

Título: Diagnósticos de enfermagem na saúde da mulher**Title: Diagnosis of nursing in women's health**Mônica Dal Pont Bonfanti¹Cristiane Damiani Tomasi²Luciane Bisognin Ceretta³Ioná Vieira Bez Birolo⁴

¹Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil.

²Enfermeira. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil.

³Enfermeira. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil

⁴Enfermeira. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil.

Autor correspondente: Mônica Dal Pont Bonfanti

Endereço: Rua João Paes, 340, apto 201, Bairro Santa Augusta, Criciúma/SC.

Telefone: (48) 9996-8560.

Email: monicaenf25@gmail.com

Título resumido: Enfermagem e saúde da mulher

Resumo

O estudo tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em mulheres na oportunidade do exame de citologia oncológica atendidas em uma Estratégia de Saúde da Família, com base na Taxonomia II da NANDA-I. Estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritivo foi desenvolvido com uma amostra censitária de 183 mulheres. Os diagnósticos de enfermagem foram extraídos das consultas de enfermagem realizadas pelo método OTDPIA e fundamentadas na teoria do autocuidado de Dorothea Orem. Identificou-se 48 diagnósticos de enfermagem, destacando 6 que apresentaram frequência maior que 50,0%: Disposição para tomada de decisão melhorada, Risco de volume de líquidos deficientes, Estilo de vida sedentário, Conhecimento deficiente, Disfunção sexual e Conforto prejudicado. O estudo evidenciou comportamentos de risco devido ao conhecimento precário das mulheres. Conclui-se que ao compreender as demandas terapêuticas na saúde da mulher, o enfermeiro poderá subsidiar intervenções no contexto da atenção primária à saúde a partir das necessidades da mesma, numa perspectiva integral e resolutiva.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Autocuidado. Saúde da mulher. Atenção primária à saúde.

Abstract

The aim of the study was to identify the nursing diagnoses in women at the opportunity of the oncologic cytology examination, as seen in a Family Health Strategy, based on NANDA-I Taxonomy II. A quantitative cross-sectional and descriptive study was developed with a census sample of 183 women. Nursing diagnoses were extracted from nursing consultations conducted by the LTDPIE method and based on Dorothea Orem's theory of self-care. It was identified 48 nursing diagnoses, highlighting 6 that presented frequency greater than 50.0%: Provision for improved decision making, Risk of volume of deficient fluids, Sedentary lifestyle, Poor knowledge, Sexual dysfunction and Impaired comfort. The study showed risk behaviors due to the precarious knowledge of women. It is concluded that by understanding the therapeutic demands in women's health, the nurse can subsidize interventions in the context of primary health care from the needs of the same, in an integral and resolute perspective.

Keywords: Nursing diagnosis. Self-care. Women's health. Primary health care.

Introdução

Com aproximadamente 530 mil novos casos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres e o responsável pelo óbito de 270 mil mulheres por ano¹. No Brasil, é a quarta causa de morte de mulheres. Em 2014, a estimativa de novos casos era de 15.590 casos e 5.160 óbitos².

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância³. É causado pela infecção persistente por alguns tipos do HPV. A infecção genital por este vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Porém, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer².

O exame de citologia oncótica é considerado o principal método e o mais amplamente utilizado para o rastreamento do câncer do colo do útero por meio da detecção das lesões precursoras. É possível reduzir em média 60% a 90% dessa doença com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos⁴. Na atenção primária à saúde, além de ações de prevenção⁵, atingir essa cobertura é o componente mais importante para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero⁶.

A realização do exame de citologia oncótica é um espaço não apenas clínico pré-estabelecido vinculado às normas e rotinas, mas também de acolhimento, diálogo, reflexão e empoderamento da mulher que busca o serviço para compreensão do controle sobre os determinantes de sua saúde, fortalecendo a autonomia sobre o seu viver e buscando estabelecer hábitos saudáveis⁷. Neste espaço, o enfermeiro desenvolve práticas educativas que abordem e sensibilizem as mulheres para os benefícios da detecção precoce do câncer do colo do útero, incentivando a realização da colpo citologia oncótica⁵.

Para organizar as ações de forma sistematizada, na década de 70, Wanda de Aguiar Horta iniciou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Brasil, propondo uma metodologia a qual denominou Processo de Enfermagem. Baseada na teoria das necessidades humanas básicas de Maslow, essa metodologia é realizada em seis passos: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem (DE), plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem⁸.

Segundo a Resolução do COFEN nº 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de

Enfermagem. O processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, organizando-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem⁹.

Para descrever e codificar seu conhecimento, uma profissão pode ter uma linguagem comum. Assim, durante a consulta de enfermagem o enfermeiro identifica os DE que é definido pela *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA-I* como um “juízo clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processo de vida ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais. Constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais respondem os enfermeiros”¹⁰.

Com este estudo busca-se salientar a importância da identificação dos DE no cotidiano da atividade profissional, visto que a consulta de enfermagem é uma tecnologia de cuidado privativa do enfermeiro¹¹ que necessita de um corpo de conhecimento para desempenhar suas práticas bem como a documentação das mesmas¹². A valorização desta tecnologia é uma meta a ser conquistada, já que a consulta do enfermeiro é pouco reconhecida por outros profissionais e pela população. O incentivo para essa prática envolve a desconstrução da centralidade na consulta médica¹³.

Tendo em vista a relevância do assunto, a importância da sistematização da assistência de enfermagem e a escassez de trabalhos realizados no Brasil sobre DE na área da saúde da mulher, este estudo tem como objetivo identificar os DE em mulheres na oportunidade da coleta do exame de citologia oncológica atendidas em uma Estratégia de Saúde da Família, com base na Taxonomia II da NANDA-I.

Métodos

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritivo, realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Criciúma/SC no período de setembro de 2015 a abril 2016.

A amostra censitária foi constituída de 183 mulheres acima de 18 anos pertencentes à área de abrangência da ESF que aceitaram voluntariamente participar

do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aos participantes da pesquisa foi garantido o sigilo da identidade, a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UNESC sob parecer de número 1.247.578/2015. As participantes foram orientadas a agendar o exame de citologia oncótica pela equipe de saúde na ESF e pelas agentes comunitárias de saúde em visita domiciliar. As mulheres foram convidadas a participar do estudo na data agendada antes da consulta de enfermagem.

Os DE foram extraídos das consultas de enfermagem fundamentadas na teoria do autocuidado de Dorothea Orem com instrumento semiestruturado e realizadas por meio do método OTDPIA (Ouvir, Tocar, Diagnosticar, Planejar, Intervir e Avaliar), um método desenvolvido inicialmente por Leopardi e Faria¹⁴ em 2004 como OTDP, ampliado por Ceretta e Schwalm em 2008 e implementado pelo Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Cada etapa do processo de enfermagem foi realizada da seguinte forma:

- *Ouvir*: Realização de escuta qualificada onde são coletados os dados de identificação, reconhecimento dos hábitos de vida da mulher, relacionamentos, antecedentes ginecológicos, obstétricos, história familiar, bem como as expectativas da mesma.
- *Tocar*: Fase em que é realizado o exame físico céfalo-caudal com ênfase nos aspectos ginecológicos e obstétricos. Além dos dados objetivos, neste momento relata-se tudo que pode ser observado;
- *Diagnosticar*: A partir das demandas terapêuticas encontradas no ouvir e tocar, foram identificados os DE baseado na classificação da NANDA-I;
- *Planejar*: Momento de definir as metas ou objetivos e planejar ações necessárias para suprir as demandas identificadas;
- *Intervir*: Nesta etapa são realizadas as intervenções, compreendendo a coleta de exame de citologia oncótica, exame clínico das mamas e as orientações necessárias conforme as ações planejadas provenientes dos DE;
- *Avaliar*: A avaliação de enfermagem é contínua e se avalia a compreensão da mulher diante das orientações, além de verificar, em consultas subsequentes, se os objetivos propostos no planejamento foram alcançados e conseqüentemente se a mulher se encontra em situação melhor que a anterior em seu processo saúde doença.

Neste estudo, a consulta de enfermagem fundamentada na teoria do autocuidado de Dorothea Orem¹⁵ é pertinente, pois considera a necessidade de

auxiliar a mulher na compreensão de suas exigências terapêuticas de autocuidado, sensibilizando para a mudança no estilo de vida quanto a prática de hábitos saudáveis, inclusive para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero.

A NANDA determina três tipos de diagnóstico: o DE *com foco no problema* é utilizado sobre uma resposta humana indesejada a condições de saúde, sendo utilizado quando há dados suficientes para estabelecer o DE; o DE de *risco* indica uma vulnerabilidade para desenvolvimento de uma resposta indesejada a condições de saúde ou processos de vida; e o DE de *promoção da saúde* é um julgamento sobre a motivação e desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana¹⁰.

Cada DE possui um título e uma definição clara e precisa ajudando a diferenciá-lo de diagnósticos similares, sustentados pelas características definidoras: indicadores que se agrupam como manifestações (visualizadas, escutadas, tocadas ou cheiradas) de um diagnóstico com foco no problema ou de promoção da saúde. Deve-se identificar também o fator relacionado, utilizado para mostrar algum tipo de relação padronizada com o DE com foco no problema. No caso do diagnóstico de risco é identificado os fatores de riscos: elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade a um evento não saudável¹⁰.

Os DE foram compilados em tabelas no *Software Microsoft Excel® 2013* e analisados por meio de estatística descritiva (frequências absoluta e relativa). Foram discutidos os DE com frequência superior a 50,0%, e apresentados em tabelas juntamente com suas características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco.

Resultados

A tabela 1 mostra o perfil das mulheres incluídas no estudo quanto a idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

Tabela 1 – Perfil das mulheres do estudo quanto a idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

| Variáveis | N (183) | % |
|--------------|---------|------|
| Idade | | |
| 18 a 24 anos | 30 | 16,4 |
| 25 a 34 anos | 40 | 21,9 |

| | | |
|-------------------------------|-----|------|
| 35 a 44 anos | 26 | 14,2 |
| 45 a 54 anos | 35 | 19,1 |
| 55 a 64 anos | 49 | 26,8 |
| 65 anos ou mais | 3 | 1,6 |
| Estado civil | | |
| Casada | 102 | 55,7 |
| Solteira | 42 | 23,0 |
| Divorciada/separada | 20 | 10,9 |
| Viúva | 19 | 10,4 |
| Escolaridade | | |
| Não alfabetizada | 1 | 0,5 |
| Ensino fundamental incompleto | 61 | 33,3 |
| Ensino fundamental completo | 19 | 10,4 |
| Ensino médio incompleto | 15 | 8,2 |
| Ensino médio completo | 47 | 25,7 |
| Ensino superior incompleto | 24 | 13,1 |
| Ensino superior completo | 16 | 8,7 |
| Ocupação | | |
| Do lar | 36 | 19,7 |
| Aposentada | 26 | 14,2 |
| Administrativo | 22 | 12,0 |
| Comércio | 17 | 9,3 |
| Setor de produção | 17 | 9,3 |
| Estudante | 13 | 7,1 |
| Autônoma | 10 | 5,5 |
| Desempregada | 9 | 4,9 |
| Doméstica/serviços gerais | 9 | 4,9 |
| Outros | 24 | 13,1 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Das 183 mulheres, verificou-se que a faixa etária variou entre 18 e 74 anos, sendo que a maioria tinha idade de 55 a 64 anos com 26,8% (49) seguido de 25 a 34 anos com 21,9% (40). A média de idade foi de 41,69 anos. No que se refere ao estado civil, 55,7% (102) eram casadas. Verificou-se a predominância de mulheres com ensino fundamental incompleto de 33,3% (61). Quanto à ocupação, 19,7% (36) dos casos eram compostas por mulheres do lar, seguida da condição de aposentada com 14,2% (26).

Foram identificados 48 DE listados em frequência absoluta e percentual na Tabela 2, compreendendo os três tipos de diagnósticos indicados pela NANDA-I: 37 DE com foco no problema, 8 DE de risco e 3 DE de promoção da saúde.

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem identificados em mulheres na oportunidade do exame de citologia oncótica, de acordo com os domínios da NANDA-I.

| Domínio | Classe | Diagnósticos de enfermagem | N (183) | % |
|--------------------|--|--|---------|-------|
| Princípios da vida | Coerência entre valores/ crenças/ Atos | Disposição para tomada de decisão melhorada | 183 | 100,0 |

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-----|------|
| | | Risco de volume de líquidos deficiente | 152 | 83,1 |
| | Hidratação | Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado | 31 | 16,9 |
| Nutrição | Ingestão | Obesidade | 61 | 33,3 |
| | | Disposição para nutrição melhorada | 54 | 29,5 |
| | | Sobrepeso | 43 | 23,5 |
| | | Risco de sobrepeso | 17 | 9,3 |
| | | Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais | 4 | 2,2 |
| | Metabolismo | Risco de glicemia instável | 14 | 7,7 |
| | | Risco de função hepática prejudicada | 4 | 2,2 |
| Promoção da saúde | Percepção da saúde | Estilo de vida sedentário | 120 | 65,6 |
| | Controle da saúde | Manutenção ineficaz da saúde | 28 | 15,3 |
| | | Comportamento de saúde propenso a risco | 17 | 9,3 |
| | | Controle ineficaz da saúde | 17 | 9,3 |
| Percepção/cognição | Cognição | Conhecimento deficiente | 119 | 65,0 |
| | Comunicação | Memória prejudicada | 1 | 0,5 |
| Sexualidade | Função sexual | Disfunção sexual | 119 | 65,0 |
| Conforto | Conforto físico | Conforto prejudicado | 102 | 55,7 |
| | | Dor crônica | 32 | 17,5 |
| | | Dor aguda | 7 | 3,8 |
| | | Náusea | 6 | 3,3 |
| | | | | |
| Segurança/proteção | Infecção | Risco de infecção | 72 | 39,3 |
| | Lesão física | Risco de integridade tissular prejudicada | 13 | 7,1 |
| | | Integridade tissular prejudicada | 9 | 4,9 |
| | | Integridade da pele prejudicada | 1 | 0,5 |
| Atividade/repouso | Respostas cardiovasculares/pulmonares | Risco de perfusão tissular cerebral diminuída | 42 | 22,9 |
| | | Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída | 18 | 9,8 |
| | | Padrão respiratório ineficaz | 8 | 4,4 |
| | | Intolerância à atividade | 5 | 2,7 |
| | Sono/repouso | Insônia | 40 | 21,9 |
| | | Padrão do sono prejudicado | 6 | 3,3 |
| | Atividade/exercício | Mobilidade física prejudicada | 17 | 9,3 |
| | | Deambulação prejudicada | 5 | 2,7 |
| | Equilíbrio de energia | Fadiga | 2 | 1,1 |
| Eliminação e troca | Função gastrointestinal | Constipação | 41 | 22,4 |
| | | Diarreia | 2 | 1,1 |
| | Função urinária | Incontinência urinária de esforço | 18 | 9,8 |
| | | Eliminação urinária prejudicada | 13 | 7,1 |
| Enfrentamento/intolerância ao estresse | Respostas de enfrentamento | Tristeza crônica | 16 | 8,7 |
| | | Ansiedade | 15 | 8,2 |
| | | Sobrecarga de estresse | 12 | 6,6 |
| | | Enfrentamento ineficaz | 1 | 0,5 |
| Papéis e relacionamentos | Processos familiares disfuncionais | Processos familiares disfuncionais | 14 | 7,7 |
| | Desempenho de papéis | Interação social prejudicada | 9 | 4,9 |
| | Papéis de cuidador | Tensão no papel de cuidador | 2 | 1,1 |
| Autopercepção | Autoconceito | Desesperança | 10 | 5,5 |
| | Autoestima | Baixo autoestima crônica | 5 | 2,7 |
| | | Baixo autoestima situacional | 2 | 1,1 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Dos 48 DE, 6 apresentaram um percentual superior à 50,0%: Disposição para tomada de decisão melhorada, risco de volume de líquidos deficientes, estilo de vida sedentário, conhecimento deficiente, disfunção sexual e conforto prejudicado. Estes estão apresentados em tabelas a seguir:

Disposição para tomada de decisão melhorada

Por se tratar de um DE de promoção da saúde, o diagnóstico *disposição para tomada de decisão melhorada* apresentado da Tabela 3, não necessita de um fator relacionado pois sua característica definidora fornece prova do desejo por parte da mulher em compreender suas escolhas. É definido como o “processo de escolha de uma decisão de cuidados de saúde que inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais e que pode ser melhorado”¹⁰.

Tabela 3 - Diagnóstico de enfermagem: Disposição para tomada de decisão melhorada.

| | | N (183) | % |
|----------------------------------|--|---------|-------|
| Domínio | Princípios da vida | | |
| Classe | Coerência entre valores/ crenças/ Atos | | |
| Característica definidora | Demonstra desejo de aumentar a compreensão das escolhas na tomada de decisão | 183 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O diagnóstico foi identificado na totalidade das participantes por compreender que a realização do exame de citologia oncótica é uma decisão positiva da mulher e por demonstrarem interesse em compreender o exame, a importância da detecção precoce do câncer do colo de útero e a necessidade de manter ou modificar os hábitos de vida. As mulheres relataram sobre a importância da realização do exame: “*faço o preventivo todos os anos para saber se não há nenhuma alteração*”. Outros relatos sobre hábitos alimentares, atividade física e métodos contraceptivos reforçam a disposição da mulher para tomar decisões relacionadas ao cuidado em saúde.

Risco de volume de líquidos deficiente

O DE *Risco de volume de líquidos deficientes* apresentado na Tabela 4 é acompanhado do fator de risco devido a identificação de uma vulnerabilidade para um potencial problema. É definido como a “vulnerabilidade à diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular que pode comprometer a saúde”¹⁰.

Tabela 4 – Diagnóstico de enfermagem: Risco de volume de líquidos deficiente.

| | | N (152) | % |
|-----------------------|--|---------|-------|
| Domínio | Nutrição | | |
| Classe | Hidratação | | |
| Fator de risco | Conhecimentos insuficientes sobre as necessidades de líquido | 152 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O risco de volume de líquidos deficiente foi detectado em 83,1% (152) das mulheres que relataram a ingestão hídrica menor que a recomendada¹⁶, sendo que todas justificaram esta vulnerabilidade por desconhecer as necessidades da ingestão de líquidos para o organismo: “*só se toma água quando se tem sede*”. Também houve relatos como: “*tomo água apenas quando está calor*”, demonstrando que o líquido só é ingerido quando o organismo alerta sobre a falta dele.

Estilo de vida sedentário

O DE *estilo de vida sedentário*, na Tabela 5, “refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física”¹⁰. Trata-se de um DE com foco no problema, logo, apresenta fatores relacionados explicando o motivo da inatividade física e a característica definidora que ilustra como o diagnóstico se manifesta.

Tabela 5 – Diagnóstico de enfermagem: Estilo de vida sedentário.

| | | N (120) | % |
|----------------------------------|---|---------|-------|
| Domínio | Promoção da saúde | | |
| Classe | Percepção da saúde | | |
| Fatores relacionados | Interesse insuficiente pela atividade física | 62 | 51,7 |
| | Recursos insuficientes para a atividade física | 56 | 46,7 |
| | Motivação insuficiente para a atividade física | 2 | 1,7 |
| Característica definidora | Atividade física inferior à recomendada para o gênero e a idade | 120 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Foi identificada em 65,6% (120) das mulheres, atividade física inferior à recomendada¹⁷. Destas, a falta de interesse pela atividade física foi relatada em 51,7% (62), mesmo reconhecendo os benefícios da mesma para a saúde: “*eu sei que é importante para a saúde, até tenho tempo, mas não faço, não tenho vontade*”; “*não faço e não tenho interesse*”. Outra justificativa foi a falta de tempo identificada em 46,7% (56), na qual as participantes relatam que o trabalho, estudo, filhos e a responsabilidade do lar inviabilizam a prática de atividade física: “*Trabalho o dia inteiro! Chego em casa, tenho que fazer a janta e dar banho nas crianças. Impossível ter tempo!*”. Uma minoria de 1,7% (2) demonstram interesse e possuem tempo, porém se sentem desmotivadas à prática de atividade física.

Conhecimento deficiente

O DE *conhecimento deficiente* apresentado na tabela 6 é definido pela “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”¹⁰. Neste caso o fator relacionado foi a falta de informação e a característica definidora o comportamento inadequado.

Tabela 6 – Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento deficiente.

| | | N (119) | % |
|----------------------------------|--------------------------|---------|-------|
| Domínio | Percepção/cognição | | |
| Classe | Cognição | | |
| Fator relacionado | Informação insuficiente | 119 | 100,0 |
| Característica definidora | Comportamento inadequado | 119 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Foi identificado em 65,0% (119) das mulheres participantes que relataram não realizar o autoexame das mamas devido desconhecimento sobre a prática da realização do mesmo: “*é importante examinar as mamas mas não sei como se faz*” Alegam também, que foram orientadas sobre o assunto, porém a informação não foi suficiente e não houve demonstração à ponto de compreenderem como se realiza efetivamente o autoexame das mamas: “*já fui orientada, a enfermeira fez em mim, mas não sei fazer com as minhas mãos*”. Quanto o exame de citologia oncótica, a algumas mulheres acreditavam que o exame previne a neoplasia do câncer do colo do útero, demonstrando o desconhecimento da finalidade do exame que compreende na detecção precoce desta doença.

Disfunção sexual

O DE *disfunção sexual* é definido pelo “estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de ‘resposta sexual de desejo, excitação e/ ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recomendada ou inadequada”¹⁰. O diagnóstico apresentado na tabela 7 foi relacionado a alteração na estrutura ou função do corpo e a falta de pessoa significativa. A alteração na atividade sexual e a diminuição do desejo são características definidoras desse diagnóstico, sendo que algumas participantes relataram ambas características.

Tabela 7 – Diagnóstico de enfermagem: Disfunção sexual.

| | | N (119) | % |
|----------------------------------|---------------------------------|---------|------|
| Domínio | Sexualidade | | |
| Classe | Função sexual | | |
| Fatores relacionados | Alteração na estrutura do corpo | 90 | 75,6 |
| | Falta de pessoa significativa | 26 | 21,9 |
| | Alteração na função do corpo | 3 | 2,5 |
| Característica definidora | Alteração na atividade sexual | 64 | 53,8 |
| | Redução do desejo sexual | 62 | 52,1 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A partir de relatos de diminuição da atividade e desejo sexual, foi identificado o diagnóstico de disfunção sexual em 65,0% (119) das participantes. Destas, 75,6% (90) relataram dor durante a relação sexual, apresentando desconfiança quanto a possibilidade de alguma lesão. Outras alegam que a falta de libido não favorece o relaxamento da musculatura levando a dispareunia, “*não tenho vontade e não consigo relaxar, por isso dói*”. 21,9% (26) relataram libido, porém sentem falta de um companheiro, principalmente, viúvas: “*tenho vontade, mas depois que ele faleceu, não encontrei outro companheiro*”. 2,5% (3) eram gestantes e afirmaram que na gravidez apresentaram perda da libido e desconforto no ato, além do medo de machucar o feto, levando a diminuição da atividade sexual.

A diminuição da atividade sexual foi relatada por 53,8% (64) das mulheres e redução do desejo sexual por 52,1% (62). Algumas mulheres relacionaram essa mudança na atividade sexual pela perda de libido devido sobrecarga de estresse ou ansiedade. Houve relatos de mudança na atividade sexual devido a dor, a gravidez, ou após a menopausa. Com o envelhecimento, ocorreu a perda de libido e falta de relaxamento no ato, e conseqüentemente, dor durante a relação sexual: “*depois de*

certa idade, não tive mais vontade de ter relação com meu esposo. Evito ele sempre que posso”.

Conforto prejudicado

O DE *conforto prejudicado* é definido como a “percepção de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e social”¹⁰, apresentado na tabela 8. O desconforto está relacionado a sintomas característicos da leucorreia, prurido ou sensação de calor devido o climatério.

Tabela 8 – Diagnóstico de enfermagem: Conforto prejudicado.

| | | N (102) | % |
|----------------------------------|--------------------------------|---------|-------|
| Domínio | Conforto | | |
| Classe | Conforto físico | | |
| Fatores relacionados | Sintomas relativos à situação* | 102 | 100,0 |
| Característica definidora | Desconforto com a situação | 83 | 81,4 |
| | Prurido | 26 | 25,5 |
| | Sensação de calor | 11 | 10,8 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016. * Modificado o fator relacionado “sintomas relativos à doença” segundo a NANDA-I para “sintomas relativos à situação”.

O DE *conforto prejudicado* foi identificado em 55,7% (102). Das mulheres incluídas neste diagnóstico, 81,4% (83) relataram leucorreia, corrimento vaginal considerado anormal, gerando desconforto: “*é muito desconfortável, parece que estou sempre suja*”. O prurido na região genital foi identificado em 25,5% (26) das mulheres, a maioria relacionava este sintoma à leucorreia, outras desconhecem a causa. A sensação de calor devido o climatério foi identificado em 10,8% (11), e várias relataram desconforto e mal-estar, inclusive afetando o sono: “*acordo várias vezes à noite com calor e retiro todas as cobertas. Tenho dificuldade para voltar a dormir. Após passar o calor, acordo novamente pois sinto frio porque estava descoberta*”.

Discussão

O DE *disposição para tomada de decisão melhorada* incluiu mulheres que realizaram exame de citologia oncótica, porém percebe-se outras características que permitem este grupamento, como autoexames das mamas, alimentação saudável, prática de atividade física e o uso de preservativo. O autocuidado é um conjunto de

atitudes realizadas para a manutenção da saúde e essas atitudes se modificam pela tomada de decisão a partir da ampliação dos conhecimentos¹⁸. Muitos casos de câncer tem origem genética. Entretanto, vários fatores ambientais e hábitos de vida geram alterações celulares que favorecem o surgimento de diversos tipos de cânceres¹⁹. No câncer do colo do útero, a prevenção primária consiste em modificar ou eliminar determinados fatores de risco como o tabagismo, sedentarismo, obesidade, além de estimular o uso do preservativo, prática de atividade física e a alimentação saudável. Para que a mulher compreenda a doença e adote condutas de autocuidado é fundamental a realização de educação em saúde que deve estar presente no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos terapêuticos, seja em momentos individuais. Já a prevenção secundária consiste na realização do exame de citologia oncótica detectando precocemente lesões precursoras, assim aumentando a chance de cura e reduzindo o índice de mortalidade^{3, 18, 20}.

A ingesta hídrica insuficiente relatada pela maioria das participantes caracteriza o *risco de volume de líquidos deficiente*. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo de Passo fundo (RS) com 60 mulheres, que relataram baixa ingesta hídrica²¹. A quantidade de água recomendada pelo Ministério da Saúde é de dois a três litros de água por dia, dependendo da idade, do peso da pessoa e da atividade física realizada. Assim, deve-se orientar a população sobre a importância deste hábito evitando complicações no organismo como a desidratação, ressecamento de pele e mucosas, constipação, até o risco de morte em casos mais graves¹⁶.

A atividade física tem efeitos variados na prevenção do câncer, pois combate o sedentarismo, ajuda no controle do peso corporal, aumentando o bem-estar¹⁹. Para a maioria das participantes desse estudo, esse não é um hábito em seu cotidiano, devido a falta de interesse, motivação ou tempo. Outro estudo²² mostra que o predomínio da inatividade física parece ser consequência de uma multiplicidade de fatores e o interesse em se envolver em outras atividades acabam por não priorizar a prática de atividade física. Assim alguns aspectos são impostos como barreiras pessoais compreendendo a falta de tempo e de companhia para a prática da mesma, além da falta de motivação.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que indivíduos acima de 18 anos devem praticar semanalmente 150 minutos de atividade aeróbica moderada, ou

75 minutos de atividade aeróbica intensa. Para alcançar benefícios adicionais para a saúde, tanto adultos como idosos, o recomendado é realizar 300 minutos de atividade aeróbica moderada ou a 150 minutos de atividade aeróbica intensa por semana. Toda atividade física deve ser ajustada para cada indivíduo com base na sua capacidade de exercício, riscos ou limitações específicas de saúde. Pessoas com algum comprometimento na mobilidade ou patologia específica faz-se necessário uma avaliação médica. A falta de atividade física é um fator de risco para doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares¹⁷, ressalta-se este último com maior risco entre as mulheres²³.

As mulheres deste estudo que não realizam o autoexame das mamas alegam falta de conhecimento para a prática do mesmo apesar de receberem orientações de profissionais de saúde, o que justifica a inclusão dessas mulheres no DE *conhecimento deficiente*. Esse dado demonstra que a informação não é suficiente para sensibiliza-las quanto à importância desta conduta. Um estudo semelhante realizado em Juiz de Fora (MG) com 820 mulheres, 92,4% relataram ter conhecimento sobre a importância do autoexame das mamas, porém apenas 61,3% têm o hábito de fazê-lo, demonstrando um déficit de informações para que o procedimento seja realizado de maneira adequada²⁴. Acredita-se também que essa realidade pode estar associada a questões psicossociais como o tabu no momento da exposição do corpo, vergonha de se tocar e medo de detectar um nódulo²⁵. Recomenda-se realizar o autoexame das mamas a fim de alertar as mulheres sobre os potenciais riscos do câncer de mama e incentivar a procura pelo serviço de saúde no caso de identificação de alterações a fim de aumentar as chances do diagnóstico precoce²⁴.

A falta de conhecimento relacionado ao exame de citologia oncológica também foi identificado nas mulheres, desconhecendo a finalidade do exame que compreende na detecção precoce do câncer de colo do útero. Um estudo com 308 mulheres em 2010, 21,4% nunca haviam realizado o exame de citologia oncológica, tendo como principal justificativa a falta de conhecimento sobre o exame, no que se refere à finalidade e à importância, e o fato de julgarem não ser necessário realizá-lo por se sentirem saudáveis²⁶. Outro estudo comprova que grande parte das mulheres procura o serviço somente na presença de algum sinal ou sintoma. Elas sentiam que algo estava fora do padrão, assim a sensação de ameaça à sua saúde impunha às mulheres a percepção da sua vulnerabilidade, só buscando a assistência tardiamente em momentos críticos²⁷. Destaca-se a importância de ações de promoção da saúde,

pois a falta de condutas de autocuidado eleva o risco de desenvolvimento de câncer de colo do útero, gerando custos cada vez mais elevados para o sistema de saúde³, além de interferir no contexto biopsicossocial desta mulher²⁷.

A falta de desejo sexual, dispareunia, ausência e diminuição da atividade sexual são as queixas mais frequentes relacionadas à sexualidade²⁸. Sintomas como estes corroboram com o presente estudo caracterizando a *disfunção sexual*. A dor no ato sexual deve ser investigada, pois se ocorrer no início da penetração pode estar associada à ausência de lubrificação por déficit de estrogênio comum na menopausa ou pela falta de preparo não havendo carícias adequadas nem o respeito ao tempo que a mulher leva para se excitar. Pode ainda estar relacionada com uma vulvovaginite que a torne sensível e dolorida ao toque. Se a dor ocorre na penetração profunda, deve-se investigar alterações no colo uterino, o que exige um exame ginecológico e possíveis encaminhamentos²⁸.

A sexualidade é cercada de tabus, em que a prática sexual é vista com o objetivo de reprodução e o prazer sexual como pecado. Muitas mulheres sentem vergonha de si e do parceiro ao se tocar e se expor. Conhecer o próprio corpo e experimentar prazer é muito importante para o desempenho sexual, por meio de toques que excitam e o reconhecimento de maneiras de despertar o desejo. Assim, é fundamental que a mulher dialogue com o parceiro para que possam compreender esse reconhecimento. Diante de uma queixa sexual, a investigação é crucial, pois auxiliará na determinação da conduta a ser tomada com a mulher. No caso de dispareunia situacional e não havendo uma patologia, deve-se orientar evitar posições que lhe causem a dor. Mulheres com ressecamento da parede vaginal devem ser orientadas quanto ao uso de lubrificante íntimo²⁸.

As gestantes desse estudo também relataram alterações na atividade sexual. Estudo²⁹ mostra que alterações hormonais na gestação podem influenciar na disposição e no desejo sexual. No terceiro trimestre, o aumento do volume uterino dificulta o ato, tornando-o mais cansativo. A fadiga, dores lombares e edema dos membros inferiores podem motivar queda progressiva da libido, embora a resposta sexual se mantenha intacta.

Alteração na função sexual é uma das consequências da menopausa. Houve vários relatos de mulheres desse estudo que apresentaram diminuição de libido e dispareunia com o início do climatério. Estudo³⁰ mostra que a função sexual foi o domínio mais afetado entre as mulheres no período pré, peri e pós-menopausa,

onde os principais fatores foram o desinteresse sexual por causa da redução de libido e dispareunia. Outro estudo que avaliou a prevalência da síndrome climatérica em 1.210 mulheres entre 45 a 65 anos destacou o ressecamento vaginal (62,7%) e a dispareunia (30,5%)³¹, fatores estes que são amplamente relatados nesta fase.

O *conforto prejudicado* relatado neste estudo está associado a leucorreia, prurido na região genital e/ou sensação de calor devido o climatério. Estima-se que 75% das mulheres apresentem pelo menos um episódio de vulvovaginite em sua vida. Por outro lado, de 20% a 25% das mulheres saudáveis e assintomáticas apresentem cultura positiva à cândida³². Em Natal (RN), um estudo com 99 mulheres com diagnóstico de vulvovaginite causada por cândida, observou que 37% eram gestantes, 65% eram usuárias de roupas justas e 70% em uso de contraceptivo oral. Na incidência de vulvovaginite especula-se que hábitos higiênicos inadequados e o uso de roupas íntimas justas ou sintéticas, determinando pouca aeração nos órgãos genitais e aumentando a umidade predispõe a candidíase³³.

Um estudo com 299 mulheres mostrou que a relação sexual desprotegida está associada a infecções genitais (46,6%) prurido (20%) e dor pélvica (18%). Evidenciou também que a maioria das participantes informaram ter parceiros estáveis e não que se previnem, pois elas tendem a se sentirem seguras quando estão em um relacionamento estável e deixam de usar preservativo³⁴.

Outra queixa comum relatada pelas mulheres foi o desconforto causado pelos fogachos, que corrobora com um estudo realizado em Floriano (PI) com 184 mulheres em períodos de pré, peri e pós-menopausa, no qual houve a prevalência das seguintes alterações: nervosismo (73,9%), ansiedade (60,9%), fogachos (57,6%) e dispareunia (19,6%), apresentando também distúrbios do sono e humor deprimido³⁰, refletindo na qualidade de vida das mulheres, interferindo no sono, na atividade sexual e no humor.

Conclusões

A consulta de enfermagem é uma tecnologia essencial para o trabalho do enfermeiro, pois oportuniza o diálogo e vínculo entre o profissional e a mulher. O reconhecimento das demandas terapêuticas e dos diagnósticos de enfermagem são subsídios para o planejamento e execução de ações voltadas a sensibilização da mulher para identificar seus comportamentos de risco e modificar as condutas de

autocuidado. Foi possível identificar os DE de mulheres na oportunidade do exame de citologia oncótica e constatar a escassez de estudos a respeito de DE na área da saúde da mulher.

As mulheres deste estudo demonstraram interesse em compreender o exame de citologia oncótica e sua importância. Ficou evidente o conhecimento precário das mulheres ao apresentarem comportamentos de risco em relação ao autocuidado na saúde da mulher, tais como: Autoexame das mamas, Atividade Física e Ingesta hídrica, evidenciando a falta de conhecimento sobre a importância destes hábitos que pode levar à complicações na saúde da mulher.

É necessário que as políticas públicas relacionadas à saúde da mulher sejam inseridas na prática diária dos enfermeiros e que compreendam a educação em saúde como estratégia de sensibilização da população para identificar seus comportamentos de risco incentivando a modificá-los.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde referente ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UNESC.

Referências

1. World Health Organization. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado em 2016 ago 27]. Disponível em: http://www.who.int/immunization/hpv/learn/comprehensive_cervical_cancer_who_2013.pdf.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. O câncer e seus fatores de risco: o que a educação pode evitar? 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2013. 54 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo do útero e de mama. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.

5. Siqueira GS, Oliveira VMF, Barreto SMSS, Menezes MO, Silva DP, Machado ILD. Citopatologia como prevenção do câncer do colo uterino. *Ciênc Biol e da Saúde*. 2014; 2(1):33-9.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104 p.
7. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev esc enferm. USP*. 2013; 47(2):288-95.
8. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979. 99 p.
9. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009.
10. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015 – 2017. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468 p.
11. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 1986.
12. Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1):e2800014.
13. Lowen IMV, Peres AM, Crozeta K, Bernardino E, Beck CLC. Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(6):967-073.
14. Faria EM, Leopardi MT. O método OTDP. Criciúma; 2003:4. Apostila de Metodologia de Assistência de Enfermagem. Curso de Enfermagem. UNESC (ampliação Ceretta LB; Schwalm MT. 2008).
15. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2ª. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 393 p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
17. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Genebra: WHO; 2010 [citado em 2016 ago 27].. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf

18. Kuhn CHC. Educação em saúde para a prevenção do câncer de colo de útero: uma proposta de intervenção. [Dissertação]. [São Leopoldo]: Universidade do Vale do Rio Sinos, São Leopoldo; 2014. 59 p.
19. Prado BBF. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. *Ciênc Cult.* 2014; 66(1): 21-24.
20. Barasuol MEC, Schmidt DB. Neoplasia do colo do útero e seus fatores de risco: revisão integrativa. *Revista Saúde Desenv.* 2014;6(3): 139-53.
21. Sandri R, Bernardi JR, Siviero J. Consumo de fibras e líquidos em mulheres participantes de uma universidade da terceira idade no Sul do Brasil. *RBCEH.* 2012; 9(2):213-225.
22. Mendes MLM, Silva FR, Messias CMBO, Carvalho PGF, Silva TFA. Hábitos alimentares e atividade física de universitários da área de saúde do município de Petrolina-PE. *Tempus actas de saúde colet, Brasília.* 2016; 10(2):205-217.
23. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2014; 22(4): 547-553.
24. Rodrigues TCGF, Brum IV, Santos JLCT, Juste AM, Laporte EGJ, Laporte BEP. Conhecimento de 820 mulheres atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre autoexame das mamas. *Rev Bras Mastologia.* 2016; 26(2):60-4.
25. Lima ALP, Rolim NCOP, Gama MEA, Pestana AA, Silva EL, Cunha CLF. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(7): 1433-1439.
26. Ribeiro L, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(6):e00001415.
27. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, Oliveira ISB. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. *Texto contexto enferm.* 2011; 20(2):255-62.
28. Garcia ORZ, Lisboa LCS. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *Texto contexto enferm.* 2012; 21(3): 708-16.
29. Leite MCA, Nóbrega MM, Nóbrega MML. Diagnósticos de Enfermagem em gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família. *Rev enferm UFPE.* 2009; 3(2):292-300.
30. Menezes DV, Oliveira ME. Evaluation of life's quality of women in climacteric in the city of Floriano, Piauí. *Fisioter mov.* 2016; 29(2): 219-227.

31. Malheiros ESA, Chein MBC, Silva DSM, Dias CLL, Brito LGO, Pinto-Neto AM. Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: um inquérito domiciliar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(4):163-9.
32. Dalazen D, Zanrosso D, Wanderley L, Silva NL, Fuentefrla AM. Comparação do perfil de suscetibilidade entre isolados clínicos de *Candida* spp. orais e vulvovaginais no Sul do Brasil. *Bras Patol Med Lab.* 2011;47(1): 31-36.
33. Holanda AAR, Fernandes ACS, Bezerra CM, Ferreira MAF, Holanda MRR, Holanda JCP. Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007; 29(1):3-9.
34. Barcelos MRB, Vargas PRM, Baroni C, Miranda AE. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008; 30(7):349-54.