

TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM NOS CASOS DE PROLAPSO UTERINO*

Elaine Blanco Rodrigues **

Sandra Mara Rosales Fontes Côrtes **

RESUMO – Trabalho realizado no Hospital Universitário “Pedro Ernesto” - UERJ. Comenta as ações de enfermagem na assistência a pacientes portadoras de prolapso uterino. Apresenta considerações sobre o problema e ilustra a proposta terapêutica de enfermagem com a descrição de três casos.

ABSTRACT – This work was done at Hospital Universitário “Pedro Ernesto” and it comments the nursing actions in treatment of women with uterine prolapse. It presents some considerations about this problem and shows by the description of three cases the nursing care for these patients.

1 INTRODUÇÃO

Dentre os problemas ginecológicos que afetam especialmente a mulher multipáara e/ou idosa, aparece como um dos importantes o prolapso uterino, principalmente pelo fato de que algumas mulheres portadoras mesmo com as limitações de vida e riscos impostos pela patologia, levam às vezes muitos anos para procurar assistência. Faz-se necessário, por isso, o conhecimento destes fatores e implicações específicas, para que a enfermagem possa adotar as ações terapêuticas e preventivas pertinentes.

PROLAPSO UTERINO

Definição - é a protusão do útero pelo introito vaginal devido ao enfraquecimento ou adelgaçamento das estruturas de sustentação do órgão.

Classificação - “o grau do prolapso uterino está em relação direta com o grau de separação ou enfraquecimento de suas estruturas suportes” (BENSON, 1976). O prolapso pode ser classificado em:

- A - Prolapso de primeiro grau - o útero desce a um ponto onde a cérvix fica visível no introito vaginal;
- B - Prolapso de segundo grau - nos casos em que a cérvix projeta-se através do introito vaginal; e
- C - Prolapso de terceiro grau - procidência total, quando o útero inteiro projeta-se através do introito vaginal (JEFFREY⁴).

Etiologia - o prolapso uterino em geral ocorre em pacientes com traumatismo de parto, multiparidade, pós-menopausa (devido à baixa nos níveis de estrogênios), afecções que produzam aumento da pressão intra-abdominal (tosse crônica, constipação, levantamento de peso, tumores, ascite, gravidez obesidade) (MACKAY⁵).

Sinais e Sistemas - as queixas mais frequentes nos casos de prolapso uterino, principalmente de segundo e terceiro graus, são sensação, de peso ou “repuxamento” da região lombar inferior, pelve ou regiões inguinais, associada à presença de “massa” na vagina. Em mulheres pré-menopáusicas aparece a leucorréia ou a menometrorragia em virtude da congestão uterina. No prolapso de terceiro grau o útero exposto pode tornar-se inflamado ou infectado. Aparecem ainda a dificuldade em esvaziar o intestino ter-

minal, distúrbios da micção, secreção sanguinolenta e obstrução uretral.

Diagnóstico - “raramente existe qualquer dificuldade no diagnóstico do prolapso uterino” (MACKAY⁵) - Deve ser feita uma diferenciação dos casos de alongamentos cervicais hipertróficos ou dos tumores de cérvix ou do útero, da cistoceli, da retocele, inversão uterina, do fecaloma ou de um grande cálculo vesical. Apesar das diversas possibilidades, a anamnese e os dados físicos são tão característicos que o diagnóstico não constitui problema. (BENSON¹).

Tratamento - a conduta a ser adotada no tratamento do prolapso uterino deve considerar os seguintes fatores: idade da paciente, condições clínicas gerais, desejo de procriação futura, grau do prolapso, comprometimento de outras estruturas.

O tratamento clínico via de regra consiste no uso de pessários e tamponamento vaginal como medidas conservadoras para os casos de prolapso de menor grau em pacientes de alto risco para grande cirurgia. O tratamento conservador cirúrgico é empregado em geral nas cirurgias de Manchester, Shirodkar e Le Fort. As cirurgias radicais são as histerectomias vaginal e abdominal. (BENSON¹, JEFFREY⁴, MACKAY⁵, MONTEIRO⁶).

2. CASOS ILUSTRATIVOS

Caso I:

CMA, 53 anos, internada na Unidade de Ginecologia da HUPE, queixando-se de peso na vagina, visualização e palpação do útero. Foi diagnosticado prolapso uterino de segundo grau. Refere ainda episódios de retenção e incontinência urinária, secreção e protusão do útero. Gesta VII, Para III sendo um parto domiciliar, e quatro abortos espontâneos. Começou atividade sexual aos 15 anos e primeiro parto aos 23 anos. Relata ter trabalhado sempre carregando peso inclusive durante as gestações. Mostra-se muito preocupada com problemas familiares pois tem marido alcoólatra. Demonstra grande ansiedade com relação à vida sexual após a cirurgia, pois segundo as informações que recebeu “deixaria de ser mulher se retirasse o útero”. Deverá ser submetida à cirurgia de Manchester.

* Trabalho realizado na Disciplina Est. Sup. Enfermagem Ginecológica I, com a colaboração da Enfermeira Marie Dominique Hood (HUPE) e do Professor Octavio Muniz da Costa Vargens (Fac. Enf. UERJ).

** Internas do curso de Graduação em Enfermagem da UERJ, no Hospital Universitário “Pedro Ernesto” - UERJ.

Esta paciente teve durante todo o seu período de internação participação ativa nos grupos de orientação que se realizam na unidade, mas custou muito a compreender e desenvolver os cuidados pessoais voltados para a preservação de seu estado geral pré-operatório.

Caso II:

RFA, 89 anos, internada na unidade de cirurgia geral do HUPE, para tratamento de litíase biliar. Ao exame físico foi detectado prolapso uterino de terceiro grau. Relata ter esse problema há quarenta anos, quando pariu seu último filho. Teve dez gestações e quatro partos e desde o último parto vem apresentando problemas de retenção e incontinência. Informou que em toda sua vida trabalhou carregando peso, inclusive na lavoura, iniciou vida sexual aos 33 anos. Mostra-se bastante envergonhada com sua doença e vem rejeitando a cirurgia por medo da anestesia. Deverá ser submetida à cirurgia de Le Fort.

Importante observar que esta paciente muito provavelmente pela vergonha de sua doença, conforme nos relatou, demorou 40 anos para procurar atendimento, e mesmo assim por força de outro agravo à sua saúde.

Caso III:

CAZ, 62 anos, internada na Unidade de Ginecologia do HUPE, obesa, queixando-se de "peso na vagina" que se acentuou com o decorrer dos anos. Refere que há mais ou menos quatro meses apareceu a exteriorização do útero. Foi diagnosticado prolapso uterino de terceiro grau. Iniciou atividade sexual aos 27 anos tendo uma única gestação aos 32 anos com parto normal. Estão presentes a incontinência e a retenção urinária, relata ter sempre trabalhado submetendo-se a esforços físicos e carregando peso. Mostra-se bastante preocupada quanto à cirurgia por desconhecê-la, e a repercussões sobre o próprio corpo. Demonstra muita insegurança quanto às atividades que poderá desenvolver após o tratamento, principalmente sobre sua vida sexual. Deverá ser submetida à Histerectomia Total por via vaginal.

3 PROPOSTA TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM

A terapêutica de enfermagem tem como princípio básico a busca de soluções para os problemas de pacientes de modo a torná-los cada vez mais independentes e aptos para o autocuidado. Sendo assim, a avaliação do paciente do ponto de vista da enfermagem inclui, além da avaliação de problema de natureza clínica, a identificação das diversas interferências que estes terão na vida e no comportamento da paciente, na sua relação consigo mesma e com seu grupo social e familiar.

As pacientes que escolhemos para ilustrar esta proposta resumem o quadro mais frequentemente encontrado, qual seja: a pós-menopausa associada ou não a traumatismos obstétricos e a necessidade de tratamento cirúrgico. Todas as queixas, preocupações e ansiedades relatadas pelas pacientes apontam para uma terapêutica de enfermagem centrada em dois campos fundamentais: a recuperação física pós-operatória e a

situação emocional enfocando, principalmente, a sexualidade.

No campo da recuperação física, procuramos tratar agravos já existentes no pré-operatório. Neste período destacam-se a higiene pessoal e o tratamento das lesões. Imediatamente após a cirurgia iniciamos as ações que visam fundamentalmente prevenir infecção e a tensão na linha de sutura, orientar quanto à higiene da genitália após cada micção e/ou evacuação, recomendar os exercícios perineais para fortalecimento da musculatura. Nos casos de retenção (sem micção até seis horas após a cirurgia) fazer um cateterismo de alívio. Em alguns casos deixa-se o catéter por até 72 horas, fazendo-se a reeducação nas últimas 24 horas.

No campo emocional, a enfermagem deve estar sempre atenta para identificar os problemas, suas interferências na recuperação da cirurgia e planejar assim suas ações. Pudemos observar que a falta de orientações básicas, gerais, quer seja por desconhecimento do próprio corpo, quer seja sobre a cirurgia, por medo ou mesmo vergonha, são os aspectos mais importantes a serem conversados com as pacientes. Manter a paciente e sua família informadas do que se está passando é atividade importante para garantir o sucesso do tratamento e a reintegração da paciente à sua vida normal, com um mínimo de limitações. Estimular a participação da paciente no seu próprio tratamento mostrou resultados importantes.

De um modo geral as pessoas baseiam-se em múltiplas experiências já vividas, de sorte que as doenças e tratamentos graves interferem no conceito que as pessoas fazem de si mesmas. A adaptação às mudanças impostas por doenças pode atingir o sentimento de identidade da pessoa, levando algumas a acharem-se "aleijadas" o que enfatiza a incapacidade e afeta a auto-imagem.

O primeiro passo para a compreensão do controle de imagem corporal é tornar-se mais consciente das próprias atitudes a respeito de saúde, enfermidade, mutilação e alterações no funcionamento do corpo. Ansiedade, aversão, repugnância e piedade são, em geral, respostas automáticas e a anormalidades na aparência e funcionamento do corpo da paciente. Para ajudar a estas pacientes o enfermeiro deve ser capaz de controlar seus próprios sentimentos, além de entender que estas alterações na paciente implicam em adoção de medidas terapêuticas individualizadas, definir quais destas medidas devem ser priorizadas.³

4. CONCLUSÃO

Este trabalho foi de grande importância pois, através das entrevistas realizadas e dos cuidados prestados com base na definição de prioridades dos problemas identificados, pudemos desenvolver nossa aprendizagem.

Ao implementarmos o tratamento de enfermagem através de orientações, com uso de meios-visuais, através do apoio emocional prestado às pacientes, estas mostraram-se, dentro de seus limites, muito mais confiantes na equipe e participantes em seu tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BENSON, R.C. *Manual de Obstetrícia e Ginecologia*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1976, p. 482-489.
- 2 BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977, p. 750-753.
- 3 ———, *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 5 ed. Rio de Janeiro: Interamericana. 1985, p. 170-177.
- 4 JEFFREY, W.E. & BECKMAN, C.R.B. *Manual de Ginecologia*. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1986.
- 5 MACKAY, E.V. et alii. *Tratado de Ginecologia Ilustrada*. Rio de Janeiro: Interamericana. 1985, p. 303-320.
- 6 MONTEIRO, A. *Ginecologia: diagnósticos e protocolos de tratamento*. 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1981. p. 219-223.
- 7 TOURRIS, H.D. *Manual de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Masson do Brasil. 1979, p. 208-215.