

ATENÇÃO À MULHER EM GINECOLOGIA: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA

*Naiza Santana e Santana Costa **

*Vera Lúcia Costa Souza ***

*Regina Elizabeth Góes de Medeiros ****

RESUMO — *Este artigo aborda o papel da enfermeira no atendimento à mulher, em ginecologia, propondo uma prática voltada para a integralidade de ações básicas, conforme as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. A enfermeira, para prestar uma assistência integral, deve respeitar a individualidade de cada mulher e reconhecer os fatores que interferem positiva ou negativamente na saúde desta, bem como identificar os próprios valores envolvidos no desenvolvimento da assistência, de maneira que eles não influenciem na sua relação com a cliente. Destaca, ainda, que a enfermeira, ao desempenhar a função de educadora e conselheira no atendimento clínico-ginecológico, possibilita à mulher adquirir conhecimentos necessários para tornar-se um elemento responsável e participativo na manutenção de sua saúde.*

PALAVRAS-CHAVE: *Enfermagem, ginecologia, educação preventiva.*

ABSTRACT — *This paper presents an approach to the role of assistance given by nurses regarding gynecological care, focusing on the integrality of basic actions, as proposed in the guidelines of the Brazilian Ministry of Health. To deliver this integral assistance, the nurse must respect the individuality of each woman and identify those factors which can affect positively or negatively health. Further more, this paper also points out the function of nurse as an educator and counselor in issues of gynecological care, helping the woman to acquire the necessary knowledge to be a responsible element for the maintenance of her own health.*

KEY WORDS: *Nursing, gynecology, preventive education.*

*Prof. Adjunto do Dep. de Saúde. Coordenadora do Núcleo de Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino e da Mama (UEFS).
E-Mail: saude@uefs.br

** Prof. Assistente do Dep. de Saúde. Participante do Núcleo de Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino e da Mama (UEFS).
Mestranda de Enfermagem (UFBA). E-Mail: saude@uefs.br

*** Prof. Assistente do Dep. de Saúde. Participante do Núcleo de Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino e da Mama (UEFS).
E-Mail: saude@uefs.br

INTRODUÇÃO

A procura da mulher à consulta ginecológica ocorre, geralmente, devido à manifestação de alguma intercorrência ginecológica, que pode ser de ordem orgânica, ou de ordem emocional. Entre as principais manifestações orgânicas, encontram-se a irregularidade do ciclo, distúrbios menstruais, doenças inflamatórias pélvicas, corrimentos vaginais, lesões genitais, neoplasias benignas e malignas, anomalias anatômicas e alterações do climatério. Estudos psicossomáticos têm demonstrado que algumas queixas são indícios de dificuldades de relacionamentos conjugais, devido a violência sofrida, falta de informação, ansiedade, temores, preconceitos, imaturidade de um ou de ambos os cônjuges, provocando dispareunias, frigidez, vaginismo, impotência, ejaculação precoce ou tardia do parceiro. Isso demonstra que a maioria das mulheres só procura o atendimento clínico-ginecológico para a resolução de algum problema, não como uma prática para manutenção da saúde. A baixa demanda à consulta ginecológica está relacionada com a vergonha que as mulheres têm de expor seus genitais, de serem detalhadamente observadas e manipuladas por profissionais, com o medo do exame e do resultado, o atendimento rápido e impessoal, a relação autoritária da equipe com a clientela, o espaço físico inadequado, o tempo de espera para atendimento, a demora na emissão dos resultados e na marcação de consultas e a distância dos postos de saúde, em relação a domicílio.

1 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA

O Ministério da Saúde, através da implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), preconiza assistência integral, na qual, todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. As diretrizes desse programa, portanto, foram elaboradas dentro da ótica da atenção primária, segundo o conceito de integralidade da assistência, e abrangem todas as fases da vida, da adoles-

cência até a velhice, respeitando-se, inclusive, a especificidade de cada uma dessas fases; a prática educativa deve permear todas as ações, assegurando a apropriação dos conhecimentos necessários para essa clientela (BRASIL,1985). A assistência clínico-ginecológica compreende o conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e tratamento imediato de patologias, através da anamnese e da avaliação clínica, dirigidas para a descoberta das patologias sistêmicas, principalmente, do aparelho reprodutivo, como, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), do câncer cérvico-uterino e da mama e a orientação sobre planejamento familiar (BRASIL,1995).

A enfermeira, no desempenho de suas atividade em Ginecologia, não deve valorizar os aspectos teórico-científicos, em detrimento dos aspectos psico-afetivos, na relação enfermeira-cliente. Deve compreender que, apesar de a clientela ser constituída exclusivamente de mulheres, essas são indivíduos distintos, com características, atitudes e normas de conduta diferenciadas, que se encontram em faixas etárias diversas, com problemática específica e que assumem diferentes papéis sociais, familiar, econômico, educacional e político, (ELUF,1995). Portanto, para conduzir uma consulta plena e integral, deve respeitar a cliente como cidadã, não podendo deixar de considerar as questões sociais e psicossomáticas, as quais são responsáveis pela baixa de resistência e pelo surgimento de novas patologias. A enfermeira deve atentar para os aspectos que envolvem o cotidiano da mulher, contemplando a avaliação dos problemas relativos ao trabalho, à afetividade e à sexualidade, buscando, assim, a integralidade da assistência.

É comprovada a importância da enfermeira como membro participante da equipe de saúde nos programas de prevenção junto à população feminina, não só como técnico, mas também como educadora e conselheira. O aconselhamento é um dos componentes da atividade educativa, pelo qual se deve estabelecer o diálogo confidencial da enfermeira com a cliente, de maneira que esta seja participante de todo o processo de prevenção e tratamento e capacitada a tomar decisões pessoais. Nesse contato deverão ser abordadas questões

sobre a sexualidade, fidelidade, prazer, conceito de saúde-doença, conceito de risco, prevenção, tratamento e outros, de acordo com a história de cada cliente.

O papel de educadora merece especial destaque, pois para uma verdadeira prevenção, é necessário que a mulher seja estimulada a buscar os serviços de saúde de forma periódica, ainda que não se apresentem manifestações de patologias (BRASIL,1995). Isso significa mudança de comportamento, pois a mulher não foi educada para realizar consulta ginecológica visando a manutenção da saúde e, sim, para o tratamento, procurando os serviços de saúde frente intercorrências relacionadas com o funcionamento do aparelho genital. Portanto, deve ser trabalhada a questão da cliente como elemento participativo na busca de prevenção das doenças, procurando-se, inclusive, desmistificar o exame ginecológico que, apesar de tão simples, é percebido pelas mulheres como algo vergonhoso, angustiante e desconfortável, em razão de crenças, valores, conceitos e preconceitos estabelecidos (LOPES,1996).

1.1 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS

Todas as ações destinadas a prevenir as doenças, a promover e a recuperar a saúde da mulher são expressas em níveis de prevenção e são norteadas pelos princípios de integralidade.

A prevenção primária visa evitar ou prevenir o desenvolvimento de uma doença através da redução dos fatores de risco.

A estratégia de ação, nesse nível de prevenção, é o desenvolvimento de atividades educativas as quais assegurem à clientela apropriação de conhecimentos necessários a um maior controle sobre a sua saúde. As atividades educativas individuais ou em grupo permitem a discussão sobre a vergonha, o desconhecimento, as dificuldades do autocuidado, a autonomia sobre seu próprio corpo, a possibilidade de observar, tocar, reconhecer o que lhe parece normal e anormal; assim como permite a discussão da sexualidade prazerosa e da capacidade reprodutiva. Campanhas de esclarecimento devem ser realizadas freqüentemente, com a distribuição de folhetos

informativos fazendo abordagens sobre higiene feminina e masculina, conhecimento e cuidado com o corpo do homem e da mulher, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e da mama, importância do exame ginecológico periódico e os fatores de risco para a saúde da mulher. As atividades poderão ser desenvolvidas, em ambulatorios, ou em comunidades através de oficinas e de trabalhos em grupo.

As recomendações a uma cliente que irá se submeter a um exame ginecológico serão sobre: o aprazamento da consulta em período intermenstrual, o uso de roupas confortáveis, o aparo dos pêlos vulvo-perineal, a abstenção de relações sexuais na véspera da consulta, a não utilização de desodorantes íntimos, duchas, lavagens e medicamentos vaginais e o esvaziamento intestinal no dia da consulta.

A prevenção secundária refere-se ao desenvolvimento das ações de diagnóstico precoce e ao tratamento específico, de forma a diminuir a morbimortalidade. Essas ações pressupõem a realização de exames de rastreamento para identificação de mulheres consideradas de risco; a elucidação dos diagnósticos suspeitos dos casos detectados, valorizando sempre o desenvolvimento das atividades educativas. O ideal, portanto, é que tais ações sejam desenvolvidas em massa e em população assintomática, com exames que possam descobrir possíveis casos de doenças ginecológicas em estágios iniciais, cumprindo um seguimento, a longo prazo, desses casos.

A prevenção terciária compreende as ações que objetivam reduzir os danos, e os efeitos ou seqüelas das doenças. As estratégias de ação visam o acompanhamento pela equipe multiprofissional para o controle das doentes, a disponibilidade de terapia efetiva, a promoção da reabilitação, ações educativas junto à cliente e à família e implantação de registro de casos (COELHO, 1996).

1.2 PRÉ-CONSULTA

É o momento que antecede à consulta propriamente dita e pode ser realizada individualmente ou em grupo. Os profissionais de enfermagem conscientes dos distintos procedimen-

tos devem prestar, durante a pré-consulta, esclarecimentos à clientela sobre a importância do exame ao qual irá se submeter e quais os procedimentos que serão adotados, salientando o valor da sua participação durante a mesma.

1.3 CONSULTA

A consulta de enfermagem deverá estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e a cliente; garantir o caráter confidencial da consulta; estimular a auto-estima, a verbalização de seus sentimentos e percepções, o conhecimento do próprio corpo, a participação ativa da cliente na prevenção e controle das doenças nos diversos níveis de prevenção; esclarecer sobre a importância da participação do parceiro na manutenção da sua saúde e capacitá-la a reconhecer as situações de risco vividas por ela (BRASIL,1997).

A enfermeira deve desenvolver o hábito de observar como cada cliente maneja sua ansiedade, estabelecendo boas relações com a mesma, de modo a compreender-lhe as respostas emocionais, criando um clima de confiança, a fim de que esta possa falar de suas intimidades, expressar suas apreensões, inquietudes e quaisquer outros estados que a caracterizem; deve evitar a subjetividade, que poderá distorcer a realidade dos fatos; deve utilizar uma linguagem de fácil compreensão e informar sobre os procedimentos e os tratamentos específicos, garantindo privacidade de atendimento e sigilo de informações colhidas. A raça, a classe social, a idade e a opção sexual não devem ter a menor influência no ânimo da enfermeira(SOF,1995).

É importante que a enfermeira, no momento da consulta, esteja atenta para compreender não só os valores da cliente, como também os seus próprios, para que não haja o risco de eles interferirem negativamente na relação enfermeira-cliente por meio de atitudes, de preconceitos, juízo de valor e imposição de conduta. No cotidiano do seu trabalho, a enfermeira pode vivenciar diversas sensações, tipo ansiedade, indiferença, raiva, frustração e outras, frente à problemática apresentada pela cliente, impotência diante de determinados diagnósticos, opção sexual da cliente ou pelas condições inadequadas

de trabalho. A dificuldade de lidar com essas questões, a ausência de percepção dos próprios sentimentos, assim como a ausência de reflexão, contribuem para que a profissional não desempenhe sua tarefa razoavelmente (BRASIL,1997).

As condições mínimas para a realização do exame ginecológico são: ambiente com boas condições de aeração e iluminação, protegido contra ruídos externos de modo a assegurar uma atmosfera tranqüila e íntima; espaço privativo para a troca de roupa da cliente, com vaso sanitário anexo e pia destinada à higienização das mãos; roupa suficiente (lençol e capa) para uso individual; luz portátil, mesa ginecológica na altura adequada ao examinador, mesa para instrumental esterilizado e escadinha.

No que se refere ao material básico para exame pélvico elementar, o consultório deve dispor de espéculos, de preferência descartáveis, espátulas de madeira do tipo Ayre ou similar, luvas de diversos tamanhos, produtos corantes tipo lugol, solução fisiológica, cuba rim, lâminas de vidro (uma extremidade fosca), álcool absoluto, espelho de parede para ensino do auto-exame das mamas, espelho pequeno para auto-exame da genitália e recipiente para material contaminado.

1.4 ETAPAS DA CONSULTA

A Consulta tem início com uma anamnese completa constando de dados de identificação, antecedentes familiares, dados obstétricos, história clínica, história ginecológica e sexual, identificando problemas de saúde e necessidades que afetam a cliente.

Atente-se aqui para as condições que predisõem a doenças, identificando mulheres pertencentes a grupos de risco, tais como: mulheres com vida sexual ativa ou início precoce de vida sexual, multiplicidade de parceiros (ambos os sexos), mulheres ou parceiros portadores de doenças sexualmente transmissíveis, idade abaixo de 15 anos e acima de 35 anos, nuliparidade em mulheres idosas, multiparidade, mulheres que nunca amamentaram, fumantes, obesas, e as pertencentes a classes socioeconômicas baixas (BRASIL, 1996).

No exame físico: deve-se observar a pele, as mucosas oculares, a presença de gânglios nos seguimentos corporais (cabeça, tronco e membros) na palma das mãos, nas plantas dos pés, nas mucosa orofaríngea e dos genitais (BRASIL,1997), aferir o peso e sinais vitais; realizar palpação do abdome e dos membros inferiores; examinar as mamas através da inspeção estática e dinâmica e realizar a palpação das vias de drenagem linfática, (gânglios supraclaviculares, infraclaviculares, peitorais, subescapulares, mamários internos e axilares centrais e laterais e expressão do mamilo. Não se deve prescindir da orientação sobre o auto-exame (importância, periodicidade e técnica).

O exame dos órgãos genitais deve ser realizado com a cliente em posição ginecológica e em três tempos: estático (inspectivo), dinâmico(toque) e especular. No exame estático, observa-se a disposição dos pêlos, conformação anatômica (grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, hímen, monte de Vênus, períneo, borda anal), distrofias, discromias, tumorações, ulcerações e outras manifestações visíveis sugestivas de DST:

Quaisquer lesões (ulceradas ou não em baixo ou alto relevo, hiperêmica, hipercrômica, circular ou irregular, principalmente na região perineal) deverão ser observadas, registradas e correlacionadas com a história das DST. Além destas observações, outras deverão ser feitas, tendo em vista que as afecções ginecológicas não devem ser procuradas por sinais isolados, mas sim por um conjunto de informações e de dados clínicos que poderão sugerir o diagnóstico (BRASIL,1997).

No exame dinâmico, sugere-se sentir a elasticidade vaginal, presença de tumorações e/ou abaulamento, tamanho do colo e abertura do canal cervical.

O exame especular é a ultima etapa da consulta; durante a colocação do espécuro, observa-se a coloração e o pregueamento vaginal, aspecto do colo uterino e do muco cervical, presença e características de possíveis corrimentos, tumorações, ulcerações e laceração. Realiza-se a colheita de esfregaço cérvico-vaginal para citologia oncológica (Papanicolaou) e identificação da microflora vaginal, teste de Shiller, para evidenciar lesões de colo e ectopias.

A colocação e retirada do espéculo deve ser lenta e cuidadosa, evitando-se prender o colo entre as lâminas do instrumental ou retirá-lo totalmente aberto, o que pode causar dor e traumatismo uretral.

1.5 Pós-CONSULTA

É o momento em que são feitos os possíveis esclarecimentos no que se refere aos exames complementares e à terapêutica prescrita. Em serviços onde é feita diretamente a entrega do Papanicolaou, a pós-consulta poderá ser realizada em grupo, com discussão dos resultados desse exame, abordando-se as medidas preventivas para as afecções ginecológicas, inclusive para o câncer cérvico-uterino e o de mama e DST/AIDS; posteriormente procede-se aos encaminhamentos e apazamentos individuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta da enfermeira constitui-se como etapa importante no atendimento ginecológico, pois, durante a mesma, são levantados os problemas relacionados a sua procura ao serviço (manifestações clínicas), bem como, fornecidas informações para que a mulher compreenda o processo saúde-doença, conceito de risco, prevenção e tratamento das doenças, de acordo com a sua história.

A mulher, atendida com respeito e num clima de confiança, sendo tratada sem preconceito, com garantia de privacidade e sigilo, aumenta a sua disposição de realizar consulta, periodicamente, e de procurar ajuda ao apresentar algum problema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Câncer- PRO-ONCO. *Ações de Enfermagem para controle do câncer*. Rio de Janeiro, 1995.
- _____. Secretaria de Projetos Especiais da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília, 1997.
- _____. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, 1985.
- COELHO, Francisco Ricardo Geralda. *Curso Básico de Oncologia*, Hospital H.C. Camargo, Fundação Antônio Prudente, Rio de Janeiro: MEDSI, 1996.
- ELUF, Maria Luiza. *Consulta ginecológica vista do outro lado da mesa*, In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 46. Porto Alegre, Anais... Porto Alegre, 1995.
- LOPES, Regina Lúcia Mendonça. A mulher vivenciando o exame ginecológico na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev. Enf. UERJ*. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.165-170, out., 1996.
- SEMPRE VIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA – SOF. *Saúde e Mulher*, n.9, maio, 1995.