

INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO: VIVÊNCIA DE MULHERES¹

Bruna Ré Carvalho*
Cecília Melo**
Odaléa Maria Bruggemann***
Olga Regina Zigelli Garcia****
Joyce Green Koettker*****

RESUMO

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa exploratório-descritiva, cujo objetivo foi compreender a vivência de mulheres durante a inibição de trabalho de parto pré-termo no centro obstétrico. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com seis puérperas, no alojamento conjunto de uma maternidade de Florianópolis - SC, de agosto a outubro de 2008, e analisados de acordo com a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. As ideias centrais e os discursos contemplam aspectos sobre os efeitos colaterais do uso de drogas uteroinibidoras, orientação recebida dos profissionais, sentimentos vivenciados, apoio emocional, cuidados recebidos e desconfortos referidos. Os efeitos colaterais dos fármacos uteroinibidores repercutiram em sentimentos de ambivalência entre a necessidade de continuar inibindo e o desejo de que a criança nascesse logo; contudo, após a decisão clínica da interrupção da inibição, surgiram sentimentos de alívio. A assistência à mulher durante a inibição do trabalho de parto deve valorizar os aspectos emocionais, assim como os desconfortos decorrentes do tratamento instituído.

Palavras-chave: Trabalho de Parto Prematuro. Enfermagem Obstétrica. Tocólise. Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

O nascimento pré-termo é uma das maiores dificuldades encontradas na área obstétrica. Apesar da evolução das estratégias de prevenção durante o pré-natal e da assistência neonatal ocorrida nos últimos anos, a incidência, a morbidade e a mortalidade neonatal continuam elevadas, sendo que suas complicações estão entre as principais causas de morte no primeiro ano de vida da criança⁽¹⁾. Como trabalho de parto pré-termo (TPP) é considerado aquele que ocorre entre 22 e 37 semanas incompletas de gestação, o qual se associa a fatores de risco obstétricos maternos e comportamentais. Em aproximadamente 40% dos casos, não é possível a identificação de fator causal, e neste grupo incluem-se os fatores emocionais, normalmente pouco lembrados e abordados⁽²⁾. Atualmente, a ansiedade vem sendo considerada como possível fator determinante na prematuridade⁽³⁾.

A incidência de nascimentos prematuros em países em desenvolvimento, como o Brasil, é de aproximadamente 7%⁽⁴⁾. Em Santa Catarina, no ano de 2005, foram registrados 82.548 nascidos vivos, dos quais 6,1% foram prematuros, sendo observada uma tendência de aumento, uma vez que a incidência foi de 5,54% no ano 2000⁽⁵⁾.

A importância clínica do diagnóstico precoce do TPP está na possibilidade de aumentar a duração da gestação para reduzir a morbidade e mortalidade neonatais⁽⁶⁾. A decisão de se prolongar a gestação requer a análise cuidadosa das condições materno-fetais⁽¹⁾, uma vez que as drogas uteroinibidoras podem ocasionar efeitos colaterais indesejáveis tanto na mulher quanto no feto, portanto devem ser consideradas como fatores inibidores. O TPP não significa que o parto será adiado por um tempo clinicamente benéfico⁽⁷⁾.

A hospitalização pode tornar-se um momento obscuro e desconhecido, e acompanhada de

¹Artigo referente ao Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

*Enfermeira. E-mail: brunare@hotmail.com

**Enfermeira. Discente do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). E-mail: ceciliamelomelo@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do GRUPESMUR. E-mail: odalea@nfr.ufsc.br

****Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do GRUPESMUR. E-mail: zigarcia@gmail.com

*****Enfermeira. Mestranda no PEN da UFSC. Membro do GRUPESMUR. E-mail: joycegreenk@yahoo.com.br

complicações, gera ansiedade para a gestante e transtornos para toda a família que compartilha desse cotidiano⁽⁸⁾, uma vez que, de maneira geral, o nascimento do novo ser é esperado com saúde, equilíbrio e alegria. Quando o bebê nasce prematuro, as idealizações antes sonhadas transformam-se em angústias e incertezas, visto ser um bebê de risco, em razão da sua própria imaturidade anatômica e fisiológica⁽⁹⁾.

A trajetória acadêmica e profissional das pesquisadoras possibilitou identificar que o TPP é uma intercorrência frequente no cotidiano de centro obstétrico (CO) e afeta emocionalmente as mulheres, e que os fármacos geralmente utilizados causam desconforto; entretanto não havia clareza sobre quais os aspectos emocionais e assistenciais, sob a ótica das mulheres, envolviam a experiência de inibição, porquanto a literatura sobre este tema está mais voltada para os aspectos obstétricos e fetais^(1,6-9,11,15) do que para a vivência da mulher durante esse período. Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender a vivência das mulheres que experienciaram o processo de inibição do TPP no CO.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratório-descritiva, realizada no período de agosto a novembro de 2008, na Maternidade Carmela Dutra (MCD), instituição pública e de ensino localizada no município de Florianópolis, integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. É centro de referência estadual em saúde da mulher, prestando assistência ginecológica, oncológica, obstétrica e neonatal.

A população-alvo do estudo foram as mulheres que realizaram inibição de TPP no CO durante o tempo previsto para coleta de dados, sendo excluídas aquelas que tiveram óbito fetal, feto natimorto e recém-nascido pré-termo com malformação. O número de participantes foi estabelecido pela saturação de dados, ou seja, quando as informações coletadas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo e as novas falas apresentaram acréscimos pouco significativos, em vista do objetivo proposto pela pesquisa. Assim, participaram seis mulheres (puérperas), que

foram entrevistadas no alojamento conjunto da MCD, durante a internação pós-parto, em local reservado, para garantir-lhes a privacidade e a qualidade das informações.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento que contemplava dados de identificação e obstétricos e um roteiro de entrevista, que foi previamente testado com duas puérperas. Os dados de identificação e os antecedentes obstétricos foram coletados no prontuário, e os referentes à vivência sobre a inibição do TPP, foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro com perguntas que abordavam aspectos emocionais e assistenciais. A coleta de dados foi realizada somente após explicação sobre a pesquisa e aceitação, por escrito, das participantes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de uma adolescente entrevistada, a sua mãe, responsável legal, foi quem assinou o TCLE.

As entrevistas foram gravadas e após a transcrição realizou-se análise temática de discurso, de acordo com a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa proposta visa organizar e tabular os dados qualitativos extraindo-se as ideias centrais (IC) e suas correspondentes expressões-chaves (EC). A partir das ECs que possuem a mesma IC, compõe-se um ou vários discursos-síntese – DSC, na primeira pessoa do singular⁽¹⁰⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MCD, sob o protocolo n.º 0014.0.233.242-08. Todos os procedimentos seguiram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características das puérperas

As seis participantes do estudo encontravam-se na faixa etária entre 15 e 32 anos, a maioria (4) possuía o 2º grau completo e duas destas estavam cursando o nível superior. Quanto à ocupação, duas trabalhavam na área da saúde e duas estavam cursando graduação em Enfermagem. Todas tiveram a presença de um acompanhante no CO durante o TPP, o qual, em cinco casos, era o companheiro e em um era a

mãe da parturiente. Verificamos que todas utilizaram terbutalina endovenosa como droga uteroinibidora, variando de 6 a 22h30min o tempo de uso do produto. Metade delas tiveram parto normal e eram primíparas. Os recém-nascidos pré-termo foram avaliados com Capurro entre 25 semanas e 2 dias a 36 semanas, sendo que três estavam internados na unidade de terapia intensiva neonatal durante a realização da coleta de dados.

A vivência das mulheres acerca do trabalho de parto pré-termo

As ideias centrais que emergiram das entrevistas com as puérperas sobre a vivência durante a inibição do TPP no CO contemplam aspectos sobre os efeitos colaterais do uso de drogas uteroinibidoras, as orientações recebidas dos profissionais, os sentimentos vivenciados, o apoio emocional, os cuidados recebidos e os desconfortos referidos.

IC1 - Desconfortos pelos efeitos colaterais decorrentes do uteroinibidor

O remédio é horrível [...] o bricanyl é muito ruim [...] quando eu tava tomando soro o meu coração ficou disparando muito [...]. Dá palpitação direto, bem ruim, eu não via a hora de acabar [...] dá uma falta de ar horrível [...] dava dor de cabeça [...]. Depois eu passei mal, vomitei, deu mal-estar, muita tontura [...] tremia toda. Acelerou também o coração do bebê [...] suava frio [...] e por isso que não foi fácil de aceitar, né? De querer deixar nascer e eles (médicos) não [...] Eles sabiam que tava fazendo o melhor, mas quem tava sofrendo era eu, né? Eu sentia 4 contrações em 10 minutos, mesmo inibindo, e a tendência foi aumentando. Tava doendo muito [...] (DSC1).

Entre as drogas uteroinibidoras mais empregadas para a inibição de TPP encontramos a terbutalina, empregada em todas as participantes. A literatura descreve que frequentemente ocorrem efeitos colaterais maternos (taquicardia, hipotensão arterial, cefaleia, êmese, tremores de extremidades, febre, precordialgia e edema agudo pulmonar)⁽¹¹⁾ e fetais (taquicardia, hiperinsulinismo, hipoglicemia e hipotensão arterial)⁽¹⁾.

Percebemos no DSC1 que as mulheres sentiram a maioria dos desconfortos causados pelas drogas uteroinibidoras relatados na literatura obstétrica, de forma tão intensa que

dificultou a aceitação e continuidade do tratamento, embora compreendessem a importância de inibir o TPP.

Quando a mulher vivencia o TPP, os desconfortos sentidos pela inibição (IC1), somados à dor decorrente das contrações, podem levá-la a desejar a interrupção da inibição. Embora esse desejo da mulher não tenha sido abordado na literatura, alguns autores têm apontado que a dor é vista como algo muito marcante e sua sensação pode influenciar na satisfação da mulher durante o trabalho de parto, emergindo sentimentos positivos e negativos⁽¹²⁾.

IC2 – Diversidade de orientações recebidas dos profissionais sobre o TPP

Quando eu internei o médico já falou que eu tava em trabalho de parto [...], que ia ter que inibir [...] que não era para nascer agora, que ele era muito novinho. [...] Falaram (médicos) que talvez os pulmõezinhos dele (recém-nascido) não tavam maduro suficiente [...] e ia ter que tomar uma medicação [...] eles me explicaram tudo direitinho, como poderia ser, se ele tivesse que ir para a UTI neonatal [...]. Cada hora vinha um médico diferente ou aprendiz, né? Então assim, a gente fica muito ansiosa [...] e faz a mesma pergunta várias vezes, só que tu não recebe às vezes a mesma resposta, né? [...] então talvez eles (médicos) queiram te dizer a mesma coisa, mas de maneira diferente, mas você interpreta tudo diferente. É tão ruim quando eles vêm examinam, examinam e não falam nada. Ali na hora é muito difícil, porque você tá com o psicológico muito abalado [...]. As enfermeiras [...] também [...] bastante conversaram comigo, tinha hora que batia o desespero, né? [...] Dai elas vinham conversavam: “a gente quer o melhor pra ti” [...]. Mas na hora era difícil, quem tá passando dor não tem muita paciência. (DSC2).

As mulheres receberam informações sobre a inibição do TPP pelos médicos e enfermeiras do CO (DSC2), porém o foco das orientações eram a duração do tratamento e as possíveis intercorrências com o recém-nascido pré-termo. Identificamos a falta de uma abordagem relacionada aos efeitos colaterais da droga uteroinibidora, o que pode ter gerado ansiedade ao vivenciarem os seus desconfortos (IC1). Compartilhar conhecimentos sobre esse processo é importante, pois possibilita o estabelecimento de uma relação mais próxima do profissional com a mulher; mas devem-se considerar as

necessidades que emergem da vivência da mulher para a redução da ansiedade e compreensão do vivido.

Uma pesquisa sobre as dificuldades na comunicação entre parturiente e equipe obstétrica apontou que algumas mulheres procuram estabelecer contato com os profissionais, mas muitas vezes recebem informações incompletas, distantes, com duplo sentido, sem alcançarem as suas necessidades. O diálogo efetivo e a consequente participação ativa da mulher durante o trabalho de parto reduzem sentimentos negativos como medo, angústia e dor, proporcionando-lhe uma experiência mais positiva⁽¹³⁾.

Apesar de as mulheres terem recebido orientações sobre alguns aspectos do processo de inibição (IC2), o DSC2 exemplifica que a diversidade de informações pode gerar ansiedade, insegurança e dúvidas, uma vez que estão abaladas emocionalmente pela inibição do TPP. Cabe destacar que isto é decorrente da própria organização da assistência no CO, em que vários profissionais estão envolvidos no acompanhamento de uma mesma parturiente. Inclusive, nem sempre as tomadas de decisão e condutas são compartilhadas por todos, podendo gerar informações desencontradas e divergentes.

Além dos profissionais de saúde, no CO da instituição em que a pesquisa foi desenvolvida existem acadêmicos de enfermagem e de medicina e médicos residentes em obstetrícia e ginecologia. Assim, o universo de pessoas envolvidas na assistência torna-se muito amplo. Em pesquisa sobre o cuidado durante o trabalho de parto e parto, o excesso de estagiários proporcionou mal-estar em algumas mulheres⁽¹²⁾.

A assistência prestada muitas vezes é fragmentada, tornando-se uma barreira entre a equipe, a parturiente e a família e dificultando uma comunicação efetiva entre essas partes, enquanto se sabe que a mulher deve sentir-se segura para dialogar com a equipe⁽¹⁴⁾. A comunicação, quando estabelecida de forma positiva, proporciona apoio, conforto e confiança resultando em satisfação e bem-estar⁽¹³⁾.

IC3 - Sentimentos ambivalentes: desejar o nascimento versus precisar inibir o TPP

[...] era tanta dor [...] vinha um monte de coisa na minha cabeça, [...] ansiedade, medo [...] por ele

(recém-nascido), porque eles (médicos) disseram que ele podia ficar no oxigênio e tal, na UTI neonatal [...]. Sei lá, tava me sentindo um pouco insegura e [...] um pouco de impotência assim também [...]. Eu fiquei até um pouco ansiosa para saber se ele ia nascer ali ou não, porque [...] eu ia ficar internada e [...] tenho outra criança em casa. [...] Na verdade uma hora eu fui um pouco que egoísta, eu queria que tivesse logo pra tirar o bebê, porque eu já não tava mais aguentando [...] eu já tava passando por tudo aquilo [...] mas eu tava bem [...] eu sabia que ia dar tudo certo (DSC3).

Essa ambivalência pode ser decorrente do estresse vivido pela mulher durante a inibição do TPP por causa dos desconfortos advindos dos efeitos colaterais do uteroinibidor, conforme a IC1. Ao mesmo tempo a mulher possui consciência de que a inibição do TPP é benéfica para o bem-estar do recém-nascido, e isso gera um conflito de sentimentos e emoções. Em um estudo realizado com mães de recém-nascidos pré-termo, estas relatam sentimentos negativos como medo e angústia, assim como sentimentos de fé e expectativa positiva sobre o estado do bebê, mostrando também ambiguidade de sentimentos⁽¹⁵⁾.

Os profissionais de saúde precisam estar atentos para identificar e valorizar esses sentimentos, assim como utilizar estratégias para que as mulheres sintam-se apoiadas durante o processo de inibição. Alguns desconfortos das drogas uteroinibidoras não podem ser totalmente eliminados, mas existem formas de reduzi-los, elegendo-se um fármaco que cause menos efeitos colaterais.

IC4 – Sentimento de alívio com a interrupção da inibição do trabalho de parto

Eu nem tava muito ligando para isso [...], foi um alívio [...], porque tava doendo muito a minha barriga, [...] eu já queria logo que nascesse para passar logo essa dor [...], eu fiquei feliz, eu sabia que eles (médicos) não iam mais inibir [...]. Também [...] foi um alívio porque eu sabia que eu sofrendo, ele já tava sofrendo na minha barriga, então assim, era hora, não tinha mais como adiar (DSC4).

Os efeitos colaterais decorrentes das drogas uteroinibidoras, em especial a taquicardia (IC1), interferem na vivência da mulher, fato que gera uma expectativa de “resolução do problema”, ou

seja, a finalização do processo de inibição do TPP, que se sobrepõe à sua preocupação com a possibilidade do parto pré-termo e suas complicações, como se observa no DSC4. A própria dor decorrente das contrações sentidas pela mulher em TPP, quando a terapêutica não é efetiva para cessá-las precocemente, contribui para que ela deseje a finalização do processo de inibição. Assim, somam-se os desconfortos da terapêutica instituída e das contrações, que contribuem para os sentimentos de alívio, mesmo com o nascimento de um recém-nascido pré-termo. Cabe destacar que não há referência sobre esse aspecto na literatura pesquisada, tornando-se necessário aprofundá-lo em outros estudos.

IC5 – As puérperas sentiram-se bem cuidadas pela equipe multiprofissional

Fui bem cuidada, todos (profissionais) foram bem atenciosos [...], me explicavam algumas coisas [...]. Foi ótimo, não sei a atenção, o carinho, o respeito [...] A enfermeira foi muito paciente, muito querida [...]. Quando eu me desesperei e comecei a chorar teve uma mulher que começou a fazer massagem nas minhas costas [...]. Uma médica que me ajudou bastante [...] falando pra mim ficar calma [...]. Eles (profissionais) também tavam ali sempre presentes olhando os sinais vitais [...], fazendo dinâmica (uterina), de meia em meia hora tinha alguém lá vendo o coraçãozinho dele (feto) e isso me acalmava bastante, por saber que ele ainda tava vivo ali. Então eu fiquei tranqüila, porque eles tavam fazendo tudo que eles podiam. [...] Eu tive esse carinho, mas infelizmente não são todos [...] de repente faltou uma parte de atendimento mais aprofundado no sentimental [...] (DSC5).

O DSC5 mostra que as mulheres identificaram a atenção, a orientação recebida, o carinho, o respeito, a paciência e medidas de conforto físico como elementos essenciais do cuidado, assim como as ações que são inerentes ao acompanhamento do trabalho de parto⁽¹⁶⁾. Alguns desses aspectos foram apontados como positivos em pesquisa com puérperas que vivenciaram trabalho de parto a termo, demonstrando que a enfermagem, por estar mais próxima da parturiente, deve cuidar e confortar para que esta experiencie o processo de nascimento de maneira saudável⁽¹²⁾. Os profissionais de saúde devem estar disponíveis

ao outro, nos aspectos emocionais, físicos e intelectuais⁽¹³⁾.

A mulher, nesse contexto de fragilidade emocional, necessita de um cuidado de enfermagem e dos demais profissionais que integram a equipe do CO que valorize e promova o acolhimento, ofereça atenção e apoio, além da assistência obstétrica necessária. Todos esses fatores proporcionam uma vivência mais tranquila e segura, como evidencia o DSC5.

IC6 – Desconfortos decorrentes do ambiente e de alguns cuidados recebidos

Ah, teve [...] o barulho, [...] o desconforto da cama, [...] é horrível ficar deitada, [...] a dinâmica uterina, [...] os BCFs (batimentos cardíacos fetais) [...]. É claro que tem que fazer, [...] só que eu tava com contração tão forte que parecia que tava doendo mais ainda porque elas (médicas) estavam ali, mas eu sabia que era necessário [...] (DSC6).

Os cuidados recomendados durante a assistência no primeiro período clínico do parto⁽¹⁶⁾, necessários para avaliar o sucesso da inibição do TPP e do bem-estar fetal, também causam desconforto (DSC6). Além disso, as próprias características do ambiente do CO - um setor fechado, repleto de constantes ruídos oriundos da televisão, das campainhas, dos telefones e conversas entre os membros da equipe e de outras parturientes - geram muito barulho e incomodam as parturientes internadas. O repouso no leito, embora necessário durante a terapia medicamentosa⁽¹⁾, também foi sentido como um gerador de desconforto.

Um espaço aconchegante e silencioso proporciona para todos os envolvidos, durante a internação, um relaxamento psicofísico, melhorando a qualidade da assistência⁽¹⁶⁾. Cabe destacar que os cuidados prestados em ambiente harmônico, baseado na solidariedade e acolhimento, aliados aos saberes técnicos e científicos, contribuem para a efetiva promoção das relações humanas⁽¹⁷⁾.

A necessidade de um ambiente tranquilo e confortável, apontado no DSC6, foi expressada em outro estudo, no qual mães de recém-nascidos prematuros também destacaram que o ambiente deve oferecer condições à família para fazer aflorar seus sentimentos de adequação do novo bebê⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se que a resolução RDC n.º 36 de 2008, que aborda, entre outros aspectos, a organização e a infra-estrutura física em serviços de atenção obstétrica e neonatal, dispõe que a ambiência desses serviços deve prover condições físicas, sociais, profissionais e de relações interpessoais voltadas para um atendimento que seja humanizado e atue de forma resolutive. A equipe obstétrica também deve atentar para o controle de ruídos, da temperatura e da luminosidade provenientes do ambiente⁽¹⁸⁾.

IC7 – Apoio emocional do acompanhante

Ainda bem que tinha o meu marido. [...] então eles (profissionais) me deixaram mais com ele [...] deixaram pra ele isso (o apoio) [...] até pelo fato de ele ser meu marido, tá ali toda hora me acompanhando, nem precisava falar nada, né? [...] (DSC7).

Apesar de terem se sentido bem-cuidadas pelos profissionais de saúde, as mulheres expressaram a importância do apoio recebido do acompanhante. A presença de um acompanhante de escolha da mulher está prevista na Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante à mulher esse direito durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde⁽¹⁹⁾. O acompanhante confere à gestante um suporte psíquico e apoio emocional pela presença reconfortante, dando-lhe segurança, dividindo seus medos e ansiedade e auxiliando-a nos momentos mais difíceis⁽¹⁶⁾.

Estudo sobre o apoio de acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto apontou que tanto a mulher quanto as instituições de saúde podem se beneficiar com essa prática, pois promove a satisfação da parturiente e de todos os envolvidos no processo⁽²⁰⁾.

Os benefícios decorrentes do apoio no trabalho de parto para a satisfação da mulher e redução das intervenções obstétricas são apontados pelas evidências científicas⁽²⁰⁾. Conforme a IC7, as próprias mulheres valorizam e reconhecem a importância da presença do acompanhante para prover apoio emocional durante a inibição do TPP, fato que pode ser decorrente da ansiedade, insegurança e dos sentimentos ambivalentes que permeiam toda a vivência, como exposto na IC3.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou compreender os aspectos que envolvem a vivência da mulher durante a inibição do TPP no CO. As ICs e os DSCs geram reflexões acerca das drogas utilizadas e seus efeitos colaterais, as orientações recebidas, a forma como a assistência se organiza e é prestada, a organização do ambiente, os sentimentos emergidos durante a inibição e o apoio emocional recebido do acompanhante.

É importante ressaltar que os desconfortos decorrentes dos efeitos colaterais da droga uteroinibidora, a terbutalina, utilizada pelas participantes, destacaram-se nos resultados da pesquisa. Percebemos que esses desconfortos, somados à dor do trabalho de parto, influenciaram a vivência das mulheres durante o processo de inibição, uma vez que os efeitos colaterais apareceram de forma tão intensa que geraram sentimentos ambivalentes entre desejar o nascimento e necessitar da inibição do TPP, e por fim, sentimento de alívio com a finalização do processo de inibição e o nascimento. Esses achados apontam a necessidade de que outras pesquisas sejam realizadas para aprofundar este último aspecto, que não tem sido contemplado na literatura sobre o tema.

Verificamos também que a ansiedade relatada por algumas mulheres pode ter sido exacerbada pela falta de orientação específica sobre os efeitos colaterais do uteroinibidor, assim como pela diversidade das informações recebidas, decorrente da alta rotatividade de profissionais e da presença de acadêmicos de diferentes cursos de graduação envolvidos no cuidado de uma mesma mulher. Quando se busca a efetiva promoção das relações humanas, os cuidados prestados devem ser providos em ambiente harmônico, baseado na solidariedade e acolhimento, devendo esses aspectos estar aliados aos saberes técnicos e científicos.

Consideramos que os achados desta pesquisa poderão contribuir para que os profissionais de saúde do CO, que assistem diretamente as mulheres em processo de inibição do TPP, repensem a atenção obstétrica. Esta não pode estar restrita a seguir os protocolos de conduta preestabelecidos pela instituição, ela deve contemplar também os aspectos emocionais e os desconfortos físicos sentidos pela mulher que

vivência o processo. Na escolha do uteroinibidor deve ser considerada a sua eficácia, como também os efeitos colaterais, e quando possível, ser eleito um fármaco que os desencadeie menos

intensamente, tornando a vivência da mulher mais satisfatória e menos estressante, o que contribuirá para o sucesso da inibição do TPP.

INHIBITION OF PRETERM LABOR FROM WOMEN POINT OF VIEW

ABSTRACT

A qualitative exploratory-descriptive research, whose objective was to understand the experience of women during the inhibition of preterm labor at the obstetric center. Data were collected through semi-structured interviews with six postpartum mothers at a maternity room in Florianópolis, SC, from August to October 2008. They were reviewed in accordance with the proposal of Collective Subject's Discourse. The Central Ideas and Discourses include the following aspects: side effects of drug uterus-inhibitors, orientation received from professionals, experienced feelings, emotional support, care received and distress reported. The side effects of drugs uterus-inhibitor influenced on feelings of ambivalence between the need to continue inhibiting and the desire of childbirth. However, after the discontinuation of clinical decision of inhibition, feelings of relief emerged. Assistance to women during the inhibition of preterm labor might value the emotional aspects as well as the distress resulting from the treatment.

Key words: Obstetric Labor. Premature. Obstetrical Nursing. Tocolysis. Qualitative research.

INHIBICIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO: VIVENCIA DE MUJERES

RESUMEN

Investigación cualitativa exploratorio-descriptiva, cuyo objetivo fue comprender la vivencia de mujeres durante la inhibición de trabajo de parto pretérmino en el centro obstétrico. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas con seis puérperas, en el alojamiento conjunto de una maternidad de Florianópolis-SC, de agosto a octubre de 2008, y analizados de acuerdo con la propuesta del Discurso del Sujeto Colectivo. Las Ideas Centrales y los Discursos contemplan aspectos sobre los efectos colaterales del uso de drogas útero-inhibidoras, orientación recibida de los profesionales, sentimientos vivenciados, apoyo emocional, cuidados recibidos e incomodidades referidas. Los efectos colaterales de los fármacos útero-inhibidores repercutieron en sentimientos de ambivalencia entre la necesidad de continuar inhibiendo y el deseo que el bebé naciese pronto. Con todo, después de la decisión clínica de la interrupción de la inhibición, surgieron sentimientos de alivio. La asistencia a la mujer durante la inhibición del trabajo de parto debe valorizar los aspectos emocionales, así como las incomodidades decurrentes del tratamiento instituido.

Palabras clave: Trabajo de Parto Prematuro. Enfermería Obstétrica. Tocólisis. Investigación Cualitativa.

REFERÊNCIAS

1. Bittar RE, Carvalho MHB, Zugaib M. Condutas para o trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005 set.; 27(9):561-66.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco*. Brasília (DF); 2000.
3. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*. 2007 abr.; 23(4):747-56.
4. Medeiros A, Gouveia N. Relação entre baixo peso ao nascer e a poluição do ar no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005 dez.; 39(6):965-72.
5. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saúde Pública*. 2008 maio; 24(5):1024-32.
6. Bezerra LC, Oliveira SMJV, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant*. 2006 abr/jun; 6(2):223-29.
7. Keirse MJNC. The history of tocolysis. *Br J Obstet. Gynaecol*. [on line]. 2003 abr. [cited 2008 jun. 3]; 110(20): 94-97. Disponível em: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1471-0528.2003.00051.x>.
8. Arruda DC, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto Contexto Enferm*. 2007 jan./mar.; 16(1): 120-28.
9. Rabelo MZS, Chaves EMC; Cardoso MVLML, Scherlock MSM. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm*. 2007 jul./set.; 20(3): 333-37.
10. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2ª. ed. Caxias do Sul: Educ; 2003.
11. Cabar FR, Bittar RB, Gomes CM, Zugaib M. O atosibano como agente tocolítico: uma nova proposta de esquema terapêutico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008 fev.; 30(2): 87-92.
12. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT, et al. Cuidado e conforto durante

o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15 (Esp): 97-104.

13. Caron OAF, Silva IA. Parturiente e a equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2002 jul/ago; 10(4): 485-92.

14. Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: *Anais Eletrônicos do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem.* [on line]. 2002 maio. [citado em 11 nov 2008]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100058&lng=es&nrm=abn.

15. Fraga ITG, Pedro ENR. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2004 abr;25(1):89-97.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2003.

17. Gotardo GIB, Silva IA. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. *Cienc Cuid Saúde.* 2007 abr/jun; 6(2): 245-51.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União.* 2008 jun. 4; Seção 1, p. 50-53.

19. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União.* 2005 abr. 8; Seção 1, p.1.

20. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis JD, Cecatti JG, Neto ASC. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health.* [on line]. 2007 jul. [citado em 2008 nov. 30] 4(5): 1-7. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1936417>.

Endereço para correspondência: Odaléa Maria Brüggemann. Rua Deputado Antônio Edu Vieira, 1020, apto 204B, Bairro Pantanal, CEP 88040-001, Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: odalea@nfr.ufsc.br

Data de recebimento: 13/01/2009

Data de aprovação: 17/11/2009