. Os dados foram coletados utilizando – se um questionário elaborado pelos próprios autores. O questionário foi respondido pelos próprios alunos na sala de aula. Os dados foram transcritos e analisados pelo programa SPSS; 369 questionários foram respondidos adequadamente. Os sintomas mais prevalentes foram espirros (78,6%), prurido nasal (67,8%), obstrução nasal (63,1%), coriza (49,3%) e secreção retro-nasal (45,3%); 20,45% relataram sintomas perenes; 47,3% referiram início dos sintomas após os 10 anos. Poeira doméstica (71%), seguida por mudanças climáticas (56,4%), foram os principais fatores desencadeantes. A prevalência dos sintomas encontrados nos escolares está entre as maiores relatadas no Brasil, principalmente na região sul, devido aos fatores agravantes próprios da região. Por ainda não existir uma definição universalmente aceita de rinite, as informações epidemiológicas sobre a doença são de difícil avaliação.**

**Unitermos: Rinite alérgica perene, Rinite alérgica sazonal, Prurido nasal, Atopia.**

A rinite alérgica pode ser definida como uma “inflamação da mucosa nasal caracterizada por um ou mais dos seguintes sintomas: obstrução nasal, coriza, espirros e prurido nasal”<sup>1</sup>. Geralmente, a rinite é considerada alérgica quando envolve o mecanismo de hipersensibilidade imediata (IgE mediada) a um alérgeno e se há história familiar de doença atópica. Embora a rinite seja uma doença comum, surpreendentemente pouco se conhece sobre sua epidemiologia. No Brasil, os estudos sobre prevalência de rinite alérgica são escassos. Documentou-se 13,6% de indivíduos com rinite alérgica em população de adultos entrevistados ao acaso. A presença de clima subtropical na região Sul do país torna possível a existência de rinite alérgica sazonal, o que não ocorre nas demais regiões. Em Curitiba, Paraná, Rosário Filho documentou vários casos de doença polínica entre os anos de 1977 e 1985<sup>2</sup>. Outro estudo realizado em sete cidades do RS, no período de 1985-1986, documentou prevalência de polinose em 1,4% da população avaliada<sup>3</sup>. Estima-se que mais de 15% das crianças e adolescentes sofrem de rinite alérgica<sup>4</sup> e alguns estudos demonstram prevalência de 40%<sup>5</sup>. A real prevalência é subestimada<sup>4,6</sup> porque muitos pacientes não procuram auxílio

médico durante as crises, automedicando-se e também, muitos profissionais de saúde não estão aptos para o diagnóstico correto<sup>6</sup>.

O impacto negativo da rinite na qualidade de vida dos pacientes é indiscutível. Segundo estatísticas norte americanas, até 10% das crianças em idade escolar e 30% dos adolescentes são portadores de rinite alérgica sazonal e chegam a apresentar elevado número de faltas escolares em decorrência dos sintomas respiratórios. A obstrução nasal, a coriza, o prurido e os espirros levam a distúrbios do sono, resultando em sonolência diurna e fadiga<sup>7</sup>.

Doenças associadas como a enxaqueca e outras cefaléias, também ocorrem com maior frequência nas crianças atópicas. O somatório dos sintomas leva a sensação de desconforto com prejuízo do aprendizado e desinteresse pelas atividades sociais e esportivas do dia a dia da criança. Entre os adultos, durante as crises de rinite (alérgica ou não alérgica) é comum o perfil psicológico de sensação de fadiga, dificuldade de concentração e memória, lentidão no raciocínio e alteração no humor. O tratamento adequado da rinite assume um papel preponderante na melhora da qualidade de vida dos pacientes<sup>7</sup>.

## MATERIAL E MÉTODOS

Com a finalidade de determinar a prevalência de sintomas relacionados à rinite alérgica em escolares do segundo grau de Passo Fundo-RS, foi desenvolvido um estudo de prevalência do tipo transversal. Calculou-se uma amostragem de 369 alunos baseando-se na prevalência conhecida da doença e no número de adolescentes que freqüentam as escolas públicas e privadas da cidade em todos os turnos.

Os próprios autores elaboraram um questionário que foi respondido pelos alunos durante as visitas realizadas nas escolas. O preenchimento do questionário foi realizado sob supervisão dos pesquisadores, observando – se as recomendações pré-estabelecidas na formulação do questionário. Após a coleta, os dados foram transcritos para um banco de dados(SPSS) fornecido pelo grupo de trabalho. No questionário os alunos deveriam responder questões relativas a idade, sexo, sintomas de rinite alérgica apresentados no último ano, idade de início dos sintomas e padrão, freqüência e duração das crises, visitas ao médico devido a esses sintomas no último ano, fatores desencadeantes das crises e história familiar de rinite, asma ou dermatite atópica.

A coleta dos dados ocorreu no período de agosto e setembro de 2002 e foi feita pelos próprios autores. Para realização das visitas foi obtida autorização da direção das instituições. Para que a amostra fosse abrangente, os autores sortearam os colégios a serem visitados, o turno (manhã, tarde ou noite) e a turma (uma turma em cada colégio) até atingir o número necessário da amostragem(alunos).

## RESULTADOS

Foram preenchidos 400 questionários sendo que 31 foram excluídos por não estarem respondidos adequadamente; portanto, 369 validados. Ao analisar os dados, em relação ao sexo, a prevalência foi de 221 femininos (59,9%) e 148 masculinos (40,1%). A faixa etária estudada variou de 13 a 22 anos (média de 15,68 anos).

Na questão sobre sintomas comumente encontrados em quadros clínicos de rinite, foi observado o espirro (78,6%), como o mais freqüente na amostra estudada. A seguir, prurido nasal (67,8%), obstrução nasal (63,1%), coriza(49,3%) e secreção retro nasal (45,8%). Foram relatados também outros sintomas concomitantes ao da rinite:prurido ocular, auricular e palato, fotofobia e sangramento nasal. Na amostragem, apenas 20 alunos (5,42%) não referiram nenhum dos sintomas pesquisados (Figura 1 ).

Avaliando os sintomas principais (espirros, prurido nasal, obstrução nasal, coriza), encontrou-se em 115 avaliados (31,16%), a presença de todos os 4 sintomas. Em 93 alunos (25,2%), a presença de 3 sintomas; em 75 alunos (20,32%) 2 sintomas e apenas 66 alunos (17,88%) apresentaram 1 sintoma.

Na pergunta:Você acha que tem rinite? 40,7% responderam sim e considerando estes, 76 escolares (50,66%), tinham relatado os 4 sintomas principais desta patologia, 50 escolares (33,33%), relataram possuir 3 sintomas e 20 escolares (13,33%), relataram 2 sintomas, enquanto que 4 escolares (2,66%), afirmaram apresentar

um único sintoma(Figura 2).

De acordo com as respostas obtidas, 47,3% dos alunos referiram início dos sintomas após os 10 anos; 25,2% necessitaram atendimento médico nos últimos 12 meses.

Baseada na classificação da rinite perene ou sazonal, quanto ao padrão dos sintomas, 20,4% referiram sintomas perenes e 79,6% referiram sazonalidade. Em relação a freqüência, 21,7% referiram que as crises ocorrem diariamente, 28,7% semanalmente, 12% quinzenalmente e 37% mensalmente.

Ao pesquisar os fatores desencadeantes o mais observado foi a poeira doméstica (71%), seguido por mudanças climáticas (56,4%)(Tabela 1). O tabagismo foi relatado por 9,5% dos alunos e o fumo passivo por 35,5%.

Quanto a presença de doenças na família 33,9% relataram asma, 54,5% referiram rinite e 6,2% relataram dermatite(Figura 3).

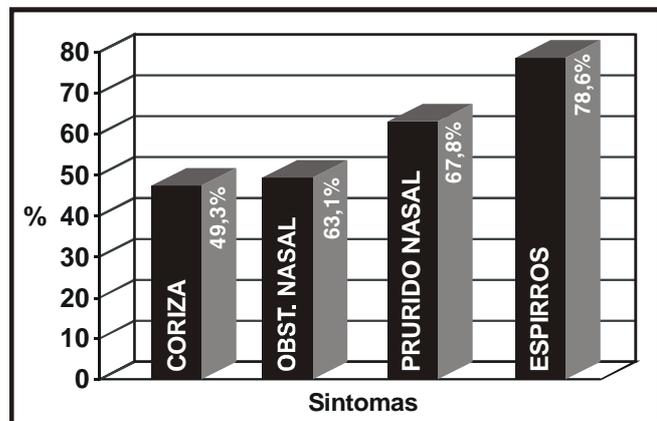


Figura 1. Prevalência de sintomas.

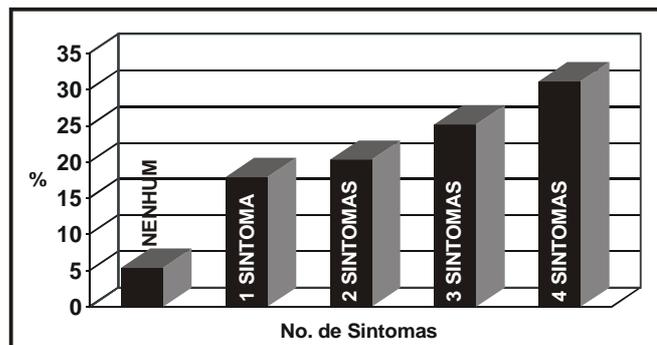


Figura 2. Alunos quanto ao número de sintomas.

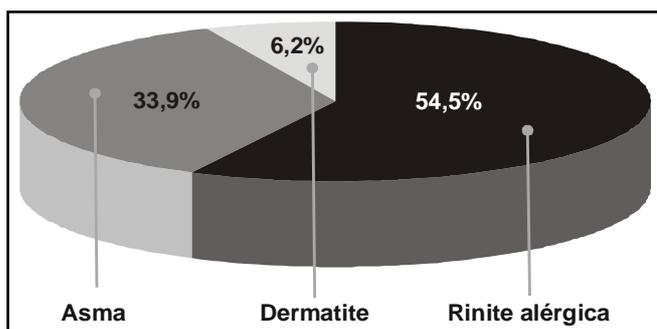


Figura 3. História familiar de atopia.

FATORES DE RISCO	Nº	%
Poeira doméstica	262	71
Mudanças climáticas	208	56,4
Mofa	55	14,9
Lã	110	29,8
Pêlo de animais	93	25,2
Penas de animal	44	11,9
Exercício físico	77	20,9
Estresse	73	19,8
Medicamentos	41	11,1
Alimentos	28	7,6
Odores fortes	83	22,5
Fumaça de cigarro	173	46,9

Tabela 1. Fatores agravantes / precipitantes.

## DISCUSSÃO

A rinite alérgica é uma afecção comum em todo o mundo; todavia, raramente determina hospitalização, cirurgias ou outras intervenções. Estima-se que a rinite seja responsável por um custo direto de 3,5 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos e indiretos decorrentes da perda de produtividade no trabalho, absentismo escolar, em torno de 4,2 a 28 milhões de dias por ano<sup>8,9</sup>.

A prevalência de doenças alérgicas como: asma, rinite alérgica e dermatite atópica tem aumentado durante a última década<sup>10</sup>. A rinite é a mais comum das doenças atópicas talvez porque o nariz é anatômica e fisiologicamente vulnerável a alérgenos inalantes<sup>11</sup>. Embora seja uma patologia freqüente, pouco se sabe sobre sua epidemiologia. Esta constatação resulta, provavelmente, do fato do diagnóstico se basear no reconhecimento de um conjunto de sintomas que se expressam com gravidade variável<sup>12</sup>.

Neste estudo observamos que a prevalência de sintomas relacionados a rinite em escolares do município de Passo Fundo é alta quando comparada a estudos em outras cidades. Dados na literatura apontam para prevalência de 16% em Londres<sup>13</sup> até 41,6% na Argentina<sup>14</sup>.

Apesar de não haver diferença de distribuição quanto ao sexo na literatura, no estudo de Fomin et al.<sup>15</sup> predominou o sexo masculino. Nesse estudo, a maioria dos pacientes avaliados apresentava associação com asma onde predominava o sexo masculino. Em nosso estudo, não avaliamos esta variável por não haver diferenças comprovadas na literatura. Somente foi avaliada a porcentagem de cada sexo no preenchimento do questionário (59,9 % femininos e 40,1% masculinos).

Diversos autores relatam que o período escolar e a adolescência são as faixas etárias de maior prevalência para rinite alérgica<sup>16,17</sup>. Em nosso estudo a idade variou de 13 a 22 anos com média de 15,68 anos; 52,7% dos entrevistados referiram início dos sintomas antes dos 10 anos de idade. O início das manifestações clínicas da rinite alérgica ocorre mais comumente durante a infância, embora até 30% dos pacientes possam iniciá-la após os 30 anos de idade<sup>18</sup>.

No presente estudo encontramos uma prevalência

muito elevada de sintomas nasais associados à rinite alérgica: espirros (78,6%), prurido nasal (67,8%), obstrução nasal (63,1%) e coriza (49,3%). Apenas 5,4% dos escolares não referiram nenhum sintoma nos últimos 12 meses. Os quatro sintomas cardinais nasais foram referidos em 31,16% dos questionários. Outros estudos demonstraram que a prevalência de 1, 2, 3 ou 4 sintomas nasais em muitos dias no último ano foram respectivamente: 25,5%, 13,1%, 6,5% e 3% e um total de 13,1% dos pacientes apresentavam diagnóstico de rinite<sup>19</sup>.

Além dos sintomas clássicos, podem ocorrer sintomas como cefaléia, sensação de garganta seca, gotejamento pós-nasal, prurido auricular, perda do paladar e respiração bucal. A obstrução nasal e a respiração bucal podem levar a deformidades faciais e distúrbios do sono, afetando a produtividade de adultos e o rendimento escolar das crianças<sup>15</sup>.

A rinite alérgica pode ser classificada como perene ou sazonal<sup>20</sup>. Esse fato é importante na obtenção de dados de prevalência. Em países de clima temperado, com estações climáticas bem definidas, a prevalência de rinite alérgica sazonal tem variado entre 0,5% e 28% na dependência do grupo etário estudado. A freqüência dessas formas é variável<sup>18</sup>. Em nossa amostra, 20,4% referiram sintomas perenes e 79,6% referiram sazonalidade.

Em relação aos fatores desencadeantes o mais observado foi a poeira domiciliar (71%). Isso decorre provavelmente pela inalação de polens de gramíneas. Segundo estudo anterior realizado em Passo Fundo<sup>21</sup>, a região do planalto médio do Rio Grande do Sul possui espécies de árvores alergógenas prevalentes: Cupressus (ou cipreste), Eucalyptus (ou eucalipto), Ligustrum (ou alfeneiro), Pinus (ou pinho), Platanus (ou plátano), Sambucus (ou sabugueiro). No Brasil, os ácaros são os principais alérgenos inaláveis. Dermatophagoide pteronyssinus e Blomia tropicalis são as espécies de ácaros mais freqüentes na poeira domiciliar em nosso meio e causam sensibilização na maioria das crianças e adolescentes com alergia perene<sup>22</sup>.

A polinose é um problema nos estados do sul do Brasil. A principal gramínea causadora de polinose é o Lolium multiflorum, conhecida popularmente com o nome de azevém, que é uma forragem de inverno trazida ao Brasil por imigrantes europeus<sup>23</sup>.

Observou-se que a hereditariedade é de suma importância na questão referente a rinite. Em indivíduos sem história familiar de alergia o risco é de 13%. Naqueles com um dos pais alérgicos o risco é de 50%, enquanto nos que tem ambos os pais alérgicos o risco é ainda mais elevado<sup>24,25</sup>. Outro estudo demonstrou uma incidência em torno de 15% na população cujos pais não são alérgicos, 30 a 35% quando um dos pais é alérgico e 70% quando ambos os pais são alérgicos<sup>15</sup>. De fato, a história familiar de alergia, particularmente de rinite alérgica é considerado um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de rinite alérgica nos descendentes<sup>15</sup>. Em nosso estudo, 33,9% relataram história de asma na família, 54,5% referiram rinite e 6,2% dermatite.



## Summary

### PREVALENCE OF ALLERGIC RINITIS IN SCHOLARS IN PASSO FUNDO, RS, BRAZIL

**The goal of this paper was to evaluate the prevalence of symptoms of Allergic rhinitis in scholars in Passo Fundo, RS, Brazil, considering that a very few studies exist about this subject and that the real prevalence of this disease is underestimated. In a traverse study, 400 scholars in the age group of 13 to 22 were analyzed, in a random sampling basis. The data were collected through a questionnaire elaborated by the Authors. The questionnaires were answered by the students inside the classroom. The data obtained from the questionnaires were transcribed and analyzed by the program SPSS; 369 questionnaires were appropriately answered. The more prevalent symptoms were: sneezes (78,6%), nasal itch (67,8%), nasal obstruction (63,1%), coryza (49,3%) and retro-nasal secretion (45,3%); 20,45% of the scholars reported unceasing symptoms; 47,3% reported that the beginning of their symptoms was after the age of 10. The most important factors for the onset of the symptoms were: domestic dust (71%) and climatic changes (56,4%). The prevalence of the symptoms found in this scholar group is among the largest reported in Brazil, mainly those reported in the southern states, due to the presence of aggravating factors in this area of the country. Due to the fact that does not exist an universally accepted definition for Rinitis, the epidemiologic informations about this disease are of a difficult evaluation.**

**Keywords: Unceasing Allergic Rinitis, Seasonal Allergic Rinitis, Nasal Itch, Atopia.**

## REFERÊNCIAS

1. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Aria Workshop group; World Health Organization. Allergia rhinitis and its impact an asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: 5147-334.
2. Rosário Filho NA. Análise de 50 casos de polinose por gramíneas. *Rev Bras Alerg Immunopatol* 1987; 10:25-32.
3. Vieira FAM, Negreiros EB. Epidemiologia da polinose na população de algumas cidades do estado do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Alerg Immunopatol* 1989; 12:73-78.
4. Castro FFM. Rinite Alérgica: Modemas abordagens para uma clássica questão. São Paulo: Lemos Editorial, 1997; 1(1):20-21.
5. Berger WE. Allergic rhinitis in children. *Curr Allergy Asthma Rep* 2001; 1(6):498-505.
6. Montgomery SJ. Clinical aspects and epidemiology. Allergic and non allergic rhinitis. Ed Munksgaard Copenhagen 1993; 15-22.
7. Balbani APS, Caniello M, Miyake MAM, Júnior MJF, Butugan O. Rinites e Anti-histaminicos: Impacto na cognição e motricidade. *Rev Bras Alerg Immunopatol* 2001; 24(3):106-114.
8. Blaiss MS. Quality of life in allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999; 83:449-454.
9. Meltzer EO. The prevalence and medical and economic impact of allergic rhinitis in The United States. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99(6-Pt2):S805-828.
10. Van Bever HP. Early events in atopy. *Eur J Pediatr* 2002; 161(10):542-6.
11. Hathaway WE, Hay WW, Groothuis JR, Paisley JW. *Current Pediatric Diagnosis & Treatment* 11ªed, Prentice-Hall International Inc, 1993; 30:956-958.
12. International Consensus Report on the Diagnosis and management of rhinitis. *Allergy* 1994; 49:5-34.
13. Sibbald B, Rink E. Epidemiology of seasonal and perennial rhinitis. Clinical presentation and medical history. *Thorax*. 1991; 46:895-901.
14. Salmun, Cerqueiro N, Kohan C, Neffen M, H. et al. Rhinitis incidence and risk factors in argentine children. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99:1-39.
15. Fomin ABF, Souza RGL, Fiorenza RF, Castro APB, Pastorino AC, Jacob CM. Rinite perene: avaliação clínica e epidemiológica de 220 pacientes em ambulatório pediátrico especializado. *Ver Brás Alerg immunopatol* 2002; 25(1):10-15.
16. Strachan D, Sibbald B, Weiland S, Ait-khaled N, Anabwani G, Andersen HR, et al. WorldWide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: The International Study of Asthma and Allergies in childhood (ISAAC). *Pediatr Allergy Immunol* 1997; 8(4): 161-176.
17. Nash RD. Allergic rhinitis. *Pediatric Ann* 1998; 27: 799-808.
18. Dirceu Salé e Inês C. Camelo Nunes. Epidemiologia da rinite alérgica e da asma, alergias respiratórias. Charles K. Naspiiz. 1ª edição: Vivali editora, 2003.
19. Wang DY, Niti M, Smith JD, Yeoh KH, Ng TP. Rhinitis: do diagnostic criteria affect the prevalence and treatment?. *Allergy* 2002; 57(2):150-4.
20. Kaliner M, Lemanske R. Rhinitis and asthma. *JAMA* 1992; 268:2807-2829
21. Kurtz JAT. Apresença de polinose na região do Planalto Médio Rio Grande do Sul. *Ver. Brás. Alerg Immunopatol* 1998; 21(6) 196-201.
22. Rosário NA. Sensibilização al ácaro *Blomia tropicalis* em pacientes com alergia respiratória. *Rev Alergia Mex* 1992; 39:96-100
23. Rosário NA. Polinosis in Brazil – changing concepts. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 85: 819-820.
24. Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Parental asthma, parental eczema and asthma and eczema in early childhood. *J Chron Dis* 1983; 36:517-524.
25. Gerrard JW, et al. The familial incidence of allergic diseases. *Ann Allergy* 1976; 36: 517-524.

# Fatores Cognitivos/Perceptivos de Não-Adesão ao Pré-Natal

Daniela Perin Conti & Eleonor Moretti.

Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo (RS).

## Resumo

**A assistência pré-natal é um conjunto de cuidados prestados pela equipe de saúde destinados a proteger o binômio feto-mãe durante a gravidez, o parto e o puerpério. Objetivou-se conhecer os fatores cognitivos/perceptivos associados à não-adesão das gestantes ao pré-natal. Tratou-se uma pesquisa qualitativa onde foram selecionadas 6 puérperas que não fizeram consulta pré-natal ou fizeram no máximo 4 consultas; que internaram na maternidade de um hospital geral de grande porte do município de Passo Fundo-RS. Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2002 através de entrevista, seguindo um roteiro norteador e posteriormente categorizados tendo como referencial os sete fatores cognitivos/perceptivos apresentados no modelo de promoção da saúde de Polit & Hungler. As barreiras encontradas para as gestantes não aderirem ao pré-natal foram: falta de informação, negação da gravidez, mau atendimento do pré-natalista e do serviço em geral, desinteresse da mulher pela própria gestação, sua percepção quanto a saúde-doença e queixas pessoais. No entanto, o que mais se evidencia é a falta de informação dessas mulheres e o desinteresse pela própria gravidez, fatores que as levaram a não procurar o serviço ou buscá-lo somente quando surgia algum problema de saúde.**

**Unitermos:** Pré-natal, gestante, cognição e percepção.

O pré-natal é um conjunto de cuidados oferecidos pela equipe de saúde à gestante, objetivando a proteção da mãe e do feto durante a gravidez e o parto, com a finalidade de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal.

Um pré-natal completo consta das seguintes ações: anamnese, exame físico, exame ginecológico, exame obstétrico, exames laboratoriais e orientações.

Promover a maternidade segura é compromisso dos serviços de saúde de cada município e de todos profissionais.

Durante as atividades acadêmicas, percebeu-se que o atendimento à gestante é muito rápido e muito impessoal, não favorecendo a formação de vínculo, sem qualquer tipo de orientação sobre a gestação, sendo que as gestantes simplesmente se submetem ao exame físico e a solicitação de exames complementares. Por outro lado, percebeu-se ainda, que as gestantes resistiam em buscar os serviços ou permanecerem neles, não cumprindo um calendário adequado de consultas durante o período gravídico. Não há um sistema de captação ativa das gestantes pela atenção à saúde, sendo o atendimento pré-natal totalmente passivo no acolhimento dessas mulheres. Essa constatação preliminar instigou a realização deste estudo, que teve como objetivo conhecer os fatores cognitivos/perceptivos das gestantes que dificultam sua adesão ao pré-natal.

A assistência pré-natal inicia-se pela conscientização e orientação das gestantes quanto à importância do acompanhamento dos profissionais da saúde durante a gestação, devendo ser iniciado o mais cedo possível. A identificação precoce de problemas leva à imediata avaliação e tratamento, o que contribui para a melhoria dos resultados da gestação.

No entanto, na vivência acadêmica junto à maternidade do hospital, percebeu-se que as gestantes não realizam o pré-natal como deveriam e as razões são as mais diversas possíveis como: falta de informação, falta de acesso, descrédito nos profissionais e acanhamento.

Pretende-se com este estudo contribuir para a compreensão dos aspectos cognitivos e perceptivos da não realização do pré-natal, gerando conhecimentos que possam subsidiar a organização das políticas de saúde da mulher visando o alcance dos benefícios de um pré-natal iniciado precocemente junto às gestantes.

Sendo assim, ao conhecer as dificuldades enfrentadas pelas gestantes, além de poder ajudar a prestar um cuidado mais efetivo estaremos colaborando para reduzir o índice de morbimortalidade materno-fetal.

Com a construção dos pressupostos que orientaram o pensamento do pesquisador sobre a temática da pesquisa, foi possível abstrair as considerações que são a seguir

descritas neste artigo. Neste estudo, os fatores que se evidenciaram como responsáveis pela não adesão das gestantes ao pré-natal foram: descaso da mulher com a própria gravidez; o fato de ser multipara; inexistência de vínculo com o serviço de saúde; dificuldade de acesso aos serviços de saúde em horários disponíveis; pobre oferta de serviços de pré-natal e falta de informação quanto à importância do pré-natal.

A gestação se configura como uma nova fase da vida e uma experiência marcante envolvendo a mulher em sua totalidade. É um estágio importante tendo início na fecundação de um óvulo, originando uma vida.

Conforme Bittar<sup>1</sup>, a gestação dura em média 40 semanas ou 280 dias com variação clinicamente aceitável de 37 semanas completas a 42 semanas incompletas; o referencial é o primeiro dia do último período menstrual. Supondo-se que a concepção em ciclo de 28 dias ocorra 2 semanas após, a duração média da gestação seria de 266 dias ou 9 meses lunares, contados a partir da concepção.

O primeiro mês da gravidez transcorre de uma forma natural, com pequenas alterações, com a suspensão da menstruação e possíveis dores nos seios. A partir do segundo mês iniciam-se as transformações, os seios aumentam de tamanho, tornam-se sensíveis à palpação e começa a formação da placenta, através da qual o bebê vai alimentar-se durante toda a gravidez. Segundo Kruse & Abeche<sup>2</sup>, muitos sinais e sintomas característicos auxiliam na confirmação da gravidez, como: náuseas e vômitos, que são sintomas freqüentes até a décima quarta ou décima sexta semana de gestação e afetam aproximadamente 50 a 60% das mulheres grávidas; pirose, que costuma manifestar-se a partir do segundo trimestre, conforme aumenta o volume uterino, causando elevação do estômago e refluxo de secreção gástrica para o esôfago; câimbras nos membros inferiores que estão presentes em 30% das gestantes, geralmente na segunda metade da gestação, ocorrendo com maior freqüência à noite. Sabe-se que esta condição está associada à deficiência de eletrólitos (Cálcio, Sódio, Potássio e Cloro) e a atividade intensa durante o dia; o retorno venoso prejudicado, pelo aumento do volume uterino, associado às alterações hormonais, predispõe ao aparecimento de varizes em membros inferiores durante a gestação. São fatores importantes em sua gênese, a predisposição genética, o ganho ponderal excessivo e as longas permanências em pé; o edema em membros inferiores que costuma ocorrer no final da gestação tem gênese semelhante ao item anterior; dor lombar e hipogástrica, que ocorrem por relaxamento das articulações pélvicas e alterações posturais da gestante; a gestação traz consigo também alguns fatores que favorecem o aparecimento ou agravamento da constipação intestinal e também pode ocorrer o aparecimento de leucorréia.

Sancovski<sup>3</sup> afirma que logo ao constatar a falha menstrual, a mulher deve procurar o médico, para que o diagnóstico da gravidez possa ser feito o mais breve possível, evitando-se a expectativa ansiosa e desnecessária, permitindo uma atuação oportuna através de medidas preventivas, educativas e terapêuticas.

Estas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber

o que acontece no interior de seu corpo.

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, período de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta até o final da gestação.

As observações clínicas mostram, e as estatísticas comprovam, que cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações. São as chamadas de gestações de risco normal. Outras, no entanto, aproximadamente 10% delas, já apresentam problemas desde seu início, ou então elas surgem no seu transcurso. Essas são as chamadas gestações de alto risco<sup>4</sup>.

Observa-se na gestação de alto risco que o índice de morbimortalidade materna e perinatal acomete principalmente as mulheres de classe social mais baixa, com pouca escolaridade, na maioria das vezes sem acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Sua incidência gira em torno de 10 a 15%.

Na América Latina, estima-se que morram em torno de 30.000 mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério, anualmente. No Brasil o Coeficiente de Morte Materna (CMM) oficial está em torno de 141 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e no RS o Coeficiente de Morte Materna foi de 51,0 por 100.000 no ano de 1995. Estes números, em verdade, não espelham a realidade, pois, após análise de atestados de óbito sub-notificados, têm sido multiplicados por 3<sup>5</sup>.

A mortalidade materno-infantil pode ser reduzida significativamente através de ações de saúde, desenvolvendo atividade de educação da gestante, orientando sobre cuidados básicos de saúde, nutrição, cuidados de higiene e sanitários, identificando-se gestantes de alto-risco e estabelecendo serviços de referência especializada para as mesmas.

Sancovski<sup>3</sup> afirma que a oportunidade da consulta pré-natal em nosso meio, onde não existe o hábito de se fazer consultas periódicas para a preservação da saúde, pode ser uma situação ímpar, onde a mulher tem acesso ao serviço de saúde e, portanto, deve ser aproveitada para se rastrear doenças e executar os planos de prevenção e educação possíveis, visando garantir a saúde integral da mulher.

Na primeira consulta de pré-natal é importante que seja realizado anamnese completa da mulher, exame físico, céfalo-caudal, incluindo exame de mamas, verificação da pressão arterial, medidas do abdômen e peso. O profissional pedirá a gestante alguns exames laboratoriais: concentração de hemoglobina; valor do hematócrito; glicemia; VDRL; tipagem sanguínea e fator Rh; o exame Papanicolau; exame comum de urina e o anti-HIV. De posse dos resultados, a gestante deverá mostrá-los ao profissional que a assiste. Se constatada alguma anormalidade deverá ser realizado um tratamento específico e imediato.

No entanto, conforme Burroughs<sup>6</sup>, o decorrer da gestação depende de inúmeros fatores: a saúde na gestação da mulher, seu estado de saúde atual, seu estado emocional

e sua prévia história de saúde. Todos esses fatores são investigados e avaliados durante as consultas pré-natais.

As consultas pré-natais são marcadas em visitas periódicas com intervalo de 4 semanas até a 28ª semana, de 2 em 2 semanas até a 36ª semana e semanalmente até o parto. No entanto em uma gestação de evolução normal, isto é, de baixo risco, um esquema mais flexível pode ser adotado, podendo o número de consultas ser reduzido para 5.

Logo, os profissionais que atuam na assistência pré-natal devem ter em mente a alta responsabilidade que lhes cabe, devem estar preparados a desenvolver a tarefa de cuidar a gestante e orientá-la, de forma a garantir a presença da mesma no serviço de saúde durante todo o período gestacional, assegurando a continuidade do pré-natal.

Na assistência pré-natal, a gestante passa pela avaliação cognitiva que é um processo pelo qual é avaliado o seu estado num primeiro momento e se estabelece um plano de assistência.

Segundo a língua portuguesa, cognição é o ato de adquirir um conhecimento. Também, pode ser considerada, como a construção de uma nova ciência dos fenômenos que constituem os comportamentos psicológicos e das interações entre os seres humanos. Tem a finalidade de explicar as principais características do espírito humano, linguagem, raciocínio, percepção e coordenação motora.

A percepção é o conhecimento imediato da realidade exterior e, portanto, uma das primeiras funções psicológicas, é o ato ou efeito de perceber.

Segundo Fonseca & Mendes<sup>7</sup> a percepção é, em síntese, a capacidade de reconhecer os estímulos em que, além da recepção das impressões sensoriais captadas do mundo exterior ou do próprio corpo, se incluem também (neste conceito) a discriminação, a seleção e a identificação, dos estímulos na sua correlação com as experiências anteriores.

Desse modo é importante a conscientização da gestante no sentido de obter informações através da educação para a saúde para fazer com que ela conheça os requisitos básicos e perceba a importância da assistência pré-natal.

Viscott<sup>8</sup> diz que a realidade que fazemos derivar de nossas percepções, em grande parte, é criação de nossas próprias necessidades e expectativas.

Conforme Wall & Carraro<sup>9</sup> entendemos que a maternidade é uma benção divina, uma função biológica necessária à continuidade da espécie e à formação de sociedades, além de ser uma experiência muito rica para a mulher desde que resulte de uma decisão consciente, inclusive quanto aos riscos, uma vez que tem (...) relação tênue e direta com a morte, pois pode resultar na continuidade de duas vidas, duas mortes ou morte única, quando a mãe ou a criança parte na magnitude do encontro.

## REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como sujeitos seis puérperas, internadas na maternidade de um hospital geral de grande porte do município de Passo Fundo, cujas fichas obstétricas constava o número de consultas pré-natais igual ou inferior a quatro ou que não fizeram nenhuma consulta pré-natal e aquelas que aceitaram fazer parte do de livre e espontânea vontade, respeitando esse critério.

O número de puérperas foi estabelecido pela saturação dos dados.

Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2002, por meio de entrevista, seguindo um roteiro norteador, no período pós-parto ainda na instituição. O roteiro continha as seguintes questões:

- 1) Como foi a sua gestação?
- 2) Você fez algum tipo de acompanhamento em algum serviço de saúde durante a gravidez ?
- 3) Em que momentos procurou o serviço?

As entrevistas foram gravadas em fita cassete, quando obtida a permissão das participantes. Quando não permitido, foram feitos registros eventuais durante a entrevista e logo após o término da mesma, o pesquisador fez a síntese da entrevista e anexou-a no próprio formulário.

Os dados foram analisados através de leitura e releitura das falas das respondentes e posteriormente categorizados, tendo como referencial os sete fatores cognitivos/perceptivos apresentados no modelo de promoção da saúde de Polit & Hungler<sup>10</sup> que são:

- 1 - A importância da saúde reflete o valor dado a ela em relação a outros valores de vida da pessoa<sup>10</sup>.
- 2 - O controle percebido da saúde é a crença de que a saúde é autodeterminada, é influenciada por pessoas que detêm o poder e/ou constitui o resultado de sorte ou destino<sup>10</sup>.
- 3 - A auto-eficácia percebida é a crença de que a pessoa possui a habilidade e a competência para executar ações específicas (Bandura *apud* Polit & Hungler, 1977).
- 4 - A definição de saúde reflete o significado pessoal de saúde para determinado indivíduo<sup>10</sup>.
- 5 - Estado percebido de saúde é a auto-avaliação da saúde atual, como um estado subjetivo.
- 6 - Benefícios percebidos do comportamento promotor da saúde refletem o desejo percebido de resultados.
- 7 - As barreiras percebidas aos comportamentos promotores da saúde são os bloqueios ou empecilhos percebidos à ação.

Este estudo, em observância às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, atendeu aos seguintes aspectos éticos:

### Consentimento:

- a) Da instituição hospitalar.
- b) Do sujeito, através de termo de consentimento livre e esclarecido; os sujeitos autorizam sua participação voluntária na pesquisa, assegurando o direito dos mesmos de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu cuidado, o sigilo e o anonimato e os benefícios que o estudo poderá trazer.

## RESULTADOS

A partir do material coletado através das entrevistas das seis puérperas foi possível obter diversas informações referentes à não-adesão das mesmas ao pré-natal. Os fatores cognitivos/perceptivos da não-adesão ao pré-natal evidenciaram-se como as barreiras encontradas por estas mulheres para não terem realizado o pré-natal. Foram assim, divididos os resultados em fatores cognitivos e perceptivos.

Para manter sigilo quanto à identidade das mulheres entrevistadas foram utilizados codinomes sendo estes nomes de flores: camélia, rosa, margarida, cravo, crisântemo e tulipa.

## FATORES COGNITIVOS

### Falta de informação:

Devido a falta de informação algumas mulheres acabaram procurando tarde a assistência pré-natal. Muitas não acharam necessário frequentar um serviço de saúde, como se identifica nas verbalizações do tipo:

“eu não achava necessário ir no médico, pra mim tava tudo bem, não achei necessário, só se surgisse algum problema”(cravo).

“as minhas amigas falavam que não precisava ir todos os meses no médico, e eu também não achava necessário”(crisântemo).

Logo, observa-se entre as entrevistadas que não procuraram a assistência de um pré-natalista, que elas não entendem a importância do acompanhamento pré-natal e que desconhecem os riscos a que se submetem, assim como o feto, em decorrência da não realização do pré-natal.

Haveria necessidade de uma maior divulgação sobre a importância do acompanhamento pré-natal.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>11</sup>, como condições para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se garantir discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias.

O desconhecimento da gravidez relacionada à falta de informação levou essas mulheres a procurarem tardiamente tal assistência: o fato de não saber que estava grávida devido a irregularidade menstrual, o fato de achar que havia feito ligadura e então era normal não menstruar mais e, ainda, pela interrupção do uso da pílula na amamentação. Identifica-se a falta de informação a partir de seus próprios relatos:

“eu só vi que estava grávida com 4 meses porque eu pensei que o médico na minha última gravidez tivesse feito ligadura e então não vinha a minha menstruação e eu pensei que era normal”(tulipa).

Essas mulheres não sabiam que estavam grávidas, nem desconfiavam, mas com o passar do tempo perceberam que algo poderia estar acontecendo, então procuraram a assistência médica:

“eu não sabia que tava grávida, a minha menstruação costumava atrasar sempre, daí eu resolvi ir no médico e descobri que já estava com três meses”(rosa).

Para uma adequada assistência pré-natal deve-se identificar precocemente todas as gestantes na comunidade e dar início ao acompanhamento pré-natal, para que ocorra

ainda no 1º trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas.

No depoimento que segue, faltou além da informação para a gestante, a comunicação com o médico pré-natalista:

“consultei com o Dr. daí ele me receitou um remédio, daí comecei a tomar o remédio que cortou o leite do peito que a nenê mamava, e daí eu achando que eu parando de tomar o comprimido voltava o leite pra ela, mas não, eu fiquei grávida e não veio o leite”(camélia).

Conforme Blaney Apud Moretti<sup>12</sup> a maioria dos métodos anticoncepcionais com exceção daqueles que contém estrógeno, conferem às mães lactantes uma proteção segura e eficaz contra a gravidez, sem causar danos ao leite materno ou ao bebê.

### Negação da gravidez:

Há, no entanto, mulheres que não queriam e, por falta de planejamento familiar, acabaram engravidando. Com o aparecimento dos primeiros sintomas da gravidez, até desconfiaram, mas como não queriam aceitar, não procuraram o serviço de saúde para não ter a certeza de que realmente estavam grávidas. Por este motivo acabaram buscando tarde a assistência pré-natal, conforme manifestações:

“descobri que tava grávida com 4 meses, antes, sabia que poderia estar, mas eu não queria aceitar, eu não tava ainda preparada para ter nenê”(crisântemo).

A concepção pode surpreender uma mulher que se descobre grávida, quando apenas começou a pensar em ter um filho, ou não teve tempo para recuperar-se do último, ou mesmo estava determinada a evitar a gravidez<sup>13</sup>. (Leff, 1997, p.13).

Isto se evidencia no depoimento a seguir:

“eu não queria ficar grávida, quando eu me senti assim, eu já tava grávida, daí eu fiquei muito nervosa, muito assim, porque eu não queria ficar grávida, daí eu não gostei né”(cravo).

“... eu já estava com 3 meses, fiquei muito irritada, porque o meu filhinho, antes desse que eu tenho agora, vai fazer 2 anos o mês que vêm, é bem novinho e eu não queria ficar grávida, mas foi assim, como eu não usava nada, e o meu esposo também, acabei ficando grávida”(cravo).

O planejamento familiar consiste na escolha do casal ou de cada um dos parceiros sexuais do número de filhos que irão ter, do espaçamento que irão dar entre uma gravidez e outra e do método anticoncepcional que irão utilizar<sup>14</sup>.

O planejamento familiar é um direito das pessoas e um dever do Estado, garantindo a todos que não possam adquirir o método, formas de fazê-lo gratuitamente e com qualidade, porém, a escolha fica por conta do usuário. Para tanto, a função dos profissionais é a de orientar e apresentar os métodos anticoncepcionais existente<sup>14</sup>.

## FATORES PERCEPTIVOS

### Desinteresse da mulher pela própria gravidez:

Observa-se entre algumas das mulheres entrevistadas que elas não frequentaram o serviço de pré-natal como

deveriam porque não se importam com a própria saúde, muito menos com a do bebê que estão gerando, conforme verifica-se nas falas:

“eu fui deixando e não procurei o médico” (crisântemo).

Talvez isto se justifique pelo fato dessas mulheres estarem com baixa auto-estima e/ou desgosto pela vida.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>11</sup> para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais da saúde. Evidencia-se no depoimento a seguir, o descaso da mulher com a própria gravidez:

“necessário ir no médico era né, só que eu não fui”(rosa).

Cabe ressaltar que essas mulheres entrevistadas são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas entrevistas com as gestantes que possuíam convênio ou particulares não foi possível coletar dados pois a maioria seguiu o calendário mínimo de consultas durante a gestação. Logo, subentende-se que a classe social interferiu na percepção das mesmas em procurar o serviço de saúde.

Boltanski *apud* Nogueira<sup>15</sup> afirma que efetivamente, tudo se passa como se a percepção das sensações mórbidas fosse aguçada de modo desigual nas diversas classes sociais, ou melhor, como se sensações semelhantes fossem objeto de uma “seleção” ou de uma “atribuição” diferentes e fossem experimentadas com uma maior ou menor intensidade conforme a classe social dos que a sentem.

#### **Falta de acesso aos serviços de pré-natal, pobre oferta dos mesmos e demora para marcar exames na rede:**

As puérperas falam também da dificuldade de acesso aos serviços, da pobre oferta de pré-natal e da demora para marcar exames na rede, fatores que justificam a procura tardia pela assistência pré-natal. O acesso aos serviços de pré-natal deveria ser facilitado, onde a mulher pudesse encontrar perto da sua casa ou do local de trabalho a disponibilidade de um serviço de saúde, onde tivesse acesso a consulta, sem se preocupar com horário e pegar ficha. A oferta de pré-natal deveria ser proporcional à demanda, para não submeter a mulher gestante ao desgaste, fazendo com que desista de realizar o pré-natal ou não dê continuidade ao processo. Isto pode ser verificado a partir de seus próprios depoimentos:

“tinha que marcar consulta de mês em mês, mas daí só tinha pra dois meses depois”(crisântemo).

Ainda, quando a mulher precisar marcar um exame solicitado pelo pré-natalista, deveria poder fazê-lo rapidamente sem se perder muito tempo com isso.

Conforme Corrêa<sup>4</sup> o sucesso do acompanhamento pré-natal depende de alguns fatores, como participação dos órgãos responsáveis por essa assistência. É função dos patrocinadores da assistência pré-natal fornecer os recursos necessários, fiscalizar suas aplicações, facilitar a marcação de consultas e a realização dos exames solicitados. Assim, a dificuldade encontrada para marcar exames evidencia-se no seguinte depoimento:

“... toda a vez que eu ia carimbar lá no PAM os exames, tava sempre lotado os laboratórios, daí ia passando o tempo, e quando chegava nos dias de trazer os exames eu não

podia ir porque não estava pronto”(margarida).

Segundo o Ministério da Saúde<sup>11</sup> toda a gestante tem direito a acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério.

No entanto, a dificuldade de acesso aos serviços de pré-natal encontra-se citada nas falas:

“eu tinha que pegar o ônibus que só passava de manhã e voltava só de tarde e era longe, bem longe de casa o posto de saúde”(camélia).

“a gente vai lá, fica o dia inteiro pra poder ser atendido”(camélia).

“... ontem quando eu vim pra ganhar o nenê tive que vim de carro particular porque ambulância pra me buscar, não tinha né”(camélia).

Na comparação entre a dificuldade de acesso aos serviços de pré-natal e a demora para marcar exames na rede, a semelhança encontrada é que ambos os fatores interferiram na realização adequada do pré-natal. Nesse aspecto, as gestantes fazem uma avaliação negativa do serviço em geral, queixando-se das dificuldades encontradas.

#### **Mau atendimento do pré-natalista:**

Borges *apud* Nogueira<sup>15</sup> refere que da concepção à gravidez, do parto ao puerpério, um círculo se fecha em torno do corpo da mulher, onde submetido a um imaginário técnico da prática médica, o ver e o olhar – os gestos, as falas – ocupam um lugar central no discurso e na clínica da medicina, dominados pela eficácia e pela precisão de um saber que se crê absoluto sobre a vida, a morte, a dor e o sofrimento. O pai sabe, o médico sabe, a mulher ouve e não é escutada, e se é, logo em seguida é descartada.

As outras gestantes falam do mau atendimento do médico, da rapidez das consultas, da falta de comprometimento dos profissionais. Assim, o mau atendimento encontra-se citado nos depoimentos:

“...fui no posto aí eu não gostei muito do Dr., ele era muito xarope, não examinava a gente direito” (margarida).

Segundo Corrêa<sup>4</sup> a atuação do pré-natalista é um fator decisivo para a qualidade do acompanhamento da gestante. É desejável que o pré-natalista seja competente, dedicado e humano: competente para identificar qualquer alteração na evolução da gravidez e corrigi-la de imediato, sempre que possível; dedicado, a ponto de dispensar à gestante todo o tempo necessário à sua orientação e ao seu atendimento correto; humano, para estabelecer um bom relacionamento com a gestante, motivando-a a valorizar a assistência pré-natal e seguir a orientação proposta. A falta de comprometimento do profissional de saúde se evidencia:

“...a gente vai lá, fica o dia inteiro pra poder ser atendido, eles são... sei lá, aí é ruim, e o atendimento era bem rápido, só a enfermeira se importa com o paciente, o Dr. não”(Camélia). O atendimento nos serviços de saúde, da rede pública deixa muito a desejar, pelo fato de ser bastante impessoal, muito rápido, não propiciar vínculo, não havendo lugar para o diálogo muito menos para as emoções. Não há dúvidas que, de um modo geral, deveria haver um maior comprometimento dos profissionais que assistem essas mulheres. Muitas vezes elas se submetem a enfrentar filas enormes para conseguir uma consulta e quando chegam

para consultar o profissional de saúde, em muitos casos, lhes dá pouca atenção, como nota-se no seguinte depoimento:

“... é, e as vezes nem consulta não consultavam, passavam tudo mundo na frente, e quando chegava a vez da gente o Dr. ia pra casa e daí tinha que vim outro dia de novo (camélia).

Nogueira<sup>15</sup> observa que nos serviços de pré-natal investigados, verifica-se que a consulta médica está ligada basicamente à realização dos exames físico e tocoginecológico e à solicitação de exames complementares – possui um caráter essencialmente técnico. Não há lugar para a fala e para o questionamento das mulheres, muito menos para as emoções.

#### **Preguiça, desânimo e cansaço:**

Houve também, queixas dessas mulheres em relação à preguiça, desânimo e cansaço.

Desde o início da gravidez, a mulher sofre uma série de transformações físicas e emocionais. Devido a problemas causados por tais modificações, as entrevistadas não cumpriram as visitas periódicas ao serviço de pré-natal, conforme verifica-se na fala:

“...eu não fui mais vezes porque era um pouco longe o posto, não era tanto, é que eu tinha preguiça de caminhar... necessário era né, só que eu tava cansada, com preguiça e não fui” (Rosa).

Dentre as modificações do organismo materno durante a gravidez, a gestante torna-se mais sensível e vulnerável, apresenta sonolência, cansa-se e irrita-se com mais facilidade<sup>14</sup>. Observa-se no depoimento:

“... eu não tinha força de vontade, tinha preguiça de levantar cedo, mesmo sabendo que tinha que ir eu não ia” (Crisântemo).

No decorrer da gravidez as mulheres cansam-se com maior facilidade; logo, para enfrentar os desafios pelos quais são submetidas ao realizar o pré-natal no serviço público, tem que ter muita iniciativa e muita força de vontade. Portanto, elas precisam ser estimuladas, para a realização do pré-natal, impedindo assim, que a preguiça e o desânimo interfiram na frequência de sua procura ao serviço.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo tornou possível conhecer os fatores cognitivos/perceptivos da não-adesão das gestantes ao pré-natal, que foram as barreiras encontradas para não realização do mesmo, destacando-se: falta de informação, negação da gravidez, falta de acesso aos serviços de pré-natal e pobre oferta dos mesmos e mau atendimento do pré-natalista.

Para realização deste estudo foram encontrados diversos impecilhos, tais como: inexistência de um lugar apropriado para a entrevista, onde a mulher se sentisse mais à vontade; timidez por parte da entrevistada; falta de atenção da puérpera na entrevista dispensando-a ao seu filho que acabara de nascer; também, o medo de se expor na entrevista.

Ressalta-se a necessidade de uma assistência pré-natal digna e de qualidade e que acima de tudo, a mulher seja vista como um todo, com um olhar holístico, sendo acolhida desde o início da gestação para que possa se inserir o mais cedo possível no serviço. Todas as gestantes deveriam começar as consultas de pré-natal antes do terceiro mês de gravidez, e realizar pelo menos seis consultas até o parto.

No entanto, foi possível perceber que houve uma certa resistência em procurar o serviço de pré-natal por essas mulheres. Elas até procuram, mas resistem em permanecer neles. A procura foi um tanto tardia, sendo que a maioria das entrevistadas procurou o serviço por volta dos 4 meses de gestação, quando deveriam tê-lo procurado logo que constataram a falha menstrual.

É necessário que as instituições públicas e privadas de saúde invistam em recursos humanos através da educação, treinamento, capacitação, para que os profissionais sejam críticos, participativos e colaboradores, com crescimento contínuo através de ações e atividades que atendam os anseios dessas mulheres, objetivando a melhoria da assistência integral a saúde das mesmas.

Deve-se ter em mente enquanto profissionais da saúde, a responsabilidade que nos cabe, de orientar essas mulheres quanto a importância do acompanhamento de saúde e, também, cativá-las a permanecerem no serviço, dando continuidade ao processo. Com isto estaremos colaborando para reduzir o índice de morbimortalidade materna e perinatal.

## Summary

### COGNITIVE/PERCEPTIVE FACTORS TO NON-ADHESION TO PRE-NATAL CARE

**Prenatal attendance consists of a group of care procedures rendered by the health team destined to protect the binomial fetus-mother during the pregnancy, the childbirth and the puerperium. The Authors aimed to know the cognitive/perceptive factors associated to non-adhesion of the pregnant women to the prenatal care. A qualitative research was intended. Six women that didn't come to prenatal consultations or came to less than 4 consultations were included in this study. They were admitted to the Maternity of a General Hospital in the City of Passo Fundo, RS, Brazil. The data for this study were collected between August and September 2002, through an interview, including, as referentials, the seven cognitive/perceptive factors presented in the model of promotion of health of Polit & Hungler. The reasons found for the pregnant women not to adhere to the prenatal care were: lack of information, denial of the pregnancy, a not qualified prenatal care service, indifference of the woman on her own pregnancy, her perception about his health conditions and personal complaints. However, the most evident factors are the lack of those women's information and the indifference for their own pregnancy.**

**Keywords: Prenatal, Pregnancy, Cognition and Perception.**

## REFERÊNCIAS

1. Bittar, Roberto Eduardo. Desenvolvimento e Crescimento Fetal. In: Zugaib M & Sancovski M. O pré-natal. 2. ed. São Paulo: Atheneu 1994; 65-76.
2. Kruse W & Abeche A M. Assistência pré-natal. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1992.
3. Sancovski M. Consulta pré-natal. In: Zugaib M & Sancovski M. O pré-natal. 2. ed. São Paulo: Atheneu 1994; 13-20.
4. Corrêa M D. Noções Práticas de Obstetrícia. 12<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, 1999.
5. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Departamento de Ações em Saúde. Programa de Assistência Pré-natal – Detecção e controle da gravidez de alto risco. Normas Técnicas Operacionais. 1997.
6. Burroughs A. Uma introdução à enfermagem materna. 6. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.
7. Fonseca V & Mendes N. Escola, escola, quem és tu? Perspectivas psicomotoras do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
8. Viscott D S. A linguagem dos sentimentos. 14. ed. São Paulo: Summus, 1982.
9. Wall M L & Carraro T E. A metodologia da assistência: um elo entre a enfermeira à mulher-mãe. Texto & Contexto. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000; 9(2):778-791.
10. Polit D F & Hungler B P. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Tradução Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
11. Brasil, Ministério da Saúde: Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Secretaria de Políticas de Saúde, 2000b. Assistência Pré-Natal : Manual técnico. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2000.
12. Moretti E. Planejamento Familiar - Apostila. Tradução e Organização: Prof<sup>a</sup> Eleonor Moretti. Passo Fundo, 1999.
13. Leff J R. Gravidez-A história Interior. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
14. Tezza V M. Enfermagem obstétrica neonatal. Florianópolis: Bernúncia, 2002.
15. Nogueira M I. Assistência Pré-Natal prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Ed. de humanismo, ciência e tecnologia Hucitec Ltda, 1994.

# Percepções e Enfrentamento de Mulheres Climatéricas

Catiane Portella de Lima & Jocemar de Oliveira.

Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo (RS).

## Resumo

**Objetivou-se conhecer as percepções e o enfrentamento de mulheres climatéricas. Realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva desenvolvida com oito mulheres climatéricas na faixa etária de 35 a 55 anos de idade, residentes no município de Passo Fundo-(RS), fazendo uso ou não de métodos hormonais. Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2002, utilizando-se um instrumento próprio, no Centro de saúde do município de Passo Fundo (RS). Após analisados os dados surgiram as principais categorias nomeadas como: percepções, modos de enfrentamento, conhecimento das mudanças frente a esta fase da vida, sentimentos frente ao envelhecimento, o pensamento da sociedade frente ao climatério, o envelhecimento e, mitos e crenças existentes na sociedade sobre o envelhecimento e o climatério .**

**Unitermos: Climatério, menopausa, meia-idade.**

Cada pessoa tem uma maneira própria de perceber a realidade sobre si mesma, o meio que a cerca e de integrar essas percepções. A percepção, antes de ser integrada, passa pelos sentimentos, que por sua vez são criados pelas necessidades e expectativas.

Para Frosty apud Fonseca & Mendes<sup>1</sup>, a percepção é, em síntese, a capacidade de reconhecer os estímulos que é a ponte de relação entre o indivíduo e o seu meio exterior; é uma função do cérebro, ou seja, um processo superior de organização. Portanto é uma das primeiras funções psicológicas. Encontra-se na mulher climatérica diferentes graus de percepções e sentimentos que poderão ou não estar ligados ao seu estado psicológico.

“O sujeito perceptivo é o lugar dessas coisas, e o filósofo descreve as sensações e seu substrato como se descreve a fauna de um país distante sem perceber que ele mesmo percebe, que ele é sujeito perceptivo e que a percepção, tal como ele a vive, desmente tudo o que ele diz da percepção em geral...”<sup>2</sup>.

Sem consciência do que significam sentimentos, não há uma real consciência da vida. Nossos sentimentos resumem o que experimentamos e nos dizem se o que estamos experimentando é agradável ou doloroso. Não existem duas pessoas que tenham a mesma maneira de integrar o que percebem. A realidade que fazemos derivar de nossas percepções, em grande parte, é a criação de

nossas próprias necessidades e expectativas<sup>3</sup>.

Segundo Martins, climatério deriva do grego Klimacton, que quer dizer “crise”<sup>4</sup>. Abrangendo um conjunto de alterações orgânicas e emocionais, cujo início se confunde com o final do período reprodutivo, sendo a fase na qual a mulher perde sua capacidade reprodutiva. Considerado uma síndrome, isto é, um conjunto de sintomas e sinais, e tendo a menopausa como marco, o climatério possui fases descritas como pré e pós-menopausa. A pré-menopausa se inicia no final da menacme (período reprodutivo da mulher) e se estende até a menopausa. Após a menopausa o climatério se prolonga até a senectude (período não-reprodutivo da mulher), época que perdura até os 70 anos.

Segundo Halbe et al<sup>5</sup> os estudos epidemiológicos determinam um melhor conhecimento da associação dos sintomas e das manifestações clínicas que surgem e prejudicam o bem-estar da mulher no climatério e na pós-menopausa. A compreensão destes acontecimentos possibilita um melhor atendimento no que concerne as orientações gerais e terapêuticas para melhoria na qualidade de vida destas mulheres.

O desenvolvimento tecnológico e socioeconômico possui determinada influência sobre o aumento da expectativa de vida da população feminina. Segundo dados

do IBGE, a média de idade em países desenvolvidos atinge a marca de 75 a 80 anos; no Brasil, esta estimativa está próxima dos 70 anos<sup>6</sup>.

A longevidade faz com que um número bem maior de mulheres vivencie o período do climatério, considerado por Halbe et al um período de grande relevância na evolução biológica da mulher, pois, além de constituir a fase de transição entre o menacme e a senectude, é um período marcado por inúmeras modificações endócrinas, metabólicas, funcionais e psíquicas, que podem ou não acarretar manifestações clínicas<sup>5</sup>.

Dentre essas alterações que acometem 75% das mulheres, Martins (1996) destacam-se quatro grupos: alterações psíquicas, alterações provenientes de distúrbios nervosos e dos vasos sanguíneos, do aparelho geniturinário e alterações da musculatura, da pele e do esqueleto ósseo<sup>4</sup>.

Assim como cada pessoa tem uma forma peculiar de sentir, perceber, elaborar e enfrentar as situações que as envolvem, descrevemos a seguir a opinião de alguns autores sobre o que é o enfrentamento, ou seja, o significado para este estudo.

Para Petuco<sup>7</sup>, o enfrentamento é visto como o caminho para a solução de um problema, para que a integridade funcional seja preservada, a fim de que ocorra alívio, recompensa, repouso e equilíbrio. Para melhor compreender a forma como o enfrentamento ocorre, é preciso avaliá-lo no contexto onde o problema se desenvolve e o impacto emocional causado sobre o indivíduo. Como tal, não se resume apenas em solucionar problemas, mas também, atender a outras funções, ou seja, a que propósito determinada estratégia atende, independente do efeito que possa apresentar. Assim, o enfrentamento acontece independente do resultado, podendo ser usado dois grupos de estratégias: uma voltada para o problema e outra para a solução do problema em si. A redução do problema em si exige um objetivo quase sempre relacionado com o ambiente; já o enfoque no problema e não somente na sua solução, inclui, também, estratégias que são dirigidas para o íntimo.

Mulheres climatéricas encaram todos os dias transformações tanto externas como internas; precisam "criar" estratégias de enfrentamento para adaptarem-se a essas modificações. As percepções que cada uma delas faz de sua saúde e de sua fase atual está relacionada às maneiras pelas quais avaliam as transformações e as enfrentam. Desta forma, este trabalho pretende desvelar tais percepções, bem como a maneira de enfrentá-las.

Hoje, a expectativa de vida em países desenvolvidos atinge a marca dos 75 a 80 anos. No Brasil esta estimativa está próxima dos 70 anos, ou seja corresponde a um terço ou mais da vida de muitas mulheres. Segundo dados do IBGE, as mulheres com mais de 40 anos, no ano 2000, representavam um grupo de 237 milhões de pessoas, 28% do universo feminino ou 15% da população brasileira.

Foi realizado um estudo com mulheres climatéricas que objetivou conhecer suas percepções, enfrentamento, sintomas, preocupações e problemas decorrentes deste período. A partir destes dados sentimos a necessidade de trazer uma melhoria da assistência de enfermagem à mulher

climatérica, buscando conhecer suas percepções, enfrentamento, sintomas, preocupações e problemas decorrentes deste período.

## METODOLOGIA

Realizou-se estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa desenvolvido junto a oito mulheres climatéricas na faixa etária de 35 a 55 anos de idade, residentes no município de Passo Fundo, fazendo ou não uso de métodos hormonais. Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2002 por meio de uma entrevista semi-estruturada contendo dados de identificação da mulher, tais como idade, estado civil, número de gestações, número de filhos, grau de instrução, aspecto familiar, sentimentos, crenças, mitos, envelhecimento, preconceitos e questões relacionadas a menopausa e climatério.

Esta coleta foi realizada no centro de saúde do município de Passo Fundo, mediante autorização formal dos responsáveis pelo serviço de atendimento, obedecendo as diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Assegurando privacidade, confidencialidade, liberdade e desistência sem represálias em qualquer etapa da entrevista, tendo acesso aos resultados da pesquisa. Os resultados da pesquisa contribuirão para a melhoria das condições da saúde da população e serão comunicados aos sujeitos e as autoridades sanitárias preservando a imagem e a auto-estima dos sujeitos da pesquisa.

As entrevistas foram analisadas qualitativamente através da leitura das entrevistas, tendo como base o referencial teórico de Minayo (2002) para análise e entendimento das entrevistas das quais surgiram as categorias de estudo.

## 1- PERCEPÇÕES

Da língua portuguesa percepção deriva de perceber, adquirir conhecimentos pelos sentidos, compreender. Para Ponty<sup>2</sup> (1999) apenas as percepções ambíguas emergem como atos expressos, quer dizer, apenas aquelas percepções as quais nós mesmos damos um sentido pela atitude que assumimos ou que correspondem a questões que colocamos.

A mulher climatérica possui diferentes graus de percepções e sentimentos que poderão ou não estar ligados ao seu estado psicológico. ( Frosty apud Fonseca & Mendes 1987).

Picon<sup>8</sup> afirma que percepção não é uma ciência do mundo, nem sequer é um ato, uma tomada de posição deliberada, é o fundo no qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles.

As respostas obtidas possibilitaram identificar, o que as modificações da menopausa e ou climatério significam:

### **Climatério: alterações físicas e comportamentais**

Dentre alterações que acometem as mulheres neste período está a depressão, mudanças de humor, tais como: ansiedade, irritabilidade, insônia e nervosismo.

"eu fico mais sensível, mais nervosa e ansiosa"  
"de momento eu estou sentindo que estou agressiva"  
"falta de ânimo as vezes, envelhecimento da pele, pele seca, cabelos secos e sem brilho, ausência de menstruação, secura vaginal, calor e crises de choro"

A denominação depressão climatérica é adequada, caso objetive-se salientar a vinculação temporal, no sentido de uma depressão que surge durante o climatério. É certo que existem depressões leves que estão ligadas a crise hormonal climatérica e que, com frequência, podem curar-se rapidamente com tratamento hormonal. Já a ansiedade pode ser definida como um estado emocional no qual existe sentimento de perigo iminente, caracterizado por apreensão, tensão e inquietação, sintomas que podem perturbar a mulher climatérica.

Em virtude do envelhecimento as mulheres começam a perceber que sua pele perdeu o viço da juventude e começam senti-la mais seca e delgada com aparecimento de rugas, queixam-se da perda de massa muscular dando lugar ao tecido adiposo, acompanhado da flacidez.

A falência de hormônios é um dos mecanismos que leva ao envelhecimento cutâneo bem como a diminuição das secreções endócrinas. Com isso a derme reduz a espessura com perda das fibras elásticas e colágenas; essas alterações são responsáveis pelo enrugamento da pele.

#### **Climatério: mudança como processo normal.**

O climatério envolve a idéia de mudança, uma fase na qual as mulheres passam por transições, sendo um processo natural, referenciada, necessariamente, ao fato biológico ( pré e pós menopausa ); - "mulher na idade crítica", expressão que em si contém forte elemento ideológico e que remete à tradução do grego *Klimakter* ( climatério ), significando " ponto crítico da vida humana " ou " etapa da vida difícil de atravessar ", " mulher na meia-idade ".

Isto leva a pensar num importante trecho do processo vital, expressão que passamos a adotar. Todos esses termos, em si, nos incitam a buscar a compreensão dos elementos que engendram essas construções sociais<sup>9</sup>.

" eu acho que é uma coisa que toda mulher tem que enfrentar, é uma coisa natural, eu acho que tem que enfrentar sem medo "

"me sinto normal, não sinto calorões, não tenho mal-estar, estas coisas até agora não senti "

Para Halbe et al<sup>5</sup> climatério é um período de grande relevância na evolução biológica da mulher, pois, além de constituir a fase de transição é um período marcado por inúmeras modificações que podem ou não acarretar manifestações clínicas.

#### **MODOS DE ENFRENTAMENTO**

Enfrentamento é criar estratégias, encarar os estressores, para adaptarmo-se ou modificar os mesmos. São ainda esforços comportamentais e cognitivos que estão constantemente mudando para atender demandas internas ou externas, que são avaliadas como excedendo os recursos das pessoas. A compreensão que as mulheres tem sobre as modificações de sua saúde física e mental está relacionada às maneiras pelas quais avaliam os estresses da vida e como os enfrentam.

#### **Consciência do problema**

Observamos que as mulheres tem plena consciência de que estão envelhecendo, encaram o climatério como uma etapa da vida, em que cada uma tem uma forma peculiar de sentir, perceber, elaborar e enfrentar as situações que as envolve.

"eu não tava aceitando essa mudança de não menstruar, comecei a me achar velha. Eu não queria parar de menstruar eu pensava que iria passar a menopausa e iria ficar uma mulher velha"

"no meu caso tudo bem, porque só quando a gente olha no espelho que vê que está um pouquinho mais velha, no meu caso"

#### **Enfrentando com tranquilidade**

O enfrentamento é considerado caminho para solução de um problema, para que a integridade funcional seja preservada, afim de que ocorra alívio, recompensa, repouso e equilíbrio. Ou seja, para melhor compreender a forma como o enfrentamento ocorre é preciso avaliá-lo no contexto onde o problema se desenvolve e o impacto emocional causado por ele sobre o indivíduo<sup>7</sup>.

"as vezes enfrento com tranquilidade e tento não pensar que estou envelhecendo, que meu corpo está modificando, minha pele e meu cabelo não é mais como era antes"

"a gente tem que se cuidar para não agredir pessoas que não tem culpa pela nossa irritação, tento manter a calma"

#### **CONHECIMENTO DAS MUDANÇAS FRENTE A ESSA FASE DA VIDA.**

Ter conhecimento é um ato ou efeito de conhecer, ter uma noção adquirida pela experiência e consciência de si mesmo.

Segundo os relatos obtidos das entrevistas realizadas, emergiram dois assuntos que demonstram: falta de informações e aspectos físicos.

### **Falta de informação**

A falta de informação do assunto é da grande maioria, que por sua vez desconhece as causas e seus respectivos sintomas. A falta de compreensão do que está ocorrendo, nesta fase de sua vida, aumenta a sensação de vulnerabilidade, confusão e temor, agravada pelo silêncio e/ou incompreensão dos grupos sociais e, particularmente dos profissionais de saúde.

“não conheço muito bem”  
“conheço pouco”

Apesar de se conhecer de longa data o climatério como uma etapa da vida da mulher, até pouco tempo havia pouco esclarecimento, tanto na literatura médica quanto na leiga, sobre esse assunto. A desinformação destas mulheres é gerada pela falta de qualificação de alguns profissionais nesta área, que por não terem muito conhecimento sobre essas mudanças acabam por limitar estas informações.

### **Mudanças de comportamento frente as modificações físicas**

Frente a essas modificações físicas e comportamentais estas mulheres devem buscar alternativas para tentar reverter esta situação, através de exercícios físicos, alimentação adequada e relaxamento.

“ conheço o que vejo em mim, pele seca sem elasticidade, calorões, depressão, falta de sono, irritabilidade mas é uma fase normal de nossas vidas”

### **SENTIMENTOS FRENTE AO ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento biológico é universal e inevitável e sua velocidade é determinada pela interação entre os fatores genéticos e a influência do ambiente<sup>10</sup>.

Para Martins<sup>4</sup>, o envelhecimento é diferente de “ficar velho”. Podemos ficar velhos cronologicamente sem no entanto termos um envelhecimento correspondente aquela idade.

Tem-se como sentimento o ato de sentir, sensibilidade, disposição afetiva em relação as coisas de ordem moral ou intelectual.

### **Envelhecimento como parte da vida**

O desejo de controlar o envelhecimento é um anseio legítimo e sem dúvida faz parte da busca pela felicidade. A decadência de nosso corpo pode nos trazer a infelicidade, sendo que a consciência de sua finitude pode gerar a depressão. A rejeição à terceira idade é um mecanismo de defesa natural da mulher climatérica.

“ a gente envelhecer não é o fim do mundo, fazer o quê ? a gente vai envelhecer um dia. Eu enfrento numa boa como não fosse nada”

“ tudo bem, tudo tem sua fase, não estamos aqui para ficar para semente, sempre a gente tem uma fase diferente da outra. Eu estou passando por ela”

### **Envelhecimento como medo**

A chegada da menopausa não marca apenas o fim do ciclo reprodutivo, mas também o início do envelhecimento, evidenciado por sintomas e sinais que anunciam deterioração do organismo, a maior probabilidade de se instalarem doenças. Anuncia um tempo que representa o fechamento do ciclo de vida, um tempo desvalorizado socialmente em nossa cultura<sup>9</sup>.

“ Esse é pesado !

“ A medida que o tempo vai passando você vai se sentindo mais velha, mais enrugada, isso vai incomodando um pouco a mulher, a gente sente vontade de melhorar o aspecto físico. As condições financeiras não ajudam, isso é para quem pode não para quem quer. Se eu pudesse eu faria alguma coisa para me sentir mais jovem “.

“ tenho pavor, tenho pavor de achar que estou ficando velha, eu penso que não vou conseguir ter a mesma atividade, isso me dá um pavor”.

“ que a vida passou, que meus filhos estão crescidos que vão fazer seus próprios caminhos”.

Segundo Almeida<sup>11</sup>, o climatério coincide com a entrada dos filhos na vida adulta e a realidade de uma vida em maior solidão para a mulher sem carreira profissional se faz presente. A mulher ainda é jovem para abrir mão de muitos projetos de vida, mas já suficientemente madura para iniciar uma carreira ou reiniciar os estudos. Nestes casos não construiu desde sua juventude um espaço onde pudesse ter se realizado, seu espaço era o lar e este começa a se esvaziar. Temos assim todas as predisposições para o surgimento de perturbações psicopatológicas deste período de transição.

Para Halbe<sup>5</sup> fatores socioculturais modificam a experiência psicológica da menopausa e da meia-idade. Algumas variáveis sociais, como, por exemplo, grupo socioeconômico mais baixo, nível educacional inferior, afastamento dos filhos do lar e suporte socio-familiar inadequado tem sido relacionado com a maior prevalência de sintomas climatéricos.

### **O PENSAMENTO DA SOCIEDADE FRENTE O CLIMATÉRIO E O ENVELHECIMENTO**

No mundo da produtividade global preocupa-se com a necessidade de criar uma sociedade que inclua todas as idades e tenha como base a igualdade entre as gerações no qual se de lugar ao idoso, sobre tudo a mulher idosa e climatérica.

Diante das respostas obtidas das entrevistas realizadas o que mais chamou a atenção foi a preocupação sobre o preconceito encontrado na sociedade sobre a mulher climatérica, associado o envelhecimento.

### **A mulher climatérica como parte da sociedade**

Independente da incapacidade reprodutiva, o sofrimento produzido pela perda da juventude simbolizada pela menopausa pode ser sutil, mas ainda assim perturbadora. Em nossa sociedade, a juventude é muito

apreciada, enquanto que a maturidade freqüentemente não é; assim, percebemos que o envelhecimento pode ser traumático. O grau em que isso pode afetar uma mulher pode estar relacionado ao valor que ela dá à aparência pessoal. O envelhecimento pode não ser importante para muitas mulheres, mas há possibilidade de trazer ansiedade e depressão<sup>12</sup>.

“...eu acho que a maioria, eles vê coisa não agradável, uma coisa que não é bom passar por isso. É diferente de uma pessoa para outra, então eu acho que não deveria ser assim, é uma coisa desagradável”.

O climatério será encarado de diversas formas conforme cada cultura. Por ser um marco para uma nova etapa da vida, deverá ser focado em relação ao fato de a sociedade valorizar ou não a meia-idade. Em nosso meio a menopausa representa a velhice, pois nossa cultura reverencia o jovem em prejuízo dos mais idosos<sup>4</sup>.

#### **MITOS E CRENÇAS EXISTENTES NA SOCIEDADE SOBRE O ENVELHECIMENTO E O CLIMATÉRIO**

Para Santana (2000)<sup>13</sup>, as crenças, no conhecimento da saúde, são pontes que podem facilitar a aproximação do cuidador com o ser que é cuidado. Nas falas das mulheres climatéricas pode estar o que queremos saber, pode estar o que elas sabem, o que elas fazem. Na verdade somos aquilo que conhecemos.

Ainda Kant apud Santana<sup>13</sup> afirma que a crença é o meio termo entre opinião e o saber. A crença é um fato do nosso entendimento, suscetível de repousar em princípios objetivos, mas que exige também causas subjetivas no espírito daquele que julga.

Para Petuco<sup>7</sup>, todas as pessoas possuem crenças, opiniões que são adotadas com fé e convicção. As crenças, servem de sustentação para esperança, gerando esforços de enfrentamento para situações diversas e conflitantes.

Desde muito cedo a mulher já tem seu papel definido pela sociedade, aprende que será mãe e é treinada para tal. As mulheres parecem adaptar-se naturalmente a essa imposição da sociedade pelo fato do poder social exercer grande influencia. Como a identidade que mulher assume, e que é sustentada socialmente, é a de mãe, reprodutora da espécie, é compreensível que quando a adolescente menstrua pela primeira vez isto seja comemorado como algo extremamente positivo. Ela está pronta para exercer seu papel reprodutivo.

Em contrapartida quando o ciclo reprodutivo da mulher entra em declínio, ela vai perdendo aquele que seria o seu papel principal na sociedade ou, então, vai se acabando a possibilidade e a necessidade de assumi-lo. Nessa época, ela experimenta uma mudança dos papéis que lhe são atribuídos pela sociedade. Isto impõe, portanto,

uma nova identidade também sustentada socialmente. Este fato representará um conflito, pois significa romper com uma auto-imagem há tanto tempo cultivada<sup>5</sup>.

Existem vários mitos acerca do envelhecimento e climatério como: o da improdutividade, ausência de compromisso na vida, deteriorização da inteligência, falta de espaço profissional para o idoso, fim da vida sexual, com tendência a depressão.

Baseado nesses mitos e crenças surgiu a categoria sobre o envelhecer neste contexto.

#### **Perda da capacidade pelo fato de se estar envelhecendo**

A própria sociedade faz um julgamento precipitado da mulher climatérica juntamente com seu envelhecimento, alegando que esta, por sua vez, perde suas capacidades, interesse e produção no ambiente de trabalho, descriminando-a antes mesmo de lhe dar uma chance.

“de que a mulher não é mais interessante, por que é velha, só tem que ficar em casa cuidando dos netos e fazendo tricô”.

“de que o velho não tem mais capacidade”.

#### **Preconceitos existentes na sociedade**

Do dicionário Aurélio da língua portuguesa, preconceito designa da palavra aversão, intolerância. No relato das mulheres encontramos diversos tipos de preconceitos, destacando-se:

“a sociedade tem preconceito de tudo, do preto, do pobre, do deficiente, do velho e do gordo”.

“isso é errado. A pessoa nova acha que tem mais agilidade, ela pode ter mais agilidade, mais a gente, tem a mesma capacidade. Eu to velha mas tenho capacidade e faço e assumo. Os jovens dizem que o velho é caduco e neurótico”.

“eu acho horrível. Em tudo, não só no envelhecimento, crenças, cor, o preconceito é nojento”

A sociedade dá pouco valor a sabedoria ou a experiência que as mulheres desenvolveram durante suas vidas. Enquanto o valor da mulher residir somente nas suas capacidades reprodutoras, a perda deste papel irá afetar a sua própria imagem e auto-estima. Isto é realmente verdade para as mulheres que aceitaram este papel predominante em suas vidas.

A realidade social é estabelecida por acordo entre aqueles que dela participam ou, mais especificamente, entre aqueles que a definem. Isto significa que, para o indivíduo, cada situação apresenta expectativas próprias e exige respostas condizentes. Isto implica dizer que toda definição de papéis traz consigo a imposição de uma identidade social a ser assumida pelos indivíduos<sup>5</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa pode-se observar, nas diferentes falas o pensamento das mulheres sobre o climatério e<sup>10</sup> que estão vivenciando nessa fase da vida, ainda as suas representações sobre o envelhecimento social, suas percepções, crenças, mitos e a maneira de enfrentar este problema que as atinge, no qual cabe ressaltar ainda a grande falta de informação das participantes sobre o assunto em questão.

Se tivéssemos uma grande maioria de profissionais capacitados em dar o atendimento necessário as mulheres climatéricas nos serviços de saúde, poderíamos alterar a maneira das mulheres conviverem com os problemas relacionados a essa fase, estimulando uma postura ativa da

mulher para encarar de forma realmente natural as modificações biológicas e enfrentar o cotidiano, dando um novo sentido à sua experiência pessoal.

As mulheres precisam se unir para pesquisar e trocar suas experiências, preocupações e sentimentos, e aprender umas com as outras, assim como a apoiarem-se mutuamente. Cabe ressaltar ainda que em algumas culturas, a menopausa é o começo de um período de liberdade e poder.

Cabe aos profissionais da saúde, discutirmos mais sobre o assunto em questão, e colocarmos à disposição nossos conhecimentos, buscando soluções e respostas para o que estão vivenciando.

## Summary

### PERCEPTIONS AND FACING OF CLIMACTERIC WOMEN TO CLIMACTERIUM

**The goal of this study was to know the perceptions and the facing of climacteric women on climacterium. The Authors took place an exploratory qualitative descriptive research developed with eight climacteric women in the age group from 35 to 55, residents in Passo Fundo, RS, Brazil, taking or not Hormonal Replacement Therapy (HRP). The data were collected in the period from July to August 2002, in the Health Center of Passo Fundo, RS, Brazil. After the analysis of the the data obtained, the Authors nominated categories as follows: perceptions, facing manners, knowledge about the changes that occur in this phase of the life, feelings about their aging, the thoughts of the society on climacterium, aging and myths existent in the society on the aging and the climacterium.**

**Keywords: Climacterium, Menopause, Middle age.**

## REFERÊNCIAS

1. Fonseca V & Mendes N. Escola, Escola, quem és tu? Perspectivas psicomotoras do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
2. Ponty M M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
3. Viscott D S. A linguagem dos sentimentos. São Paulo: Summus, 1982.
4. Martins A A . Menopausa sem mistérios: as mais recentes descobertas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
5. Halbe H, Pinotti JA, Hegg R. Menopausa. São Paulo: Roca, 1995.
6. Camargo F, Melo V H. Ginecologia Ambulatorial. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
7. Petuco V M. A Bolsa ou a Morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo, 1998. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.
8. Picon G. Panorama das idéias contemporâneas- Humanismo Contemporâneo. Lisboa: Editora Cor Ltda, 1958.
9. Mendonça E A P. Saúde, Sexualidade e Reprodução: Compartilhando Responsabilidades. Universidade do Estado do Rio, 1997.
10. Speroff R B L. Climatério- guia clínico de atendimento à mulher idosa, 1996.
11. Almeida A B et al. Climatério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
12. Berek S J. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanbarra Koogan, 1998.
13. Santana M G. O corpo do ser diabético: significados e subjetividades, 2000. Dissertação (Doutorado). Ed. Universitária UFPel; Florianópolis: UFSC.
14. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis RJ: Vozes, 2002.
15. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Climatério. Manual de Orientação: Febrasgo, 1995.

# Doenças Sexualmente Transmissíveis e Usuárias do Serviço de Ginecologia do Centro de Saúde de Passo Fundo

Lauriane de Camargo Coccaro & Eleonor Moretti

Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo (RS).

## Resumo

**As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são infecções transmitidas obrigatória, freqüente ou eventualmente pelo contato sexual, compreendendo uma grande variedade de infecções, causando sofrimento, constrangimento às mulheres, prejudicando seu relacionamento sexual e muitas vezes reprodutivo; em alguns casos irreversíveis podendo levar à morte. Objetivou-se desvendar o conhecimento de mulheres que freqüentam o serviço de ginecologia do Centro de Saúde de Passo Fundo sobre DST. Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória descritiva que teve participação de oito mulheres, na faixa etária de 20 a 45 anos. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, no período de agosto a setembro de 2002 e, posteriormente, analisados através de categorização. Constataram-se quatro categorias nomeadas como conhecimentos das mulheres em relação as DST, freqüência do uso de preservativos pelas mulheres, diálogos com o parceiro, conhecimento dos sintomas.**

**Unitermos: Conhecimento, mulheres, doenças sexualmente transmissíveis.**

O conhecimento é um ato ou efeito de conhecer; idéia, informação, é mostrar o quanto é capaz. Para Chauí<sup>1</sup>, a teoria do conhecimento no seu todo se realiza como reflexão do entendimento e baseia-se num pressuposto fundamental: o de que somos seres racionais conscientes.

O conhecimento humano é capaz de transformar a vida humana. Através do conhecimento a pessoa torna-se capaz de compreender e interpretar sua situação e condição, viver em sociedade seguindo normas e valores, tomar decisões, contrapor-se e opor-se a valores de liberdade e à responsabilidade.

O número de mulheres contaminadas por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) vem aumentando consideravelmente. A falta de orientação e conhecimento, a troca de parceiros, o mau preparo dos profissionais de saúde e educadores e a falta de educação sexual contribuem para este crescimento.

As DST provocam aumento de morbidade e mortalidade perinatal e materna, diminuição da fertilidade no período de vida reprodutivo de homens e mulheres, acréscimo de neoplasias de colo de útero, vulva, vagina, pênis e úlceras genitais, as quais agravam a chance de adquirir o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em uma única relação sexual<sup>2</sup>.

Muitas DST são assintomáticas fazendo com que a

maioria das mulheres infectadas não apresente sintomas. Por outro lado, as que apresentam algum sintoma, muitas vezes, não procuram um atendimento adequado e, em muitos casos, acabam se auto-medicando. Em muitos casos, a cura não é total, só mascarando o problema e agravando-o, pois tornam a contaminar seu próximo parceiro<sup>3</sup>.

O tratamento das DST deve ser indicado pelos profissionais de saúde através de antibioticoterapia. São medicamentos que destroem microorganismos que causam a maioria das doenças, mas é preciso seguir o tratamento até o fim, mesmo que a pessoa não sinta nada; se parar no meio do tratamento, o microorganismo fica resistente e a doença volta mais difícil de ser tratada.

Quase todas as DST têm cura, com exceção da Aids, em que a única forma de evita-la é a prevenção. A melhor forma de prevenção é ter o maior número possível de informações sobre essas doenças e transmití-las. As mulheres têm que conversar francamente com seus companheiros quanto ao uso do preservativo, pois esta é a maneira mais correta de evitar o contágio pelas doenças sexualmente transmissíveis.

A assistência ginecológica é uma forma adequada das mulheres prevenirem o contágio das DST e de outras patologias freqüentes, tratando-as quando presentes, pois o profissional envolvido está apto a prestar orientações

adequadas à prevenção e ao tratamento adequado.

Geralmente esta assistência é composta por uma equipe multiprofissional formada por médicos gineco-obstetras, enfermeiros, psicólogos, assistente-sociais e consultores psiquiatras; desta forma recebem orientações individuais e em grupo sobre fatores importantes para a manutenção saudável da sua saúde.

É de grande importância para os profissionais de saúde desvelar o conhecimento, atitude e práticas de prevenção em relação às doenças de transmissão sexual das mulheres que freqüentam o Serviço de Ginecologia do Centro de Saúde de Passo Fundo. Desta forma, objetivou-se desvendar o conhecimento destas mulheres sobre DST e verificar a importância que as mesmas atribuem às DST, identificar a freqüência do uso do condon (preservativo ou camisinha) masculino e feminino entre os sujeitos da pesquisa e detectar a existência de comunicação e diálogo franco entre os parceiros sexuais sobre as DST.

Assim, este estudo auxiliará o enfermeiro a repensar o cuidado de enfermagem intervindo na ajuda às mulheres, orientando-as, esclarecendo suas dúvidas e promovendo a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se um estudo exploratório descritivo de caráter qualitativo, desenvolvido com oito mulheres escolhidas intencionalmente, tendo como critério único ser cliente do Serviço de Ginecologia do Centro de Saúde de Passo Fundo e a aceitação das mesmas em constituir-se sujeitos desta pesquisa; foram explicados os objetivos e os propósitos desse estudo.

Os dados foram coletados no período de agosto a setembro, através de um questionário semi-estruturado, onde as entrevistas foram feitas em discurso aberto, contendo questões norteadoras como: o que você conhece sobre DST e que importância atribui a elas, o que você conhece em relação às medidas de prevenção das DST, com que freqüência você usa preservativos, você conversa com seu parceiro sexual sobre as DST.

A análise dos dados foi desenvolvida a partir dos aspectos identificados a cada entrevista, separadamente e realizou-se uma síntese de cada um abordando a totalidade dos aspectos que se apresentaram nas respostas. Possibilitou assim, uma análise sistemática de todas as questões norteadoras da entrevista.

Este estudo obedeceu às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, atendendo aos aspectos éticos como o encaminhamento para a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do município de Passo Fundo, solicitando autorização para o seu desenvolvimento, dos sujeitos através de termo de consentimento livre e esclarecido; os sujeitos autorizaram sua participação voluntária na pesquisa, assegurando-se o direito dos mesmos em retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Os sujeitos tiveram assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise qualitativa dos dados, permitiu identificar quatro categorias e duas sub-categorias relacionadas ao conhecimento de mulheres que freqüentam o serviço de ginecologia do Centro de Saúde de Passo Fundo, que são: conhecimentos das mulheres sobre DST, cuidados, medidas de prevenção conhecidos pelas mulheres, freqüência do uso de preservativos, diálogos com o parceiro e conhecimentos dos sintomas.

Para possibilitar uma melhor compreensão do estudo, esta análise inicia-se através da categoria:

### **1. Conhecimentos das mulheres em relação as DSTs**

Referente a todos os tipos de informações que estas mulheres tem em relação às doenças sexualmente transmissíveis.

Para Chauí<sup>1</sup> o conhecimento é um ato ou efeito de conhecer; idéia; informação, é mostrar o quanto é capaz. Nesta categoria foi possível identificar que estas mulheres possuem informações insuficientes, sendo que o mais respondido nesta categoria foi referente ao modo de transmissão, além de muitas vezes o assunto estar diretamente ligado a AIDS, como:

“Eu sei que estas doenças a gente pega do marido ou namorado que anda na rua [...]”

“São doenças que transmite na relação sexual.”

“Eu leio que tem que se cuidar, porque o número de AIDS tá cada vez maior.”

Estas manifestações comprovam o que já pressupúnhamos, de que a clientela feminina do Centro de Saúde desconhece as DST mais comuns em seu meio. Esta falta de orientação e as trocas de parceiros fazem com que haja um aumento considerável no índice de mulheres infectadas.

### **1.1 Cuidados**

Nesta sub-categoria as entrevistadas revelaram suas preocupações sobre o que estas doenças poderiam ocasionar à sua saúde:

“As pessoas tem que se cuidar muito, usar camisinha e não trocar de parceiros [...] podendo trazer danos irreversíveis à nossa saúde.”

A medida mais segura para ter relação sexual é usar preservativo, é ter sexo com responsabilidade. Este é o único método confiável para prevenir contágio do vírus por via sexual.

### **1.2 Medidas de prevenção conhecidas pelas mulheres**

Referem-se a todas as formas de prevenção utilizadas pela clientela do Centro de Saúde de Passo Fundo. Observou-se que as mulheres entrevistadas estão conscientes sobre a prevenção através do preservativo, das consultas médicas periódicas e da troca de parceiros, como demonstram as manifestações abaixo:

“Usar sempre camisinha e fazer consulta médica [...] conheço a camisinha, não ter vários parceiros e ter higiene.”

“Uma delas é usar preservativos e a outra é não trocar de parceiro toda hora.”

Estas falas demonstram a negligência das mulheres em relação aos métodos de prevenção, comprovando mais uma vez os pressupostos da pesquisadora. Além disso, fica clara a resistência destas mulheres e de seus parceiros em se prevenir contra as DST, como podemos observar:

“[...] às vezes eu esqueço, pois pega no desprevenido, aí fazer o quê [...]”

A melhor forma de prevenção é ter o maior número possível de informações sobre essas doenças e passar aos outros essas informações.

As pessoas que mantêm vida sexual ativa devem estar conscientizadas que estão vivendo numa era onde o número de indivíduos infectados pelas DSTs e assintomáticos é desconhecido e considerar todas as pessoas potencialmente contaminadas, e a partir disso utilizar o método de barreira, sendo que o condon de látex masculino e feminino é a forma mais eficaz de prevenção quando usados corretamente e sistematicamente<sup>4</sup>.

## 2. Frequência do uso de preservativos pelas mulheres

Apesar de demonstrarem ter conhecimento da camisinha, a recíproca mostra não ser verdadeira de acordo com as manifestações:

“Eu nunca uso, porque a gente acaba se distraindo e confiando na pessoa.”

“Nunca usei, eu acho que sobre este caso, eu estou bem sadia.”

Outra situação conflitante é a condição marital dos sujeitos, sendo que esta, implica em mudanças de hábitos, crenças e valores referentes à prevenção, pois as mulheres não utilizam condon para a prevenção de DSTs por estarem casadas e julgarem não ser necessária a utilização do mesmo, como demonstraram:

“Não uso porque confio no meu marido [...]”

“Nenhuma, porque sou casada e confio no meu marido.”

Conforme o exposto na revisão literária e o conteúdo obtido nas entrevistas, observa-se ser de grande importância para os profissionais de enfermagem desvelar o conhecimento, atitude e práticas de prevenção em relação às doenças de transmissão sexual das mulheres que frequentam o Serviço de Ginecologia do Centro de Saúde de Passo Fundo.

A atuação integrada e coordenada de instituições governamentais, organizações não governamentais e iniciativa privada, poderá garantir, a curto prazo, a interrupção da transmissão das DST e a prevenção de novos casos dessas doenças, através de uma assistência integrada as DST em unidades básicas de saúde com o pessoal treinado para o atendimento adequado, com disponibilidade de testes rápidos e de medicação apropriada e gratuita; e, também, orientando e educando sobre as DST no sentido de produzir mudanças positivas de atitudes e comportamentos das pessoas<sup>5</sup>.

## 3. Diálogos com o parceiro

Refere-se às dificuldades no processo de comunicação dos envolvidos, tanto no que diz respeito às

orientações mais claras e concretas sobre a doença propriamente dita, como a todo o processo de prevenção. Os sujeitos demonstram não ter clareza sobre todas as implicações e complicações da doença favorecendo o processo de negligência e a evolução negativa da incidência das DST.

“Eu não acho necessário, pois a gente lê e quem é casado se tiver honestidade não tem problema.”

“Sim, mas ele diz que não precisa conhecer nada, é puro machismo.”

“Muito porque ele é muito querido e me ajuda muito.”

Tais situações evidenciam a necessidade de que o acompanhamento extrapole a atenção médica e envolva outros profissionais da área para incentivarem o diálogo com os parceiros.

A melhor forma de prevenção das DST é sempre o uso do preservativo. Parceiros estáveis devem manter uma boa comunicação, sendo fundamental o cuidado de um com o outro, determinando quando podem ter relações sem o preservativo, e em caso de dúvidas sempre usar preservativo. Ele deve ser usado em relações anais, orais e vaginais. A mulher deve levar seu preservativo; deve ser um agente ativo de prevenção contra as DST e igualmente como o homem deve decidir se quer ou não ter relação sem preservativo, pois o também previne-se uma gravidez indesejada.

## 4. Conhecimento dos sintomas

As mulheres entrevistadas mostraram não ter muito conhecimento sobre as doenças e seus respectivos sintomas. Desta forma, é fundamental que as mulheres conheçam seu próprio corpo para quando perceberem qualquer alteração. Para tanto, precisam justamente conhecer os sintomas das principais patologias.

“[...] corrimento, coceira, ardência e só.”

“Eu sei que dá umas feridas tanto na vagina quanto no pênis, verrugas [...]”

“Sim, sobre a AIDS, uma coisa terrível termina com a pessoa, a gonorréia, eu leio livros e revistas.”

Estes depoimentos revelam que as mulheres conhecem pouco dos sintomas das DSTs, aumentando consideravelmente o índice de mulheres infectadas. Atualmente a incidência aumentou, apesar de todo o avanço científico tecnológico, estimando uma elevada prevalência entre pessoas de ambos os sexos, diferentes classes sociais e diversas práticas sexuais<sup>6</sup>.

Atualmente as mulheres buscam conquistar o seu espaço tanto profissional quanto à liberação sexual. Com a descoberta da anticoncepção, altamente eficaz, casais passaram a ser mais liberais, não querendo um relacionamento social obrigatório, e assim as mulheres colocam-se sexualmente em pé de igualdade com o homem, sempre visto pela sociedade com mais liberdade que a mulher. Com isto, ocorre o alto índice de mulheres contaminadas com DST pois, muitas vezes, não sentem segurança em negociar um sexo seguro com seus parceiros.

Existem vários sintomas das DST, tais como: verrugas, úlceras, corrimento, aparecimento de gânglios, emagrecimento, coceira. É importante conhecê-los pois

desta forma pode se fazer a prevenção e a higiene do próprio corpo.

Conhecendo o seu corpo a mulher é capaz de perceber que algo está diferente e procurar ajuda médica que, através de um exame específico, diagnóstica e trata as DST. Em determinadas regiões do país, a maior parte dos casos de DST são atendidos por balconistas de farmácias, ficando assim sem diagnóstico e tratamento adequado. Um tratamento errado ou tardio pode trazer danos irreparáveis à saúde da mulher, esterilidade, parto prematuro e até morte do bebê ao nascer.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivendo uma fase de transformações, onde mulheres e homens vivem em pé de igualdade, nota-se o crescente aumento do número de casos de doenças sexualmente transmissíveis devido à falta de orientação, de conhecimento, troca de parceiros, entre outras.

A liberação sexual vivida atualmente faz com que milhares de pessoas pratiquem sexo sem segurança, apesar da influência da mídia ser importante nota-se ainda que faltam providências a serem tomadas.

Muitas mulheres não conversam com seus parceiros sobre medidas de proteção e prevenção sobre DST por

acharem que tendo um parceiro fixo isto não é necessário.

Fica clara a falta de conhecimento, de orientação da clientela que frequenta o Serviço de Ginecologia do Centro de Saúde de Passo Fundo sobre as DST, pois muitas mulheres referem desconhecer o seu próprio corpo e os sintomas das DST.

O mau preparo dos profissionais de saúde para a educação, as péssimas atuações dos serviços públicos, a baixa condição socioeconômica e a desinformação sobre educação sexual, estão ocupando locais de destaque na concorrência para elevar cada vez mais o número de casos de pessoas contaminadas por DST.

Dentre os profissionais de saúde a enfermagem tem papel fundamental na educação da clientela, pois deve priorizar sempre a prevenção; prevenir é dialogar, quem não sabe o que é, precisa saber; quem já sabe, precisa saber mais; quem sabe mais, precisa ensinar aos outros; com estas orientações as mulheres podem orientar outras mulheres promovendo a prevenção das DST. Este compromisso deve ser assumido por todos para que este problema pare de crescer; as instituições precisam investir, principalmente, em recursos humanos para uma melhor forma de orientação e prevenção das DST.

### Summary

#### SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AND USERS OF THE SERVICE OF GYNECOLOGY OF THE HEALTH CENTER OF PASSO FUNDO, RS (BRAZIL)

**Sexually Transmitted Diseases (STD) are infectious diseases frequently or eventually transmitted through Sex intercourses, including a great variety of infections, causing suffering and embarrassment to the women, interfering in their sexual and reproductive relationship. Irreversible in some cases, those diseases could lead to death. The goal of this study was to unmask women's knowledge on STD, among the Patients of the Service of Gynecology of the Health Center of Passo Fundo, RS, Brazil. This is an exploratory qualitative descriptive research that included the participation of eight women in the age group from 20 to 45. The data were collected through semi-structured interviews, in the period from August to September 2002 and analyzed through categorization of the data. Four nominated categories were verified as the women's knowledge about STD, frequency of use of prophylactics by women, dialogues with their sexual partners about STD and knowledge about the symptoms of STD.**

**Keywords: Women, Sexually transmitted diseases, knowledge.**

### REFERÊNCIAS

1. Chaui M. O conhecimento. In: *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, 2000, 117-8.
2. Fernandes A M S, Antonio D G, Bahamondes LG et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cadernos de Saúde Pública* 2000; 16(1):103-12.
3. Lowndres C M. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: Giffin K, Costa S H (Eds) - *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.253-74.
4. Best Kim. El buen asesoramiento es vital para clientes com ETS. *Rev Network en español, family health international*. 1999;19(2):23-4.
5. Moherdavi F. As doenças sexualmente transmissíveis no Brasil. *Rev Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 1998; 10(4):5-6.
6. Gir E, Moriya T M, Robazzi M L C C et al. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. *Revista Saúde Pública* 1991; 35:226-9.
7. Brasil, *Conversando sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids: sugestões para trabalho com professores e agentes indígenas de saúde*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
8. Bento I & Bueno S. Sexualidade e DST/Aids em uma população universitária. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 1999; Rio de Janeiro: v. 11(2):17-25.

# Mitos e Crenças na Coleta de Exame Citopatológico

Caroline Peruzzo, Lisiane Soares, Lenir Maria Baruffi.  
Curso de Enfermagem, Universidade de Passo Fundo (RS).

## Resumo

**Realizou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa objetivando conhecer os mitos e crenças das mulheres na coleta de amostras para exame citopatológico na rede básica de saúde de Passo Fundo (RS). O levantamento de dados realizou-se em julho e agosto de 2002 com a participação de 11 mulheres, através de entrevista semi-estruturada. A compilação dos dados foi realizada mediante análise temática de acordo com Minayo. Desta forma constatou-se a emergência de seis categorias, evidenciando-se entre elas o mito da vergonha, mito do câncer e a crença da desinformação.**

**Unitermos: câncer de colo uterino, crenças, cultura e mulheres.**

O câncer de colo uterino é toda a lesão da cérvix uterina na qual tenham sido identificadas células neoplásicas malignas ao exame citopatológico; é considerada uma doença de países de terceiro mundo. Caracteriza assim um problema de Saúde Pública, onde a população de baixa renda tem falta de informação e assistência preventiva adequada. A educação e a prevenção nesta população seriam boas armas para combater essa doença. As medidas preventivas devem ser dirigidas para as situações de risco através de educação sexual, anticoncepção, tratamento de lesões traumáticas e inflamatórias<sup>1</sup>.

O câncer é um problema social que mexe com o doente, com sua família e com a comunidade, pelas suas características de difícil detecção precoce na maioria das localizações no organismo humano<sup>2</sup>.

A promoção de saúde deve capacitar as mulheres para assumirem o controle de sua própria saúde. Esta atitude requer comportamentos individuais no preparo para o autocuidado, necessitando de mudanças no estilo de vida que implicam em valores culturais. A prevenção do câncer de colo do útero implica na educação sexual dos adolescentes na melhora da qualidade de vida mediante a mudança de comportamentos sexuais e individuais. A promoção de saúde com base na remodelagem da atitude, no estilo de vida, constitui a esperança na prevenção do câncer de colo uterino<sup>2,3</sup>.

Saúde é um conceito que se relaciona com a cultura de uma comunidade. A Enfermagem, ao cuidar da mulher, deve entendê-la a partir do contexto cultural onde vive<sup>4</sup>. Helman<sup>5</sup> estipula um conceito de cultura apropriado para este tema: "As culturas nunca são homogêneas e, portanto, devemos evitar sempre generalizações no que se refere a explicações sobre crenças ou comportamentos das pessoas.

Não podemos fazer generalizações sobre os membros de qualquer grupo humano sem considerarmos que as diferenças entre eles podem ser tão marcantes quanto existentes entre membros de diferentes grupos culturais".

Neste contexto emergem crenças, mitos que se incorporam aos conceitos de saúde e doença. Pois o mito é uma linguagem utilizada para traduzir fenômenos profundos, nem sempre descritíveis pela razão. Para Campbell<sup>6</sup>, o mito é o relato da experiência de vida, aquilo que os seres humanos tem em comum. A crença é uma convicção, é acreditar no dito e ouvido nas diversas situações do cotidiano, é a fé consciente, a incorporação do que se houve sem comprovação deste conhecimento<sup>7</sup>. Na saúde da mulher esses conceitos são mais vivenciados por se trabalhar as questões da intimidade feminina.

Embora o exame citopatológico seja altamente efetivo e gratuito, muitas mulheres não procuram o serviço de saúde para realizá-lo, o que faz com que a taxa de mortalidade e incidência de câncer de colo uterino mantenha-se entre as mais elevadas.

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer-INCA<sup>1</sup>, em 1979 a taxa de mortalidade era de 3,44/100.000, enquanto em 1999 era de 4,67/100.000 correspondendo a uma variação percentual relativa de 36%. Os números de óbitos e casos novos esperados para o ano 2002 em todo o país são, respectivamente, 4.005 e 17.600.

Conforme dados da coordenação da Saúde da Mulher (SIM - RS 2000)<sup>8</sup> ocorreram 315 óbitos por câncer de colo uterino no estado do Rio Grande do Sul no ano de 2000 na faixa etária dos 30 a 80 anos. E dados da mesma fonte, registraram na 6ª Coordenadoria Regional da Saúde, local de inserção Passo Fundo, 16 óbitos na faixa etária dos 40 a

80 anos<sup>9</sup>.

O enfermeiro que trabalha com a Saúde da Mulher é desafiado a respeitar a individualidade da paciente e procurar compreendê-la a partir do contexto sócio-cultural de inserção dessa mulher. Diante do exposto, questionamos: Quais os mitos e crenças que algumas mulheres cultivam em relação à coleta de citopatológico?

Através deste estudo buscamos conhecer mitos e crenças das mulheres na coleta de citopatológico na rede básica de saúde do município de Passo Fundo, para melhorar a assistência da enfermagem na realização da coleta de citopatológico levando em conta as crenças e mitos de cada mulher individualmente, respeitando sua cultura e a partir desta, adequar a metodologia da realização do exame. Com isso obteremos não somente melhor qualidade de vida para essas mulheres, mas também contribuiremos para melhorar os níveis da Enfermagem enquanto ciência.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2002 em um dos ambulatórios da rede básica de saúde do município de Passo Fundo. Foram sujeitos desse estudo onze mulheres com faixa etária compreendida entre 40 e 60 anos aproximadamente, que aceitaram fazer parte do estudo a partir de um convite realizado às pacientes que aguardavam consulta médica. Após aceitarem, livre e espontaneamente, participar do estudo as mulheres eram entrevistadas no local, após a consulta. Para a entrevista, utilizou-se roteiro com questões norteadoras ao objeto do estudo.

A análise dos dados foi realizada através de leitura e releitura das falas para ordenação dos dados, que posteriormente foram classificados em temas e estabelecidas categorias com base em Minayo<sup>10</sup>.

Este estudo, em observância as diretrizes de resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e do código de ética dos profissionais de Enfermagem, atendeu os seguintes aspectos éticos: consentimento da instituição, encaminhado ao secretário municipal de saúde e dos sujeitos, através de um termo de consentimento livre e esclarecido e a garantia de sigilo e anonimato e da propriedade intelectual dos dados.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS:

Ao utilizarmos o método de análise temática de Minayo<sup>10</sup> agrupamos os dados coletados em seis categorias, assim denominados:

1. Mito da vergonha
2. Crença do medo do resultado
3. Mito pela preferência por profissional quanto ao sexo no atendimento
4. Mito do câncer
5. Crença da desinformação
6. Mito do desinteresse

### Categoria 1: Mito da vergonha

Apesar do exame ginecológico ser um procedimento preventivo, algumas mulheres não o realizam com tranquilidade devido ao pudor em expor o seu corpo, em específico, sua genitália. As mulheres, em seus diferentes contextos culturais, valorizam a privacidade a tal ponto que relutam em despir-se, diante do profissional, pois mais que despir uma vestimenta é expor aquilo que ela tem de mais íntimo, a vagina, o colo do útero, o que está dentro do corpo. Experiências desagradáveis tais como a exposição de partes do corpo que as mulheres foram condicionadas a esconder. Associam a exposição dos genitais com a da sexualidade e se referem a sentimento de vergonha em relação a ela. Apresentam sentimentos contraditórios sobre exames pélvicos, devido a bagagens sócio-culturais<sup>11</sup>.

“A gente fica com vergonha, né, fica tensa, fica... qualquer coisa” (Margarida)

“Ah, é constrangedor, com vergonha, a gente não se sente a vontade” (Orquídia)

“Morri de vergonha, sabe... Ah, fiquei morrendo de vergonha” (Rosa)

Como cada um tem a sua própria perspectiva cultural herdada, deve evitar sempre generalizações no que se refere a explicações sobre crenças ou comportamentos das pessoas. A cultura se inscreve no corpo, determinando o valor simbólico de suas diferentes partes. E continua discorrendo que o corpo, a maneira como é usado, a maneira como dele falamos, tudo é atravessado pela cultura da qual se participa, isto é, por valores culturais. Acreditamos que a Enfermagem, ao cuidar da mulher, deve entendê-la a partir do contexto cultural onde vive<sup>12</sup>.

### Categoria 2: Crença do medo do resultado

Por ser o câncer um problema social que mexe com o doente, com a família e com a comunidade, muitas mulheres apresentam sentimento de medo quanto ao resultado esperado.

“Medo do resultado que eu tenho, né? Da outra vez que eu fiz eu tava bem com medo, meu Deus o que será que vai dar, né?” (Hortência)

“...Tenho medo porque tanta gente tá falando” (Camélia)

Saber que o resultado de um exame Papanicolau é anormal, e que há a possibilidade de conexão com o câncer uterino pode resultar numa miríade de emoções e pensamentos: descrença, medo, sensação de vulnerabilidade, raiva e muitas emoções a mais. Toda mulher sente o impacto de uma maneira estressante<sup>3</sup>.

*“O próprio medo faz com que tu não venha, né?”  
(Bromélia)*

A efetividade do exame preventivo de Papanicolau e a longa fase detectável pré-clínica do câncer do colo uterino fazem com que o diagnóstico precoce, através deste exame seja a melhor estratégia para a sua prevenção. Existem três estágios de evolução do câncer de colo do útero, classificados em: NIC I displasia leve, NIC II displasia moderada, NIC III displasia acentuada, carcinoma invasivo. O câncer de colo de útero, apesar de ser passível de prevenção, continua a ser uma relevante causa de morte no Brasil e em outros países em desenvolvimento<sup>1</sup>. O desenvolvimento da doença é um continuum: se o menor incômodo não é tratado, ele pode progredir para um incômodo mais problemático e então, para um estado de vida mais crítico, o que pode requerer uma intervenção mais drástica<sup>3</sup>.

### **Categoria 3: Mito pela preferência por profissional quanto ao sexo no atendimento**

Os mitos e as crenças que as mulheres possuem, podem variar de uma mulher para outra, uma pode agir normalmente, enquanto outras são incapazes de relaxar enquanto o profissional de saúde as examina. Um sentimento bastante citado entre as mulheres entrevistadas foi a preferência pelo sexo do profissional.

*“Eu prefiro com mulher...risos” (Azaléia)*

A estrutura social é que prescreve uma série de funções para o homem e para a mulher, isso define os papéis de gênero, ou melhor, um conjunto de expectativas em relação ao comportamento social que se espera de cada sexo. Quer dizer que gênero não pretende significar o mesmo que sexo biológico está mais ligado a construção social como sujeito feminino e masculino. Esses comportamentos diferem de acordo com a cultura, e os períodos da história. A cultura concentra um sistema simbólico de valores, de critérios, de regras de conduta que regem e racionalizam a compreensão das pessoas, seus pensamentos, suas posições sociais e seus comportamentos<sup>13</sup>.

*“A gente se sente mais a vontade, né?...risos e tinha umas dizendo ali: Ah, é só uns piá. Aí eu peguei e saí...risos...Ah era uns piá” (Lírio)*

A constituição de uma mulher resulta de uma complexa combinação de influências - dos pais, dos colegas, da família e do panorama social - acrescidas aos valores da cultura em que ela é educada. À medida que vamos amadurecendo, também incorporamos, inevitavelmente os padrões emocionais e comportamentais que são considerados aceitavelmente “femininos” e “masculinos” no bojo de nossa cultura<sup>3</sup>.

O desequilíbrio de poder que existe na sociedade entre homens e mulheres é muitas vezes recriado no cenário clínico entre médicos homens e pacientes mulheres. Embora isso seja um sensível tabu, os abusos profissionais, no entanto, têm de ser confrontados para que sejam corrigidos. Em épocas passadas os corpos das mulheres eram vistos como maus e sujos, desse modo os médicos homens se recusavam a fazer partos; por isso, o partejamento ficou na mão das mulheres. O relacionamento entre a parteira e as mulheres prestes a dar à luz geram a primeira parceria curativa. Trata-se de confiança e igualdade; e ambas participavam juntas para trazer uma nova vida ao mundo<sup>3</sup>.

### **Categoria 4: Mito do câncer**

Percebe-se o mito que ainda está inserido na palavra câncer e o significado que essa palavra perpetua por décadas mesmo com o avanço de tratamento e cura da doença; a idéia do câncer como sinônimo de morte ainda continua evidente. Já no século 20, o câncer particularmente, passou a ser referido (nos meios de comunicação, no discurso literário e popular) como uma espécie de poder maligno caótico e irrestrito, exclusivo do mundo moderno, composto de células “primitivas”, “atávicas”, “caóticas” e “energéticas”, que se comportam de forma “descontrolada”, que sempre destroem a ordem do corpo (e da sociedade)<sup>5</sup>.

*“...eu tinha medo de a gente ter alguma coisa e todo mundo fala que o câncer em si é um bicho de sete cabeças, né?” (Begônia)*

Sabendo-se que o câncer de colo uterino pode ser prevenido com um simples exame indolor, disponível em unidades da rede básica de saúde, as mulheres se apegam ao medo do câncer e não realizam o exame. Descobrir uma doença envolve o pensamento ambicioso de que a maioria das enfermidades pode ser prevenida quando detectada precocemente. A doença é uma mensagem, uma parte da vida. A prevenção está relacionada tanto com a diminuição dos perigos que podem nos tornar vulneráveis à doença, quanto uma atitude, com um estado de espírito, que estimula a saúde<sup>3</sup>.

*“Eu quero morrer de outra coisa, mas de câncer não. Deus o livre!” (Camomila)*

*“...eu tenho medo; perigo de virar um câncer...eu tenho medo né? isso aí eu tenho medo de morrer, verdade...” (Amor perfeito)*

A cura é um processo em que a pessoa representa um papel significante. Pode requerer que ocorra mudança de hábitos emocionais e físicos, e que reconheça que as vezes, embora dolorosamente, uma doença pode dar oportunidade para o auto-exame, para o crescimento e para a transformação. A verdadeira cura efetiva encoraja a nos

tornarmos mais conscientes e capazes, apesar das frustrações da vida, de viver facilmente com nós mesmos.

### **Categoria 5: Crença da desinformação**

O conhecimento, apenas, não é suficiente para proporcionar comportamentos saudáveis; a mulher precisa ser convencida de que possui algum controle sobre a sua vida. Ela deve acreditar na eficácia da prevenção. A maioria das mulheres entrevistada demonstrou um déficit de conhecimento com relação ao exame ginecológico:

*“Eu fui no médico, né, e aí ele disse que eu tinha que fazer esse exame. E aí não sabia o que era...eu disse: Como que se faz doutor?” (Sálvia)*

*“...mas agora relacionado como que faz eu não sei se tem que tirar a roupa, não sei...eu sou muito leiga” (Zínia)*

As crenças fazem parte da cultura de um povo onde estão inseridas no conhecimento de saúde e são pontes que podem facilitar a aproximação do cuidador com o ser que é cuidado. O cuidado cultural significa avaliação consciente e um esforço deliberado para usar valores culturais, crenças, modo de vida de um indivíduo, família ou grupo comunitário, para fornecer auxílio significativo para estas necessidades de cuidado nos serviços de saúde<sup>14</sup>.

A maioria da população de baixo poder aquisitivo tem falta de assistência preventiva adequada, isso reflete um problema de Saúde Pública. Os profissionais da saúde devem dar todas as informações que sua paciente necessita, inclusive falar sobre suas crenças, mitos, enfim, seus valores culturais.

### **Categoria 6: Mito do desinteresse**

Nesta categoria percebeu-se que algumas mulheres ainda demonstram muito desinteresse com elas próprias, com o cuidado de si; ainda é visível o mito de procurar assistência à saúde somente na presença de sintomas ou sinais.

*“Ih, tem mulheres que não faz, né, o preventivo” (Violeta)*

As pessoas de diferentes formações culturais percebem os mesmos objetos e situações de modo diferenciado; a cultura determina os pontos de vista das pessoas. Para prestar atendimento culturalmente adequado o profissional da saúde deve ter conhecimento sobre as principais crenças e práticas culturais da mulher enquanto indivíduo bem como de sua família. A medida que as mulheres passaram a informar-se mais sobre elas próprias e sobre seu cuidado à saúde, dispõem-se mais a procurar aconselhamento<sup>2</sup>.

*“Um pouco a gente é desleixada, né, a gente, como posso dizer, é criada num tempo mais antigo, né, assim...(silêncio)” (Amarílis)*

A cultura é conceituada como valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico que orientam o pensamento, as decisões e ações pertencentes ao grupo<sup>15</sup>. O modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são assim produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura<sup>16</sup>. Nesta perspectiva observa-se que culturas diferentes praticam e conhecem o cuidado de forma diferente.

O que aparece com clareza neste estudo é o hábito dessas mulheres não procurarem assistência na área de prevenção.

*“... mas por relaxamento, vamo deixa bem claro, que a gente acha tempo pra ir em baile, pra se divertir e deixa de se cuidar” (Copo-de-leite)*

O corpo, não como forma estética mas como parte de uma sociedade está preso a costumes e características próprios de cada cultura. O homem não nasce dotado de saberes, ele adquire a medida em que lhe é ensinado, pois não são seus instintos que lhe determinam suas ações como fazem os irracionais<sup>4</sup>.

Percebemos que a Enfermagem, ao cuidar da saúde da mulher, precisa envolver-se não somente com a questão biológica do cuidado, mas também valorizar as questões culturais no contexto de suas atividades<sup>17</sup>. Ao descrever a concretização do cuidado, refere que cuidar da vida implica em cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, relações que passam pela higiene, alimentação, pela forma como nos vestimos e nos situamos dentro de um espaço ecológico. Cuidar do corpo significa busca de assimilação criativa de tudo que possa ocorrer na vida.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho foi realizado visando conhecer os mitos e crenças das mulheres na coleta de exame citopatológico na rede básica de saúde. Percebe-se que, mesmo com todas as campanhas na mídia e o uso da tecnologia de ponta, as mulheres não estão tendo informações suficientes e não estão procurando os serviços de saúde para a prevenção. Diante disso, evidencia-se que os profissionais de Enfermagem devem trabalhar a partir do contexto cultural e desmistificar o mito do câncer, sabendo que se for diagnosticado no início tem maiores chances de cura. A enfermagem enquanto disciplina que busca seu espaço na acadêmica como ciência, procura compreender este ser humano receptor de suas ações, por isso vem procurando percebê-lo quando sob seus cuidados, numa perspectiva mais abrangente, oportunizando a este a possibilidade de ser cuidado em seu ambiente cultural<sup>4</sup>. A Enfermagem deve ser entendida como a arte e a ciência de cuidar do outro no processo saúde-doença, direcionada no contexto cultural.

Ao longo da história, a mulher tem percebido seu corpo encoberto, velado no que se refere às partes genitais manifestando-se nesta categoria através do sentimento de

vergonha.

Identifica-se que mesmo com a liberação sexual da mulher e o alcance de seu status social e político essas questões do corpo ainda permanecem as mesmas. Trabalhos no sentido de desvelar os significados dos corpos para as mulheres e suas representações se fazem necessário.

Acredita-se que para alcançar um cuidado satisfatório no que se refere à prevenção do câncer de colo de útero das mulheres, a enfermagem necessita buscar trabalhos científicos a fim de subsidiar novas propostas de cuidado

que valorizem a co-participação da paciente na ação deste cuidado. Ouvir mais as mulheres no sentido de compreendê-las, respeitando suas crenças, mitos, enfim, sua bagagem cultural e com isso reorientar os protocolos de assistência na consulta ginecológica de forma individual atendendo a necessidade específica de cada mulher.

Entende-se que estudos na área da enfermagem com enfoque cultural poderão auxiliar enfermeiros a implementar programas na assistência à mulher tornando-as co-participativas na promoção de sua saúde.

## Summary

### MYTHS AND CONVICTIONS ABOUT THE CYTOPATHOLOGIC ANALYSIS

**This is a descriptive study of qualitative approach aiming to understand women's myths and convictions about cytopathologic analysis, among the Patients of the Health Center of Passo Fundo, RS, Brazil. The data collection took place from July to August 2002 with the participation of 11 women, through a semi-structured interview. The compilation of the data was accomplished by a thematic analysis according to Minayo (1994). Six categories of myths and convictions were observed, being the most frequent the myths of shame and cancer and the lack of information**

**Keywords: Uterine Cancer, Myths, Convictions.**

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA: Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
2. Sinclair B P. Promoção e Prevenção de Saúde. In: Lowdermilk D L et al. O cuidado em Enfermagem Materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
3. Valins, L. Matéria Íntima; Dicas para a saúde da Mulher. São Paulo: Madras, 1999.
4. Silva Y F, Franco M C. Saúde e Doença: Uma abordagem cultural da Enfermagem. Florianópolis: Papa Livro, 1996.
5. Helman GC. Cultura, Saúde e Doença. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
6. Campbell J.O poder do mito. Disponível em: <http://www.geocities.com/Vienna/2809.html>.
7. Santana M G, Erdmam A L. Crenças em saúde: uma abordagem cultural. Cogitare Enfermagem. 2000; 5 (2):7-14.
8. SIM/RS-2000, CID 10 BR- Feminino ( No Prelo).
9. SIM/RS - 2000, CID 10 - BR, Faixa Etária, Feminino, Residência - 6ª Coordenadoria Regional da Saúde ( No Prelo).
10. Minayo C S. Pesquisa Social - teoria, método e criatividade. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
11. Rodrigues D P, Fernandes A F C, Silva R M. Percepção de algumas mulheres sobre o exame Papanicolau. Rev. Enf. Escola Anna Nery. 2000; 5(1):113-118.
12. Russo J. A construção social do corpo: desnaturalização de um pressuposto médico. In: Nunes E P et al. Saber Médico, Corpo e Sociedade. Rio de Janeiro: Mergraph, 1998.
13. Lima MJ. Desafio de Hoje: O desenvolvimento de profissionais de enfermagem-uma década de trabalho com criatividade, sensibilidade e expressividade. In: Meyer, D E, Waldow V R, Lopes MJM. Marcas da diversidade: Saberes e fazeres da Enfermagem Contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998.
14. Braga CG. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. Rev Esc Enf USP 1997;31:(3): 498-516.
15. George JB. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
16. Laraia R B. Cultura: um conceito antropológico. 11ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.
17. Boff L. Saber Cuidar - Ética do humano - compaixão pela terra. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

# Perfil Nutricional dos Funcionários do Hospital São Vicente de Paulo

Ana Cristina Soares Azevedo, Marília Gehlen França, Ana Maria Heck, Marta Camargo Rosa Mozzatto, Ruth de Oliveira Polita, Regiana Cantarelli Silva  
Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo (RS).

## Resumo

**Com a preocupação do elevado ganho de peso dos indivíduos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e, alertando para um problema nutricional, foi realizado o presente estudo de caráter epidemiológico do tipo transversal. O objetivo foi verificar o estado nutricional dos funcionários do Hospital São Vicente de Paulo através do Índice de Massa Corporal (IMC), classificando-os segundo a tabela da Organização Mundial da Saúde (1995) em desnutridos, eutróficos e obesos. A metodologia utilizada foi baseada em Minayo (2001) e a amostra composta de 924 funcionários voluntários da instituição. A coleta de dados deu-se por meio de medidas antropométricas (peso e altura). Os resultados obtidos com a amostra, possibilitaram detectar que a maioria dos sujeitos classificados foram tidos como eutróficos (59, 85%) e dentro dos parâmetros de IMC. Também houve um número considerável de obesos (40,04%) gerando preocupação em relação à obesidade hoje considerada uma doença crônica, problema de saúde pública e uma epidemia. Esse número considerável de funcionários com sobrepeso pode vir acarretar em afastamentos dos mesmos do trabalho; portanto, o aconselhamento e educação alimentar sem grandes restrições e a adoção de uma performance física e mental parecem ser o necessário para manter e alcançar uma qualidade de vida ideal.**

**Unitermos: Estado Nutricional, Obesidade, Atividade Física, Qualidade de Vida.**

O Serviço Especializado de Engenharia e Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT) do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP, através de controle periódico do estado de saúde dos funcionários, constatou no ano de 2002 elevado aumento de peso no decorrer dos anos de trabalho. Com esta preocupação as nutricionistas da Unidade de Alimentação e Nutrição – UAN, sentiram a necessidade de avaliar o estado nutricional destes funcionários, para mensurar o estado nutricional, suas condições e tendências.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em recente relatório, há no mundo 250 milhões de obesos e 500 milhões de pessoas com sobrepeso, justificando tal preocupação da pesquisa. As oportunidades para uma sociedade afluenta escolher entre uma grande variedade de alimentos, podem levar facilmente ao excesso de ingestão calórica e esforços para reduzir o peso corpóreo largamente perseguidos com vários graus de entusiasmo e atenção raramente têm sucesso. *“A prevenção, ou pelo menos o adiamento, de várias doenças degenerativas está intimamente associada com a boa forma física e é conseguida, em parte, pelo exercício e controle do peso corpóreo”*.

## OBJETIVOS

Verificar o estado nutricional dos funcionários do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), através do Índice de Massa Corporal (IMC).

- Classificar os funcionários quanto ao estado nutricional através do Índice de Massa Corporal – IMC, segundo a classificação da OMS;
- Analisar o percentual de funcionários eutróficos, desnutridos e obesos;
- Incentivar hábitos saudáveis de alimentação e atividade física através da distribuição de folder informativo.

## Avaliação e Estado Nutricional

A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção do estado de saúde do indivíduo<sup>2</sup>.

O índice de massa corporal é o indicador simples do estado nutricional calculado a partir da fórmula: peso atual (Kg)/ estatura (m<sup>2</sup>). Os critérios de diagnóstico nutricional

são recomendados para população adulta.

Considerando-se que o IMC não distingue o peso associado ao músculo ou à gordura corporal, tornando importante investigar a composição corporal, sobretudo quando os valores do IMC estiverem nos limites ou fora da normalidade ( $\leq 18,5$  ou  $\geq 24,9$  Kg/m<sup>2</sup>). Além disso é recomendável a interpretação dos pontos de corte de IMC em associação com outros fatores de risco<sup>2</sup>.

O estado nutricional de um indivíduo reflete o grau pelo qual as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo atingidas. Quando o consumo de alimentos é suficiente para atender as necessidades diárias do organismo com qualquer acréscimo de demanda metabólica, é alcançado um estado nutricional ótimo. Esta condição promove o crescimento e desenvolvimento, mantém a saúde geral, sustenta as atividades vitais diárias e auxilia na proteção contra doenças<sup>1</sup>.

### **Obesidade e Co-Morbidades**

Define-se obesidade como uma enfermidade crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura a um nível tal que a saúde esteja comprometida<sup>2</sup>. A provável fisiopatologia da obesidade envolve: comer mais (particularmente gorduras); queimar menos calorias; fazer gorduras mais facilmente e oxidar menos gorduras.

De acordo com um recente relatório da OMS, a obesidade atingiu proporções epidêmicas em todo o mundo. Hoje há, aproximadamente, 250 milhões de obesos e 500 milhões de pessoas com sobrepeso no mundo. No Brasil, em 1996 a percentagem de população adulta com diagnóstico de sobrepeso e obesidade era de 41,5%<sup>3</sup>.

Os adultos obesos são considerados de risco para o desenvolvimento de co-morbidades, isto é, para o desenvolvimento de outras doenças crônicas. Um aumento de 20% no peso corpóreo, aumenta substancialmente o risco de hipertensão arterial, doença arterial coronariana, dislipidemias e Diabetes Mellitus tipo II. A obesidade é também considerada um fator de risco para doenças articulares, cálculos biliares, apnéia do sono e outros problemas respiratórios<sup>1</sup>.

Fatores genéticos, endócrinos, neurológicos, psicológicos e ambientais pode desempenhar, em diferentes indivíduos, papéis importantes na patogênese da obesidade. É difícil definir os fatores em determinado indivíduo, mas está claro que a obesidade não é uma doença única mas um grupo heterogêneo de desordens, cada qual manifesta pelo excesso de gordura corporal<sup>2</sup>.

Algumas doenças crônicas foram relacionadas à Síndrome X. Estas incluem intolerância à glicose, resistência à insulina, hiperlipidemia e hipertensão<sup>1</sup>.

### **Hábitos alimentares**

A transição nutricional representada pela mudança de padrão alimentar da população, com a adoção da chamada dieta ocidental – rica em gorduras, açúcar e reduzida em carboidratos e fibras, tem sido relatada em diversos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil<sup>3</sup>.

A intervenção nutricional tem como objetivo a prevenção de doenças, a proteção e a promoção de uma vida mais saudável, conduzindo ao bem estar geral de um indivíduo.

A educação ou aconselhamento nutricional é o processo pelo qual os clientes são efetivamente auxiliados a selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida. Então, o resultado desse processo é a mudança de comportamento e não somente a melhora do conhecimento sobre nutrição<sup>1</sup>.

A educação alimentar se apresenta, atualmente, como mais apropriada quando o objetivo preconiza o controle da obesidade ou a melhora do estado geral e da saúde e, na prática, significa: aprender a encarar a alimentação por um novo ponto de vista, sem medos ou ansiedade, escolhendo os alimentos adequados em quantidade e qualidade. O objetivo não é impor diretamente uma nova forma de se alimentar, mas investigar os hábitos alimentares e propor mudanças tentando adaptar hábitos de vida, condições sócio-econômicas e padrões alimentares<sup>3</sup>.

### **METODOLOGIA**

Realizou-se uma pesquisa de cunho social e caráter epidemiológico do tipo transversal. A quantificação faz-se necessária para posteriormente analisar-se qualitativamente os resultados obtidos através da coleta de dados.

A população-alvo deste estudo foi 1914 funcionários que prestam serviços diversos no Hospital São Vicente de Paulo, na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

A amostra constitui-se de novecentos e vinte e quatro (924) funcionários voluntários, perfazendo um total de 48,27% sujeitos envolvidos na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada durante dois dias do mês de agosto de 2003, nos turnos manhã, tarde e noite. Esta amostragem não levou em consideração o sexo e a faixa etária dos participantes. Funcionárias gestantes também não fizeram parte da amostra.

Inicialmente, os indivíduos foram informados a respeito dos objetivos e metodologia do estudo e, logo após, foram pesados e medidos para ser feita a avaliação nutricional através do IMC (Índice de Massa Corporal). Ao término, os participantes receberam o resultado da sua avaliação e foram orientados sobre uma alimentação saudável. O recurso utilizado como apoio foi um informativo elaborado pela equipe de nutricionistas do hospital e distribuído aos sujeitos participantes. O informativo continha dicas para uma alimentação saudável e a pirâmide dos alimentos. A análise dos dados baseou-se em Minayo<sup>7</sup> e

Lakatos e Marconi<sup>8</sup>; a avaliação nutricional foi calculada através do Índice de Massa Corporal, um indicador simples e obtido através das variáveis peso e altura; foi calculado pela fórmula que encontra-se abaixo, através da classificação proposta pela OMS de 1995 e 1997.

Fórmula para o cálculo do Índice de Massa Corporal:

$$\text{IMC} = \text{PESO (Kg)} / \text{ALTURA (m}^2\text{)}$$

Os profissionais responsáveis pela realização deste trabalho integram à equipe de nutricionistas do hospital (seis profissionais), uma técnica em alimentos, duas estagiárias de nutrição e três estagiários do curso técnico em alimentos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi detectado que 59,84% (553) funcionários do HSVP do total de avaliados, foram classificados como normais, constituindo a maioria da amostra.

Pode-se observar também que 40,04% (370) dos participantes encontraram-se em grau de obesidade; 29,43% (272) foram classificados como obesidade leve; 10,40% (96) obesidade moderada e 0,21% (02) tiveram seu IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>, o que indica grau de obesidade grave.

Na classificação de baixo peso, apenas um indivíduo obteve esta classificação.

Classificação	Nº Funcionários	Porcentagem (%)
Baixo peso	01	0,11
Normal	553	59,85
Obesidade leve	272	29,43
Obesidade moderada	96	10,39
Obesidade grave	02	0,22
Total	924	100

Tabela 1. Classificação pelo índice de massa corporal dos funcionários do Hospital São Vicente de Paulo - 2003.

Sabe-se que o método de avaliação utilizado nesta pesquisa não é muito preciso. É preocupante que apesar da maioria da amostra encontrar-se dentro da normalidade, existe um número bastante considerável foi classificado como obeso para as medidas antropométricas (relação peso e altura).

A preocupação se deve ao fato de que atualmente a obesidade é considerada um problema de saúde pública, e já é uma epidemia. No Brasil, três em cada dez adultos e uma em cada seis crianças possuem peso acima do

desejável.

A obesidade é tida como uma doença crônica, provocando ou acelerando o desenvolvimento de muitas doenças e que causa morte precoce. Dentre as complicações ligadas à obesidade podemos citar: cansaço, sudorese, dores nas pernas e coluna, predisposição à hipertensão arterial, hiperlipidemia, hipercolesterolemia e diminuição do HDL colesterol, alteração do padrão respiratório, má oxigenação dos tecidos, desenvolvimento de diabetes não insulino dependente, diminuição dos níveis de antitrombina III, maior incidência de osteoporose, aumento da incidência de câncer de cólon, próstata, endométrio, colo de útero e mama, ovário policístico, irregularidade menstrual e infertilidade<sup>5</sup>. Ainda, favorece o aparecimento de gota, litíase biliar, apnéia do sono e quadros depressivos, podendo levar à diminuição da auto-estima, reduzindo as perspectivas de relacionamento social<sup>6</sup>.

Com todas as possíveis complicações de saúde decorrentes da obesidade e o número considerável de funcionários com sobrepeso encontrados nesta pesquisa, é preocupante que possa ocorrer um aumento da população doente neste meio, ocasionando o afastamento de trabalhadores da instituição.

## CONCLUSÃO

Os achados desse estudo demonstraram que o IMC não é um método preciso para diagnóstico de estado nutricional, ou seja, não caracteriza a condição nutricional geral do indivíduo. É necessário utilizar outros indicadores para precisão e resultados reais do diagnóstico nutricional.

Apesar dos resultados observados mostrarem que a maioria dos indivíduos pesquisados apresentaram-se eutróficos, também obtivemos um grande número de funcionários com obesidade leve à moderada, demonstrando que há funcionários preocupados e disciplinados com a sua saúde. Logo, há uma necessidade clara e permanente, para os sujeitos participantes da pesquisa do HSVP classificados como obesos, abordagens mais abrangentes para o tratamento correto desta patologia através de um atendimento individualizado: educação alimentar, incentivo a prática de atividade física e apoio da equipe multidisciplinar.

É importante lembrar que comer é um dos grandes prazeres da vida. O que não devemos esquecer, é que podemos comer muito bem, apreciar bons pratos e, ao mesmo tempo, manter o peso adequado para uma vida saudável, com qualidade e feliz.

### Summary

#### **NUTRITIONAL PROFILE OF THE EMPLOYEES OF HOSPITAL SÃO VICENTE PAULO, PASSO FUNDO, RS, BRAZIL.**

**The present study of epidemic character of the traverse type was accomplished concerning to the worries about the high weight gain of individuals in developed and developing countries, also alerting to a nutritional problem. The purpose of this study was to verify the nutritional state of the employees of the Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brazil, through their Body Mass Index (BMI), classifying them according to the table of the World Health Organization (1995), in undernourished, eutrophic and obese. The methodology used was based on Minayo (2001) and the sample composed of 924 voluntary employees of the above mentioned Hospitalar institution. The data were obtained from anthropometric measures (weight and height). The results of the analysis of the data obtained from the individuals included in this study made possible to detect that most of these individuals were as eutrophic (59, 85%) and inside the parameters of BMI. There was also a considerable number of obese (40,04%) generating worries about their obesity, which is considered a chronic disease, a problem of public health and an epidemic. Counseling and alimentary education and the adoption of a physical and mental performance seem to be necessary to maintain and to reach an ideal quality of life.**

**Keywords: Nutricional State, Obesity, Physical Activity, Quality of Life.**

#### **REFERÊNCIAS**

1. Mahan K S & Krause E. S. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002.
2. Cuppari L. *Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto*. São Paulo: Manole, 2002.
3. Busch Flávia & Von der Heyde R. Proposta de Redução Alimentar para pacientes com sobrepeso e obesidade com base na dieta do Mediterrâneo. *Nutrição em Pauta*, São Paulo 2003; 60:57-61.
4. Zanczarelli EM, Marchiori D M L, Silva RM. Perfil nutricional de adultos participantes de um projeto de educação alimentar em empresas paulistas. *Nutrição em Pauta*, São Paulo 2001; 51:42-44.
5. Coca F C. *Obesidade: qualidade em alimentação nutrição*. São Paulo 2002;12:18-19.
6. Mancini M. *Excesso de peso: qualidade em alimentação nutrição*. 2002;12:20-25.
7. Minayo M C. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
8. Lakatos E M & Marconi M A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1988.

# Como o Estresse Afeta o Corpo e a Vida

Erika Boller.

Gerência de Enfermagem, Hospital da Cidade de Passo Fundo (RS).

## Resumo

**Para que se compreenda os mecanismos sobre a deterioração física que afeta o corpo quando está sob estresse prolongado, fez-se uma breve descrição de algumas descobertas principais das experiências de Hans Selye (1936), em animais de laboratório. A partir destas experiências, Selye chegou a uma conclusão histórica: postulou a reação de estresse como a reação não-específica do corpo às exigências feitas a seu equilíbrio interno.**

**Unitermos: Estresse, Acontecimentos que Mudam a Vida, Estresse Psicológico.**

**Objetivou-se** - Identificar as diversas fases de estresse que afetam o organismo, sinais e sintomas. Despertar a conscientização da fase de estresse em que o indivíduo se encontra, proporcionando a reflexão acerca da condição vivida no seu cotidiano.

**Discussão** - Em experiências com a química hormonal, Selye (1936) estava tentando isolar os efeitos dos hormônios individuais em sua forma mais pura em ratos de laboratório. Injetou diversos preparados de extratos das glândulas endócrinas em ratos a serem testados. Descobriu uma forma idêntica de dano interno nos corpos dos ratos, constatando um enorme aumento do tamanho das glândulas supra-renais; estavam muitíssimo aumentadas por causa do excesso de atividade e o córtex exibiu-se consideravelmente mais espesso do que o de um rato normal. Em segundo lugar, verificou involução substancial do timo dos ratos e atrofia dos nódulos linfáticos associados. Em terceiro lugar, constatou que os ratos estavam com úlcera no estômago e no intestino. Esta síndrome de dano estereotipada ocorria com tanta certeza nos ratos testados que Selye começou a ponderar sobre toda a base de sua abordagem da química hormonal<sup>1</sup>.

Selye estava observando que como efeito de qualquer estressante, presumivelmente, qualquer coisa que pusesse em perigo o equilíbrio químico dos ratos, poderia provocar síndrome de dano estereotipada.

Testou essa hipótese apresentando seus ratos com estressantes não químicos. Imobilizou um grupo de ratos, prendendo-os firmemente a uma superfície plana, de modo que eles não pudessem mover suas patas, cabeças ou mesmo seus rabos. Isso acabou sendo uma experiência de extremo estresse para os ratos. Após, sacrificou esse grupo de ratos, constatou exatamente os mesmos três mecanismos de dano.

Chamou os três efeitos de “tríade” de dano pelo estresse, resultante de uma exposição prolongada ao estressante. Postulou um processo demorado e de três estágios de dano causado pelo estresse, denominado de síndrome de adaptação geral. Os estágios são os seguintes:

1. A reação do alarme;
2. O estágio da resistência;
3. O estágio da exaustão.

A primeira fase, denominada *Reação de Alarme*, é desencadeada quando o cérebro interpreta alguma situação ameaçadora. Ocorre sempre que surge um fato inesperado, seja boa ou má notícia. O indivíduo entra em estado de alerta e se prepara para uma reação. São comuns reações físicas, tais como suor em excesso, pressão arterial elevada (temporária), cefaléia, palidez, taquicardia, insônia, fadiga, dificuldade respiratória, anorexia, pressão no peito, leve dor de estômago e outros.

A segunda fase, denominada *Fase de Resistência*, ocorre quando há acúmulo de tensão, caracterizada por flutuações no modo habitual de ser e maior facilidade para novas reações agudas. Se, nesta fase, os fatores causadores não forem interrompidos, o estresse deixa de ser uma reação normal do organismo e passa a ser considerado uma doença que precisa ser tratada. As reações do corpo ficam mais intensificadas e, por exemplo, a taquicardia e a hipertensão não diminuem. Os sintomas mais evidenciados são irritabilidade, isolamento social, incapacidade de relaxar e desligar-se, impotência, perda de apetite sexual, gripes constantes, alergias, falta de prazer na vida, envelhecimento precoce, cabelos brancos, queda de cabelo, predisposição a doenças cardíacas, cefaléia e outros.

Na terceira fase, denominada *Fase de Exaustão*, há queda acentuada dos mecanismos de defesa. Quando o corpo perde energia, entra em exaustão. Corre-se o risco de

aparecimento de doenças graves, ou até mesmo de morte repentina. O indivíduo fica deprimido e perde a razão. Dentre as doenças mais comuns desta fase, destacam-se o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica, gastrite, úlcera, câncer, diverticulite, asma, bronquite, edema pulmonar, reumatismo, acidentes fatais e fraturas devido à perda de reflexos<sup>2</sup>.

Selye afirmava que a reação de alarme era o estágio inicial de mobilização de todo o processo pelo qual o organismo faz frente ao desafio do estressante. Após o período inicial de doença causada por uma infecção, por exemplo, a reação de alarme cessa, seguindo-se o estágio da resistência, onde a capacidade de resistência do corpo realmente aumenta e a batalha pela sobrevivência tem início.

Se o organismo não vence esta batalha, por exemplo, se a pessoa não consegue escapar de uma situação aterrorizante ou derrotar o inimigo que esta ameaçando a sua vida, ou se os processos químicos do corpo não conseguem curar a lesão ou a infecção, o nível de resistência vai aos poucos enfraquecendo e o estágio de exaustão tem início. Nesse estágio, afirma Selye, o corpo simplesmente ficou sem energia de adaptação, e o organismo morre.

No caso de tensão de origem emocional intensa e prolongada, podemos dizer que a pessoa *morreu do próprio estresse*. Seu corpo ficou sem energia para se adaptar e morreu, porque não sabia que sua reação estava inadequada e muito forte.

Selye publicou suas descobertas na literatura de medicina (1936) e num livro que foi um marco, intitulado *The Stress of Life* (1956), desencadeando o interesse Mundial pelos fenômenos do estresse e possibilitando que muitas pesquisas isoladas encontrassem seu lugar. Muitos especialistas médicos consideram a idéia de reação de estresse um dos conceitos organizadores mais significativos da História científica.

Os pesquisadores médicos encontraram, em seres humanos, a mesma tríade de degeneração dos órgãos que Selye tinha descoberto em ratos testados. Glândulas supra-renais com tamanho acima do normal revelam o mesmo excesso de secreção de adrenalina. Úlceras estomacais e intestinais revelam os mesmos efeitos de estímulo exagerado e irritação química. Timo e nódulos linfáticos atrofizados são um sinal de degeneração, tanto nos homens, quanto nos ratos. Muitas das alterações químicas complexas e sutis que se dão num corpo com excesso de estresse tendem a diminuir a eficácia da digestão, da assimilação de nutrientes, a prejudicar o equilíbrio nas vitaminas, o ciclo do sono e até a função cerebral.

O processo de envelhecimento é uma das conseqüências mais simples e familiares do estresse; é o grau de desgaste do corpo causado pela vida. Cada corpo tem uma capacidade de adaptação total característica, a qual se esgota após muitos anos de demanda acumulada, quando o corpo está pronto para morrer. Selye afirma que ninguém morre de velho; todo mundo acaba morrendo de estresse<sup>1</sup>.

Embora a lista de doenças associadas ao estresse possa prosseguir indefinidamente, esta breve revisão mostra uma questão importante: que o corpo humano - seu corpo - é capaz de literalmente destruir-se, quando obrigado a

manter-se num estado de alto estresse e "alarme", durante muito tempo, sem alívio algum.

Selye denomina eustresse e aflição, a distinção entre as conseqüências positivas e negativas do estresse para a vida do indivíduo. O eustresse é o estresse da realização, do triunfo, do contentamento. Vemos com bons olhos certas experiências e situações de estresse, porque causam sentimentos positivos. O eustresse, portanto, é uma parte natural de superação eficaz de desafios como os de um cargo administrativo, ou de qualquer outro trabalho profissional. O eustresse é o estresse da vitória.

Inversamente, o estresse torna-se aflição, quando, por alguma razão, ocorre a perda de sentimentos de segurança e adequação. O desamparo, o desespero, e a decepção tornaram o estresse em aflição. A aflição é o estresse da perda.

Portanto, podemos questionar: "qual é o nível de estresse suficiente? Que espécie de vida quero levar? E, como poderei enfrentar desafios da minha vida de modo a minimizar o estresse e, ao mesmo tempo, realizar-me plenamente na vida?"

Por outro lado, contribuir para a sobrevivência das organizações implica em questionamentos sobre "que tipo de ambiente organizacional devemos criar para que as pessoas possam ganhar a vida, experimentando, ao mesmo tempo, níveis de estresse razoáveis para elas e conseguindo realização pessoal com isso?"

A pessoa com estresse crônico comportar-se-á de uma maneira mais ou menos prevista, calculada para escapar ou superar a sensação desconfortável para todo o seu processo de viver. Grande parte do comportamento de fuga ao estresse é inconsciente, mesmo tendo finalidade útil. Porém, muitos dos percursos que são para evitar o estresse têm efeitos colaterais indesejáveis. Segundo Albrecht<sup>1</sup>, as formas mais populares de fuga ao estresse são:

1. bebidas alcoólicas;
2. comer demais ou com freqüência, especialmente doces;
3. fumar;
4. beber café, bebidas à base de cola ou outras de alto teor de cafeína;
5. consumir maconha, drogas fortes ou tomar pílulas que alterem o estado da mente;
6. tomar remédios de receita como tranquilizantes e pílulas analgésicas;
7. tomar remédios cuja venda é restrita para suprimir sintomas específicos;
8. tomar pílulas para dormir;
9. fuga psicológica; robotização do comportamento; comportamento autodestrutivo;
10. gritar com os outros, descarregar a ansiedade e a raiva nos outros.

Em geral, o indivíduo, praticamente em todos os casos de comportamento de reação ao estresse, substitui inconscientemente a sensação desagradável de estresse por uma sensação agradável conhecida. A pessoa que bebe, anestesia seu sistema nervoso central com os efeitos químicos depressores do álcool. Uma dose exagerada de cafeína, por exemplo, estimula mais ainda a secreção de

adrenalina, provocando sentimentos subjetivos de um estado de alerta mais intenso ainda.

Para os indivíduos que têm baixa maturidade e ajustamento social, o estresse crônico pode levar a um comportamento anti-social ou até ao crime violento.

Os índices de criminalidade quase sempre sobem um pouco nas épocas de turbulência econômica. O número de pessoas que não conseguem fazer frente à luta social pela realização e pela segurança material, provavelmente aumenta na épocas de estresse social extremo. Um maior número delas se enquadra na categoria dos desesperados. A maioria dos criminosos irrecuperáveis revela os efeitos de um péssimo ajustamento social e experimenta o estresse enlouquecedor da alienação e da perda do valor pessoal<sup>1</sup>.

A insanidade mental é escolhida como meio de fuga para grupos de pessoas, cujo estresse ultrapassou muito os limites por elas suportáveis. Enlouquecem, a fim de livrar-se do mundo aterrorizante, não gratificante, odioso e cheio de estresse em que vivem.

Cada indivíduo experimenta, a qualquer hora, um certo conjunto de estressantes, tanto físicos, quanto psicológicos, e também tem um determinado nível de reação, o qual pode ter sido influenciado por experiências recentes de estresse, e determina como cada pessoa reagirá ao nível de desafio

do momento. Acompanhando as experiências da pessoa e suas reações ao estresse, durante um certo tempo, pode-se estimar, aproximadamente, o escore total de estresse acumulado.

### CONCLUSÕES

Conclui-se, portanto, que o estresse é um fenômeno normal do funcionamento do corpo, que é a consequência de viver. Embora o excesso de estresse possa ser perigoso para a saúde e o bem-estar, não significa que devamos ou possamos lutar para eliminar de todo o estresse. Até a felicidade e a alegria causam estresse, e muitos poucos de nós estaríamos dispostos a viver sem elas. É um tempero da vida. A completa ausência de estresse só ocorre com a morte.

Somente algumas formas selecionadas de evitar o estresse têm o potencial de reduzi-lo. Uma delas é aprender a relaxar o corpo, baixando a reação ao estresse a níveis suportáveis. Outra é reesquematizando a situação de pressão ou simplesmente se afastando dela o tempo suficiente para relaxar, soltar-se e conseguir um estado de espírito tranqüilo. Viver criativamente e com pouco estresse requer uma orientação consciente, no sentido de organizar as atividades e experiências de modo a atingir um equilíbrio aceitável entre o estresse e as recompensas da vida.

### Summary

#### HOW STRESS AFFECTS THE BODY AND THE LIFE

**For understanding physical deterioration that affects the body when it is under prolonged stress, the Authors present a short description of the Hans Selye's experiences (1936), performed in laboratory animal models. Starting from these experiences, Selye reached an historical conclusion: he postulated stress reaction as "the non-specific reaction of the body to the demands done to its internal balance".**

**Keywords: Stresses, Events that Change Life, Psychological Stress.**

### REFERÊNCIAS

1. Albrecht K. O Gerente e o estresse - faça o estresse trabalhar para você. (Prefácio de Hans Selye). Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
2. Vasconcellos E G. Extra- Stress. São Paulo: Boletim da Central Business, 1996.
3. Gonçalves E.L. A empresa e a saúde do trabalhador. São Paulo: Pioneira Editora da Universidade de São Paulo, 1988.
4. Mendes A M F N. As psicossomatizações do envolvimento emocional no trabalho de um grupo de enfermeiras resultantes da má-adaptação às reações de estresse. Florianópolis: UFSC, 1999. Dissertação de mestrado. UFSC, 1999.
5. Mendes R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995.
6. Jornada Catarinense de Enfermagem. XXIV, 1997, Tubarão. Qualidade de vida dos profissionais de saúde. UFSC: Beatriz Beduschi Capella, Maria Tereza Leopardi, 1997.
7. Vieira S.I. Medicina básica do trabalho. Curitiba: Ed. Gênese, 1995.

# Sintomas e Sinais Patológicos do Estresse

Erika Boller.

Gerência de Enfermagem, Hospital da Cidade de Passo Fundo (RS).

## Resumo

**A presente revisão tem por finalidade descrever sintomas e sinais patológicos de estresse, como fator de aparecimento de doenças. Já existem vários estudos relacionando estresse à agravos da saúde, como patologias psicóticas, complicações graves e outras manifestação patológicas. Objetivamos analisar o entendimento de estresse para lidar com situações de risco iminente de vida. O estresse leva à ineficiência, redução de criatividade e da produtividade como empobrecimento do relacionamento interpessoal. Os resultados mostram que devemos ter uma visão simplificada de estresse e os meios de enfrentamento utilizados são tentativas de esquecer os estressores, considerando-se os riscos de trazer prejuízos biopsicossociais.**

**Unitermos: Ansiedade, Distúrbios Psicofisiológicos, Estresse, Acontecimentos que Mudam a Vida.**

Segundo Mendes<sup>1</sup>, há vários sinais e sintomas do estresse, que serão apresentados, com a finalidade de elucidar suas características.

**Ansiedade:** além de ser um dos sintomas de manifestação pode ser a causa do estresse. O processo da ansiedade inicia com a percepção de um estímulo (pessoa, acontecimento, lugar ou objeto), tanto desafiador quanto ameaçador, levando a um sentimento de medo. Os processos mentais (pensamento) podem, facilmente, estimular as funções do corpo. As pessoas ansiosas são propensas a altos níveis de estresse.

As pessoas hipersensíveis a reações do estresse, devido à ansiedade, tendem a:

- preocupação desnecessária;
- tornar tudo catastrófico;
- remoer eventos desagradáveis do passado;
- ter uma visão pessimista da vida.

**Doença cardiovascular:** estudos realizados demonstram forte ligação entre doenças cardíacas e fatores estressantes. Muitos profissionais acreditam que o estresse, especialmente ocupacional, é o fator de maior importância relacionada à doença coronariana e infartos cardíacos. Há ligações entre a doença cardíaca e o tipo de pessoa agressiva, muitas vezes pressionada pelo tempo, orientada para a realização do objetivo e pela alta competitividade. Quando ligado a outros fatores de risco, como ao fumo, por exemplo, o risco poderia aumentar em sete vezes a incidência de doenças coronarianas.

O estresse tem sido evidenciado como agente causador de doenças cardiovasculares como hipertensão arterial sistêmica, arritmias cardíacas, doenças coronarianas,

infarto do miocárdio e até a morte súbita. O estresse, além da obesidade, ingestão elevada de sal e alcoolismo, atua como um fator de risco em relação à hipertensão arterial sistêmica. A contribuição da ocupação profissional, como um fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial, se encaixaria em “fatores psicológicos”, como estresse<sup>(2)</sup>.

**Obesidade:** a obesidade não é apenas um sinal de estresse, mas também uma fonte de estresse. É fato bem conhecido que a obesidade constitui fator de risco para o aparecimento de doenças. Pode levar à doença cardíaca e a distúrbios arteriais, inclusive hipertensão. Está ligada a taxas bem acima da média em doenças torácicas, disfunção hepática, cálculos biliares, diabetes, varizes e determinadas formas de neoplasias. Pessoas obesas geralmente perdem a auto-estima, apresentando baixo nível de autopercepção que, por si só aumenta a vulnerabilidade ao estresse.

**Diabetes:** a ligação entre o estresse e a diabetes é notória. A reação de estresse libera glicose, que é normalmente armazenado no fígado em forma de glicogênio. Simultaneamente, a adrenalina liberada inibe a função da insulina, o principal hormônio regulador da glicemia. Esta resposta é apresentada, quando o fator de estresse requer uma resposta física, como correr e lutar, exigindo liberação extra de energia. Assim, o estresse agudo pode exacerbar uma condição diabética preexistente. Os pacientes diabéticos são incapazes de suprir, por rápidas alterações, as exigências de insulina resultantes do estresse continuado. O diabetes é uma doença que, por si só, pode levar a outras complicações graves.

**Afecções cutâneas:** pesquisas e estatísticas apontam que 40% de todas as afecções cutâneas estão vinculadas ao estresse, embora muitos clínicos acreditem que este percentual seja bem mais elevado. Em alguns casos, como nas escoriações neuróticas e dermatite artefacta, o estresse pode ser a única causa. Os aspectos emocionais vinculados ao estresse podem se tornar precipitantes ou permanentes em várias doenças, como urticária, acne, herpes simplex e eczema. O estresse também pode influenciar as doenças cutâneas, como a psoríase, de forma indireta, diminuindo a resistência corpórea e o estado geral de saúde.

**Úlceras gastroduodenais:** a manutenção de altos níveis de acidez, vinculado ao estresse continuado, desenvolve úlcera na maioria dos pacientes. A ligação entre o estresse e a úlcera é complexa. Além disso, muitos pacientes ulcerosos são altamente sensíveis ao estresse, o que pode limitar os benefícios da terapia, na medida em que promove a ansiedade, que causa secreção ácida excessiva. Pesquisas recentes vincularam os níveis de zinco à incidência de úlceras e ao seu tratamento. O zinco parece acelerar a divisão celular no intestino, reforçando a membrana da mucosa intestinal. Isto é importante, porque os níveis de zinco são reduzidos naturalmente como resultado do estresse.

**Sistema Imunológico:** o estresse pode prejudicar o sistema Imunológico. Quando o estresse ocorre pela primeira vez, estimula de fato o sistema Imunológico, mas este será suprimido quando o estresse é mantido. Durante o estresse prolongado, é afetada a resposta imunológica celular e humoral (circulante). Estresse prolongado prejudica a produção de anticorpos, provavelmente através da ação do cortisol e outros hormônios corticosteróides, que estão intimamente ligados à resposta do organismo à lesão. O cortisol aumenta o processo metabólico (gliconeogênese) corpóreo durante o período de maior atividade. Durante este processo, o cortisol mobiliza gorduras e proteínas para a corrente sanguínea, reduzindo os depósitos. Caso seja mantido um período prolongado de estresse, pode não haver proteína suficiente disponível para a formação de células sanguíneas maduras e de anticorpos. Isto se reflete na redução da atividade das células B do sangue e pelas alterações na contagem das células T, que combatem vírus e bactérias. As implicações das ligações entre o estresse e o sistema Imunológico são de longo alcance, explicando o efeito universal que o estresse pode ter sobre uma variedade de doenças, desde o resfriado comum até o câncer.

**Etilismo:** a incapacidade de enfrentar o estresse da vida moderna é uma razão de buscar no álcool alívio para a fadiga, ansiedade e tensão. Os efeitos iniciais do álcool no metabolismo corporal são similares aos efeitos do próprio estresse. Embora o álcool possa “elevar o ânimo”, em curto prazo, ajudando a aliviar a tensão, pode também facilmente se constituir num problema. O uso abusivo de álcool leva a um grande número de problemas, inclusive cirrose hepática, hipertensão, doenças cardíacas, problemas sexuais,

alterações dos padrões do sono e lesões na integridade da mucosa de revestimento da parede do estômago. O abuso do álcool têm uma influência devastadora sobre a vida social e profissional do indivíduo que, além de tudo, fica progressivamente mais fraco para combater o estresse.

**Tabagismo:** o hábito de fumar é uma resposta comum e prejudicial ao estresse, pois os fumantes procuram no cigarro um meio de aliviar a tensão. Psicologicamente, o cigarro pode ter um efeito calmante transitório, porém, fisicamente, os efeitos da nicotina mimetizam a resposta ao estresse. O cigarro pode causar danos praticamente a todos os órgãos do corpo, sendo responsável por milhares de mortes por ataques cardíacos, úlceras gástricas e determinadas formas de neoplasias. Além disso, parece haver um vínculo entre cigarro, álcool e café. Este efeito espiral enfraquece consideravelmente a resistência do indivíduo para enfrentar o estresse.

**Distúrbios mentais:** o estresse associado com vários distúrbios mentais afeta o equilíbrio dos transmissores neuroquímicos do cérebro, os mediadores das reações nervosas responsáveis pela percepção, atividade muscular e comportamento, sendo a noradrenalina a substância mais relacionada com o estresse. A incapacidade dos sistemas fisiológicos em suportar mudanças e tensões constitui uma característica dos aspectos neuroendócrinos e psicológicos da depressão. Altos níveis de cortisol e ácidos graxos livres, substâncias vinculadas à reação do estresse, também estão associados com a depressão. Além da depressão, a tensão do estresse está associada com a ampla variedade de patologias psicóticas e psiconeuróticas.

**Insônia:** a alteração do ritmo do sono é um dos primeiros sintomas do estresse. O estresse patológico está associado com altos níveis de ACTH (Hormônio Adrenocorticotrófico) circulante, que mantém o corpo desperto e impede o sono. A insônia não somente é um sintoma de estresse, constituindo-se por si só, num fator estressante. Neste particular, a insônia se apresenta como um problema importante, pois seus efeitos se autoperpetuam e diminuem a resistência ao estresse.

**Abuso de medicamentos:** diante das doenças relacionadas ao estresse, muitas pessoas procuram tratamento com medicamentos que, infelizmente, cortam os sintomas, sem identificar a causa da doença. No que se refere ao estresse, os medicamentos são puramente paliativos, em muitas de suas apresentações, uma vez que permitem que os pacientes fujam dos problemas sem, contudo, solucioná-los. O grupo de medicamentos mais associados com o estresse é o dos tranqüilizantes, que são utilizados não apenas para o tratamento da ansiedade, mas também para várias doenças, inclusive insônia e depressão; mas, a medicina alopática, amplamente baseada na terapia medicamentosa, é limitada. Sem uma abordagem profilática de apoio ao indivíduo, do seu ambiente de trabalho e da ansiedade, o abuso de medicamentos continuará a aumentar.

**Lombalgias e cefaléias:** a tensão física e psicológica resulta em lombalgia e cefaléia. O componente psicossomático desses distúrbios está freqüentemente relacionado com o estresse persistente e o sentimento de desamparo dos indivíduos que não sabem enfrentar as causas do estresse. Os fatores estressantes bio-ecológicos, como poluição, condições inadequadas de trabalho, ruídos, somados aos fatores emocionais, levam a lombalgias e cefaléias crônicas, que diminuem a qualidade de vida, inclusive o desempenho no trabalho. Além disso, grande parte destes indivíduos não têm nutrição saudável, não realizam exercícios físicos, gerando estilo de vida não saudável, levando a mais estresse, mais dor e mais medicação.

**Problemas sexuais:** a atividade sexual dos homens e das mulheres é prejudicada pelo estresse. Um grande número de disfunções sexuais, como impotência, ejaculação precoce, frigidez e perda da autoconfiança, advém do estresse vinculado também à infertilidade. Nos homens, altos níveis de cortisol têm sido relacionados com a baixa contagem de espermatozoides e, nas mulheres, a prolactina está associada com o retardamento da ovulação, reduzindo chances da concepção. Além disso, a ausência de produção hormonal nos homens pode produzir sintomas semelhantes aos da menopausa feminina, inclusive depressão, fadiga e falta de motivação, especialmente motivação sexual. Uma vida sexual bem equilibrada não é somente importante para capacidade de controlar estresse, mas também para a saúde em geral.

Em mulheres, respostas hormonais ao estresse podem desencadear a amenorréia, afetando, portanto, a fertilidade, ao menos temporariamente (Fries, Nillus & Pettersson, apud Mendes)<sup>2</sup>.

Em decorrência do trabalho e outras fontes, o estresse psicológico interfere nos relacionamentos sexuais, através de mudanças de comportamento. No homem, graus significativos de estresse podem levar à impotência e, nas mulheres, ao vaginismo. De maneira geral, o estresse pode ocasionar uma diminuição do interesse na atividade sexual.

A literatura abrangendo o estresse psicológico relacionado com o trabalho e os efeitos sobre a reprodução é escassa. Ao trabalho em turnos, uma atividade que pode contribuir com o nível de estresse no trabalho, foram atribuídos índices aumentados de abortamentos espontâneos (Axelson, Lutz & Rylander, apud Mendes)<sup>2</sup>.

**Fadiga física e mental:** o estresse, como já explicado, motiva um desempenho adequado. Sob níveis apropriados de estresse, somos produtivos, criativos, comunicativos e saudáveis. Ao ser ultrapassado nível ótimo de desempenho, passamos para a forma negativa de estresse, que leva à ineficiência, redução da criatividade e da produtividade, bem como empobrecimento de relacionamento interpessoal. Todos esses fatores cumulativos levam à fadiga mental. Conseqüentemente, submetidos à fadiga mental, impelimos nossos corpos para atingir o nível de desempenho anterior, enfraquecendo ainda mais os recursos físicos. Os efeitos sinérgicos da fadiga mental e física produzem mais estresse,

formando um ciclo vicioso.

**Tensão muscular:** a tensão muscular excessiva pode ser tanto uma resposta como uma causa de estresse. Da mesma forma que o conjunto de reações de fuga ou de luta é uma expressão muscular, toda vez que ocorre estresse patológico, tendemos a sobrecarregar nossos músculos. Um acontecimento estressante ou um mero pensamento indutor de estresse ou antecipação, inconscientemente, preparam o organismo para a ação. A repetição de tais pensamentos cria situações contínuas, fazendo com que o corpo se acostume a manter um estado crônico de tensão. Uma situação estressante seja real ou imaginária, não somente produz uma resposta imediata ao estresse, como também deixa uma quantidade residual de tensão no corpo. Como o estresse é cumulativo, aumenta durante o dia, gerando numerosos distúrbios, dentre eles: fadiga crônica, ansiedade, dores no pescoço e lombares, câimbras e espasmos musculares, limitação de movimentos e da flexibilidade, susceptibilidade a danos musculares, insônia, grande variedade de doenças gastrintestinais, problemas urinários e outros.

#### **Outros sintomas do estresse:**

- a) irritabilidade;
- b) apatia;
- c) falta de concentração;
- d) pesadelos;
- e) esquecimentos;
- f) fadiga matinal persistente;
- g) distanciamento social;
- h) aumento da agressividade;
- i) aumento do consumo do chá e do café;
- j) falta de apetite.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Levando em consideração os sintomas e sinais patológicos do estresse como um distúrbio físico e psíquico entre o indivíduo e seu ambiente e relacionando-o, principalmente às suas manifestações fisiológicas, merece um destaque para melhor enfrentamento do indivíduo mais vulnerável ao estresse.

Os conteúdos denotam que o estresse é sempre entendido como algo negativo, associado principalmente às manifestações fisiológicas; alguns autores mencionam, ainda, o estresse como algo que diminui a capacidade de raciocínio rápido e contribui para a perda de disposição para o trabalho e favorece a mudança de humor.

Conclui-se, portanto, que o estresse está presente na vida de todas pessoas, não importa a posição social, profissão, idade ou sexo. É uma reação normal do organismo, mas que, em algumas situações, pode se tornar crônico e causar uma série de doenças graves ou até mesmo levar à morte. A vida de hoje afastou os indivíduos da natureza e colocou-os num permanente estado de competição e conflitos.

O indivíduo não deve reprimir seus instintos, deve aprender a dizer "não" e a expressar tudo o que o incomoda, ser mais flexível e não se cobrar constantemente. Nem todos

dias podemos ser a mãe, o pai, o trabalhador ou o companheiro que gostaríamos, e por mais que essa seja a nossa vontade, não há vergonha nisso.

Sobreviver é um desafio, muitas vezes maior que as

nossas forças. O contato humano é cada vez menor, o efeito desse isolamento é o aumento do estresse e das doenças que o acompanham, como a depressão que afeta milhões de pessoas.

### Summary

#### SYMPTOMS AND PATHOLOGICAL SIGNS OF STRESS

**The purpose of the present revision is to describe symptoms and pathological signs of stress, as a factor that contributes to the development of some diseases. There are several studies related to stress as a factor of aggravation of some diseases, as psychotic pathologies, serious complications and other pathological manifestations. The Authors intended to analyse the stress understanding for the management of situations in which a life risk is imminent. The stress takes the individuals to inefficiency, creativity reduction and of the productivity as impoverishment of the interpersonal relationship. The data obtained from this study show that we should have a simplified vision of stress and that the ways used to facing the problem are attempts for forgetting the stressors, which could bring them biopsicosocial damages.**

**Keywords: Anxiety, Psicophysiologic Disturbances, Stress.**

#### REFERÊNCIAS

1. Mendes A M F N. As psicossomatizações do envolvimento emocional no trabalho de um grupo de enfermeiras resultantes da má-adaptação às reações de estresse. Florianópolis: UFSC, 1999. Dissertação de mestrado em engenharia de produção, Centro tecnológico. Programa de pós-graduação em engenharia de produção e sistemas. Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
2. Mendes R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995.
3. Albrecht K. O Gerente e o estresse - faça o estresse trabalhar para você. (Prefácio de Hans Selye). Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
4. Gil A C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.
5. Mariotti H. Organizações de aprendizagem. São Paulo: Atlas, 1996.
6. Masci C. Estresse. 1997. Disponível em: <http://www.regra.com.br/cyromasci/texto04.htm>. Acesso em: 08 out. 2000.
7. Nardi H C. Saúde, trabalho e discurso médico – A relação médico-paciente e o conflito capital – trabalho. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 1999.
8. Pimentel S. O estresse e as doenças psicossomáticas. Minas Gerais, 1997. Disponível em: <http://www.icb.ufmg.br/lpf/pedagogia.html>. Acesso em: 22 mai. 1998.
9. Pinheiro M. Estresse. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: [mpinheiro@ax.apc.org.br](mailto:mpinheiro@ax.apc.org.br) mailto:mpinheiro@ax,apc.org.br. Acesso em: 09 dez. 2000.
10. Vasconcellos E G. Extra Stress. São Paulo: Boletim da Central Business, 1996.
11. Vieira S I. Medicina básica do trabalho. Curitiba: Ed. Gênese, 1995.

# Metástase Cerebral de Carcinoma de Colo Uterino

Loane Rottenfusser, César Augusto Lopes Pires, Gerson Luís Costa.  
Neurocentro, Hospital de Ensino São Vicente de Paulo, Passo Fundo (RS).

## Resumo

**O câncer de colo uterino é a segunda neoplasia mais freqüente em mulheres, no Brasil. Fatores de risco sócio-culturais e a inadequada prevenção, já que se trata de neoplasia detectável ao exame ginecológico, contribuem sobremaneira para as elevadas taxas verificadas. Relata-se caso de metástase cerebral de carcinoma do colo uterino, sem que os exames complementares indicassem outras metástases sistêmicas. Discutem-se brevemente os aspectos mais relevantes com revisão da literatura.**

**Unitermos: Carcinoma de células escamosas, neoplasias uterinas, metástase neoplásica.**

No Brasil, o câncer do colo do útero é a segunda neoplasia mais incidente nas mulheres. Ocorrem variações entre diferentes regiões do Brasil, sendo a estimativa da taxa bruta de incidência em 28,68 por 100.00 mulheres no estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2003. Representa uma das neoplasias malignas mais atendidas no Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>1</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente feminina, branca, 47 anos, avaliada devido à crise epiléptica parcial simples afásica e somatomotora à esquerda, disfasia de expressão e cefaléia holocraniana.

Historia prévia de carcinoma de colo uterino invasor (tratada com histerectomia simples há 2 anos). Tomografia computadorizada evidenciou lesão expansiva hipercaptante, em região fronto-parietal direita, com proeminente edema perilesional (Figuras 1 e 2); ressonância magnética confirmou achados e excluiu outras lesões encefálicas; realizado craniotomia com ressecção completa (macroscópica) da lesão. Exame anatomo-patológico compatível com metástase de carcinoma de colo uterino (Figuras 3 a 6). Verificou-se boa evolução pós-operatória, sem complicações. Encaminhada a tratamento oncológico.

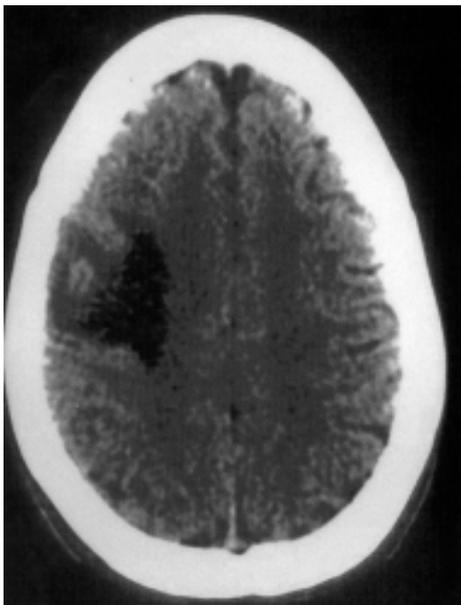


Figura 1. TC do crânio-encéfalo (sem contraste).

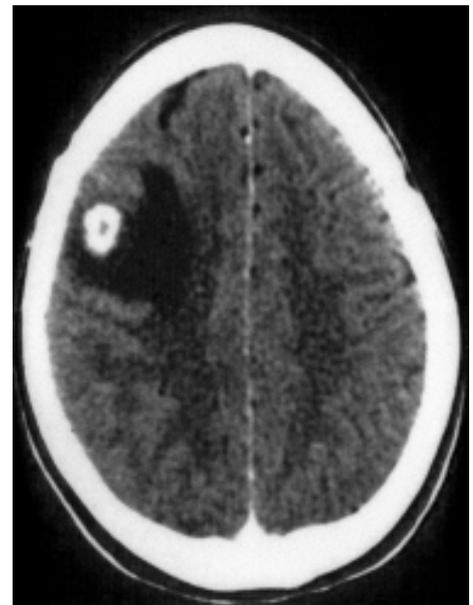


Figura 2. TC do crânio-encéfalo (com contraste).

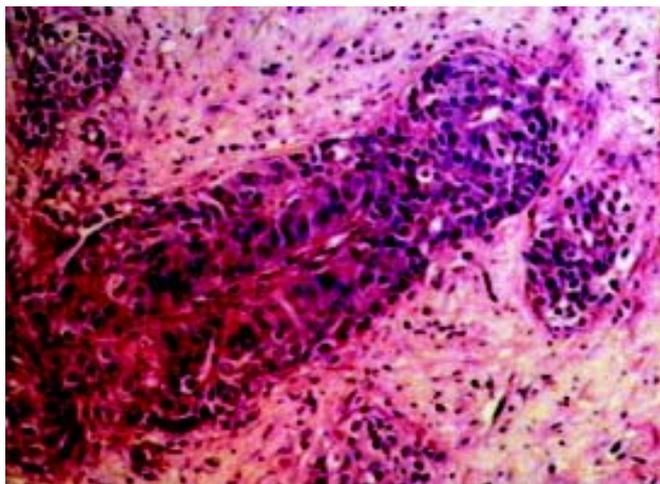


Figura 3. Ninho de células epiteliais atípicas. Presença de células queratinizadas.

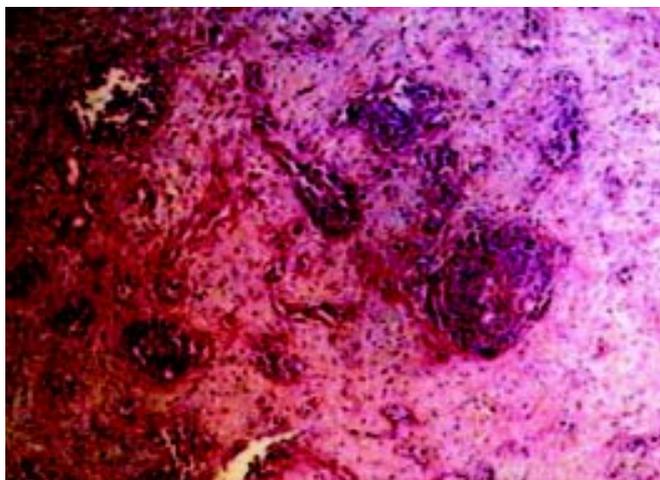


Figura 5. Tumor cerebral onde se observam ninhos de células epiteliais atípicas (endoteliais).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A infecção por HPV (papiloma vírus), alta paridade, multiplicidade de parceiros e promiscuidade sexual, baixo nível sócio-econômico, iniciação sexual precoce e tabagismo explicam o aumento do número de pacientes cada vez mais jovens, usualmente ocorrendo na quinta ou sexta década de vida, com idade média de 54 anos. O câncer do colo do útero origina-se tanto do epitélio escamoso da ectocérvice como do epitélio escamoso colunar do canal cervical. O carcinoma epidermóide representa 90% dos casos e o adenocarcinoma 10%. Outros tipos histopatológicos de menor frequência são o adenoescamoso, de células linfocitoides (*oat cells*), sarcomas e linfomas<sup>1,2</sup>.

O câncer do colo do útero é uma doença crônica que pode ocorrer a partir de mudanças intra-epiteliais e que podem, no período médio de 5 a 6 anos, transformarem-se em processo invasor. Assim, a forma mais eficaz de controlar esse tipo de tumor é diagnosticar e tratar precocemente as lesões precursoras (neoplasias intra-epiteliais) e as lesões tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente 100% dos casos. As lesões cervicais precursoras apresentam-se, em graus evolutivos,

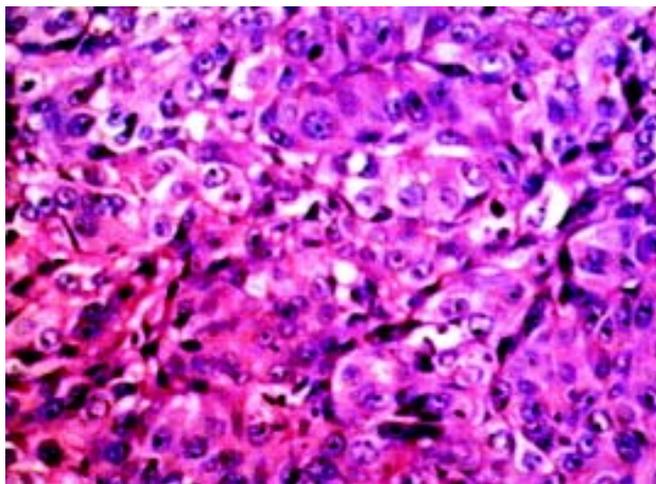


Figura 4. Núcleos volumosos, citoplasma eosinofílico. Cromatina irregular.

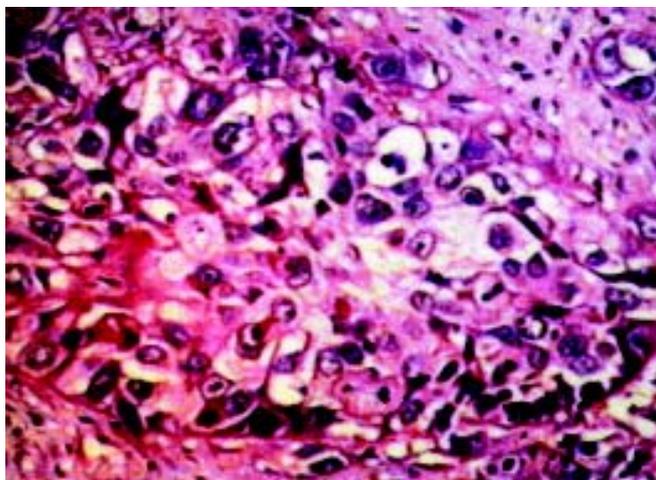


Figura 6. Células epiteliais poliédricas, de núcleos volumosos, com cromatina finamente granular, agrupadas em ninhos, interior das quais há queratinização.

do ponto de vista cito-histopatológico, sendo classificadas (Bethesda, 1988) como neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) de graus I (lesão de baixo grau), II e III (lesões de alto grau). O câncer do colo uterino invasor, em cerca de 90% dos casos, evolui a partir da NIC, mas nem toda NIC progride para um processo invasor. Todas as NIC devem ser consideradas lesões significativas e como tal devem ser tratadas. O método de escolha para tratamento varia de acordo com o grau da NIC e com a experiência do ginecologista em executá-lo<sup>3,4,5</sup>.

Aproximadamente 30% das mulheres com neoplasia cervical invasora morrem de recorrência ou persistência da doença após a terapia inicial. O câncer de colo uterino frequentemente ocorre no local ou nas proximidades anatômicas na forma de adenopatia pélvica ou para-aórtica, devido à rica rede linfática do cérvix uterino<sup>1,3,4,5</sup>. Também podem metastizar para regiões distantes, como pulmões e ossos; raramente ocorre no encéfalo (cerca de 0,52% das pacientes com carcinoma de colo de útero)<sup>6,7,8,9</sup>. Metástases cerebrais de carcinoma de colo uterino raramente são acompanhadas por doença sistêmica, sendo freqüentemente por doença loco-regional incontrolada. O intervalo entre o

diagnóstico da doença primária e o aparecimento de metástases varia na literatura de 12 a 28 meses. Em geral, cefaléia e hemiplegia são os sintomas mais comuns relatados, seguidos de náuseas e vômitos, e crises epiléticas. Distúrbios visuais e vertigens também têm sido descritos como manifestações clínicas. Em estudos clínicos abrangendo todos os tipos de neoplasias, 80% das metástases cerebrais estavam localizadas em regiões supratentoriais. As lesões metastáticas de carcinoma de colo de útero, em imagens de ressonância magnética ou tomografia computadorizada, encontram-se com maior frequência nos hemisférios cerebrais, no cerebelo, ou em ambos. O tratamento consiste em radioterapia ou em cirurgia combinada com radioterapia pós-operatória, sendo o último indicado nos casos de metástase cerebral única. A despeito

do tratamento, a sobrevida média é de apenas três meses e o prognóstico é muito pobre.<sup>10,11,12,13</sup>

Apesar de ser o único câncer genital feminino que pode ser realmente prevenido, estima-se que 500.000 novos casos ocorram a cada ano no mundo (85% países do 3º Mundo).<sup>1,3,4,5</sup> O caso apresentado ilustra as dificuldades, em nosso meio, para diagnóstico precoce e condutas terapêuticas adequadas, sob o ponto de vista oncoginecológico.

Inexistem dados na literatura sobre a real incidência de metástases cerebrais por carcinoma de colo uterino.

**Agradecimentos:** Ao Professor Aventino Alfredo Agostini, Dra. Ana Maria Marcolan, Dr. Rubens Rodriguez e Equipe do Instituto de Patologia de Passo Fundo (RS).

### Summary

#### CEREBRAL METASTASIS OF CANCER OF THE UTERINE CERVIX

**Cancer of uterine cervix is the second more frequent neoplasia in women in Brazil. Its high incidence is due to a sociocultural risk factors and to an inadequate prevention. The Authors report a case of cerebral metastasis of carcinoma of the uterine cervix, in wich a complete clinical evaluation didn't detect any other sistemic metastasis. The Authors also comment the most relevant aspects of this disease and a brief revision of the literature.**

**Keywords: Scamous Cell Carcinoma, Uterine Neoplasias, Neoplastic Metastasis.**

#### REFERÊNCIAS

1. Câncer do colo de útero. Revista Brasileira de Cancerologia 2000; 46(4): 351-54.
2. Mahmoud-Ahmed AS, Suh JH, Barnett GH, Webster KD, Kennedy AW. Tumor distribution and survival in six patients with brain metastases from cervical carcinoma. Gynecol Oncol 2001; 81(2): 196-200.
3. Waggener SE. Cervical cancer. Lancet 2003;361:2217-25.
4. Neoplasia intra-epitelial cervical – NIC. Revista Brasileira de Cancerologia 2000; 46(4): 355-57.
5. Cannistra SA, Niloff JM. Cancer of the uterine cervix. N Engl J Med 1996;334(16):1030-38.
6. Saphner T, Gallion HH, Van Nagell JR, Kryscio R, Patchell RA. Neurologic complications of cervical cancer. A review of 2261 cases. Cancer 1989; 64(5): 1147-51.
7. Cormio G, Colamaria A, Loverro G, Pierangeli E, Di Vagno G, De Tommasi A, Selvaggi L. Surgical resection of a cerebral metastasis from cervical cancer: case report and review of the literature. Tumori 1999; 85(1): 65-7.
8. Ikeda S, Yamada T, Katsumata N, Hida K, Tanemura K, Tsunematu R, Ohmi K, Sonoda T, Ikeda H, Nomura K. Cerebral Metastasis in Patients with Uterine Cervical Cancer. Jpn J Clin Oncol 1998; 28(1): 27-9.
9. Robinson JB, Morris M. Cervical carcinoma metastatic to the brain. Gynecol Oncol 1997; 66(2): 324-6.
10. Kumar L, Tanwar RK, Singh SP. Intracranial metastases from carcinoma cervix and review of literature. Gynecol Oncol 1992; 46(3): 391-2.
11. Schneider J, Barrenetxea G, del Mar Centeno M, Aperribay A, Ortega FJ, Rodriguez-Escudero FJ. Cerebral metastasis of a cervix carcinoma. Zentralbl Gynakol 1990; 112(19): 1245-8.
12. Tajran D, Berek JS. Surgical resection of solitary brain metastasis from cervical cancer. Int J Gynecol Cancer 2003;13(3):368.
13. Cormio G, Pellegrino A, Landoni F, Regallo M, Zanetta G, Colombo A, Mangioni C. Brain metastases from cervical carcinoma. Tumori 1996; 82(4): 394-6.