

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MILENE TEIXEIRA CASSALHA

**SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À
CIRURGIA DE HISTERECTOMIA**

PORTO ALEGRE

2003

MILENE TEIXEIRA CASSALHA

**SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À
CIRURGIA DE HISTERECTOMIA**

Trabalho de conclusão apresentado à
Disciplina de Estágio Curricular – ENF99003,
da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como requisito
parcial para a obtenção do título de Enfermeira.

ORIENTADORA: Profª. Ms BEATRIZ FERREIRA WALDMAN

Porto Alegre

2003

Cláudia Cassalha

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Pedro e Suzete, que me incentivaram a realizar este curso e me proporcionaram recursos para isso. Eles me transformaram na pessoa que sou e me amaram cada segundo da vida.

À Débora, minha irmã querida, que soube compreender as minhas ausências e aborrecimentos.

Ao Renan, meu namorado por ter me apoiado durante o curso e ter me ajudado incansavelmente para a conclusão deste.

Às mulheres que participaram deste estudo e dedicaram parte de seu tempo para a entrevista. Sem seus depoimentos seria impossível a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente participaram ou colaboraram para realização deste trabalho.

Gostaria de deixar registrado o agradecimento àquelas pessoas que foram fundamentais para a concretização do projeto.

À Prof. Beatriz Waldman por ter acreditado neste projeto e realizado uma orientação brilhante, com muito carinho e dedicação.

Ao médico Dr. Raul Moreira por ter incentivado a realização deste trabalho, e como ginecologista acreditou na sua importância.

À Ana Luíza que usou seu tempo de descanso para realizar prestativamente a correção ortográfica deste trabalho.

Às minhas queridas colegas e amigas, pelo incentivo e apoio dispensados no decorrer deste estudo, e principalmente pelo carinho e amizade.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que permitiu a realização da coleta de dados em seu ambiente.

DERRADEIRO ADEUS

O silêncio se estendia como onda preguiçosa e lânguida no calor de trinta e um graus que abraçava a cidade.

Deitei-me na poltrona marrom, o meu quarto é número x do Hospital y. Eram 21 horas e 45 minutos. Lentamente, absorvendo o silêncio quase santificado que me estonteava, descí até o meu coração e abri todas as portas da minha emoção mais profunda. Eu precisava ter a coragem de vasculhar até o último recanto da minha alma, desnudar todos os meus sentimentos e deixar fluir a vida e a morte que se misturavam no meu corpo.

Deixei minhas mãos conduzirem-se com extrema suavidade e acariciarem meu ventre. Cheguei ao meu útero, a alma inebriada no silêncio, em franciscano respeito. Inclinei-me com devoção e murmurei-lhe que me ouvisse por um momento. Era o derradeiro momento de dizer-lhe o que estava sentindo, pois daí a dez horas ele já teria partido para sempre.

Houve um instante sagrado, onde o sentimento de eternidade nos envolveu! Eu e meu útero. E silenciámos em mútuo respeito, para escutarmos nossos corações. Só então eu lhe fiz a minha despedida.

Disse-lhe do meu respeito, da minha admiração, mas, principalmente da minha gratidão. Mas não simplesmente gratidão. Antes, gratidão eterna. Gratidão

por ter sido através dele que recebi o que de melhor a vida nos pode oferecer: a extensão da própria vida.

Juntos, choramos emocionados, eu e meu útero. Ele, porque sabia que deveria partir, que era chegada a hora da despedida, agora, impossível de ser mais uma vez adiada; eu, porque, após haver adiado tantas vezes esta separação, sabia que chegara o momento de permitir fosse retirado do meu corpo o grande cúmplice da minha identidade feminina.

Não consegui falar-lhe tudo o que desejava, mas como nossos corações eram um unísono, ele entendeu a extensão do meu amor, a gratidão que invadia minha alma.

Então, em silenciosas lágrimas, meu útero assentou-se, cuidadosamente, num canto do meu coração, e preparou sua lápide.

“Aqui jaz, para todo o sempre, aquele que foi o grande companheiro, cúmplice fiel desta mulher-mãe!”

(carta de uma mulher enviada ao seu médico)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	20
4.1 Tipo de pesquisa	20
4.2 Contexto da pesquisa	20
4.3 Participantes da pesquisa	21
4.4 Coleta das informações	23
4.5 Análise das informações	24
4.6 Aspectos éticos	25
5 TEMAS QUE EMERGIRAM DAS ENTREVISTAS.....	26
5.1 Como as mulheres percebem a retirada do útero.....	26
5.2 E o futuro: como será?.....	35
5.3 “Tiraram tudo”, vou ficar um “freezer”	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista	54
ANEXO – Aprovação do projeto pelo GPPG do HCPA.....	55

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a vida da mulher tem sofrido muitas mudanças, tanto no campo profissional e doméstico, como no pessoal. Tais modificações vêm repercutindo em sua saúde física e mental, assim como no atendimento de saúde prestado a elas. A mulher, com o tempo, mostrou ser dotada de valores, atitudes, conflitos e sentimentos, e não apenas de função reprodutora como era julgada até um tempo atrás.

Os primeiros programas de saúde do governo brasileiro destinados à mulher enfocavam apenas o seu papel reprodutor, ou seja, eram direcionados ao momento da gravidez e do parto. Entretanto, na década de 80 foi implantado na rede básica de saúde um programa que presta assistência integral à saúde da mulher, oferecendo completo atendimento clínico e ginecológico, além de uma assistência em educação em saúde (BRASIL, 2001).

O programa, conhecido como Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tem como perspectiva atender a mulher em todas as fases de sua vida, importando-se sempre com sua individualidade, necessidades e direitos. Preocupa-se, também, em reconhecer a mulher como uma pessoa inteira, considerando sempre a história do seu corpo e de sua vida, possibilitando com isso que ela expresse o que sente, para então ser ouvida e compreendida nas suas necessidades. Esse tipo de assistência possibilita à mulher um maior conhecimento sobre o seu corpo e sua sexualidade, proporcionando-lhe um maior controle sobre a sua saúde (BRASIL, 2001).

Considerando ainda que é recente essa proposta de assistência, observamos alguns pontos que necessitam ser melhor trabalhados no universo feminino. Um

aspecto que merece destaque é o que diz respeito às cirurgias ginecológicas, especialmente aquelas que implicam na retirada de algum órgão da mulher, como por exemplo, a histerectomia. Trata-se de um tipo de intervenção em que o útero é removido devido a alguma patologia significativa.

Durante a realização do estágio de enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica, observamos que grande parte das mulheres que se submetem à cirurgia de histerectomia, acreditam que sofrerão mudanças físicas que repercutirão no seu desempenho sexual. Contudo, do ponto de vista anatomofisiológico essas repercussões não ocorrem, porém algumas mulheres passam a viver essas mudanças como um fato real e, conseqüentemente, a sofrer com tais possibilidades.

Muitas vezes, as mulheres podem se perceber tendo o corpo mutilado, acreditando, com isso, numa diminuição da capacidade de exercer sua feminilidade, ou seja, que “deixarão de ser mulheres”. Essa percepção, normalmente, causa perda da auto-estima e uma conseqüente alteração na vida afetiva e sexual, afetando também seu estado emocional.

Segundo Malcolm (1987), para muitas mulheres, o útero tem um forte significado de sexualidade, sendo portanto essencial para uma resposta sexual. Mulheres que possuem essa visão em relação ao órgão podem desenvolver uma disfunção sexual após a retirada do mesmo. A presença do útero também pode significar totalidade e integridade deixando a mulher com um sentimento de vazio após a sua remoção. O autor diz ainda que algumas mulheres ainda temem a perda do companheiro, como conseqüência da cirurgia, por pensar que podem ser consideradas menos femininas, e acabar sendo substituídas por outras mulheres que sejam “completas”, que não tenham sido dessexualizadas.

Outras mulheres também percebem o útero como uma fonte de juventude, bem-estar e energia, relacionando a remoção do órgão com a possível perda da sua juventude, o que acaba causando muitas vezes um sentimento de envelhecimento precoce (MALCOLM, 1987).

O interesse em desenvolver um estudo acerca da percepção e sentimentos de mulheres histerectomizadas fundamenta-se no fato de termos cuidado de mulheres que foram ou iriam realizar a histerectomia em uma unidade de internação cirúrgica. Observamos que as mulheres demonstravam uma grande preocupação com as mudanças que ocorreriam, segundo suas crenças, em seu corpo e em sua vida, além do sentimento de “perder algo de si”. Os receios, medos e sentimentos eram muito semelhantes entre elas.

Naquela ocasião, ao trocar idéias sobre o assunto com diversos ginecologistas, constatamos que a complexidade do cuidado a essas pacientes é muito grande. Tal complexidade deriva da necessidade de se conhecer o que pensam, como pensam e o que sentem essas mulheres.

Nesta perspectiva, procuraremos neste estudo encontrar respostas para os questionamentos: o que realmente as mulheres acreditam que irá acontecer com o seu corpo e com sua sexualidade após a realização de uma histerectomia? Como elas percebem esse procedimento?

Dessa forma esperamos que o desenvolvimento deste projeto contribua para o planejamento do cuidado de enfermagem a mulheres submetidas a histerectomia, seja ela total ou parcial, independente da técnica utilizada. Esperamos, também, contribuir para revelar mitos e crenças acerca do tema e suas influências sobre a vida da mulher após a cirurgia.

2 OBJETIVOS

- Identificar os sentimentos e as percepções de mulheres submetidas à histerectomia;

- Identificar as crenças, tabus e mitos existentes nos seus discursos.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Urbanetz, Fonseca e Garcia (2000), referem que no National Hospital Discharge Survey (NHDS, EUA) são realizadas aproximadamente 590.000 histerectomias anualmente, transformando-a na segunda cirurgia mais freqüente nos EUA, sendo superada apenas pela cesárea.

Segundo Camargo (1998b), a histerectomia, depois da cesariana, é a cirurgia mais realizada em mulheres na idade reprodutiva, na maioria dos países.

No Brasil, as histerectomias são principalmente indicadas por miomas uterinos (59,5%), hemorragia uterina disfuncional, adenomiose e neoplasia maligna. As indicações variam com diferentes grupos etários: de 35 a 44 anos as histerectomias ocorrem mais comumente por leiomiomatose uterina, prolapso uterino e endometriose; entre 45 e 54 anos, por hiperplasia endometrial e, após os 55 anos, por câncer (URBANETZ; FONSECA; GARCIA, 2000).

A histerectomia pode ser realizada pelas vias abdominal e vaginal, sendo que desde 1988 tem-se a histerectomia laparoscópica como opção à técnica por laparotomia. Mundialmente, realiza-se em torno de 80% das histerectomias por via abdominal e apenas 20% por via vaginal (MEDEIROS, 1998).

A abordagem cirúrgica pela via vaginal mostra-se mais vantajosa para pacientes obesas ou idosas com outras moléstias concomitantes. A anestesia pode ser loco-regional, o manuseio de alças intestinais é nulo e a dor pós-operatória é de pequena magnitude, favorecendo a recuperação, deambulação e alta hospitalar precoce (CAMARGO, 1998a).

A histerectomia pode ser, ainda, total ou subtotal. Esta última, também chamada supracervical, refere-se à amputação do corpo uterino no nível do orifício

cervical interno, preservando parte do colo uterino. Pode ser realizada por via abdominal, vaginal e laparoscópica. Na histerectomia total, tem-se a retirada completa de corpo e colo uterino (CAMARGO; CAMARGO, 1998).

Conforme Loureiro (1997), nos últimos tempos a histerectomia vem sendo uma das cirurgias femininas mais freqüentes no mundo ocidental, tornando de fundamental importância o estudo de suas seqüelas psicológicas.

Segundo Berenstein (1998), a cirurgia ginecológica está associada a um grande número de desajustes psicológicos e sexuais na mulher, tanto em relação à patologia a ser tratada, como da extensão do ato operatório executado. Mesmo nos casos em que a cirurgia é simples, o desajuste pode ocorrer, pois muitas vezes o órgão modificado é extremamente simbólico para a mulher.

Para Monego e Rivoire (2001), a cirurgia no aparelho reprodutor necessita de uma cuidadosa discussão com a paciente, posto que esta pode supervalorizar dúvidas sobre a capacidade reprodutora e/ou a continuação da função sexual.

As modificações no comportamento feminino, evidentes ao longo das últimas décadas, atingem todos os aspectos de vida da mulher, inclusive na saúde. Inegavelmente, a constante busca autodirigida à imagem ideal, que leva a mulher a competições nos campos estético e sexual, é uma importante ferramenta de conquista. Não causa espanto, então, que deprivações estéticas a favor da saúde, como cirurgias mutilantes, sejam de difícil aceitação para qualquer mulher (BERENSTEIN, 1998).

Aqui cabe, discorrer sobre o significado dos termos sentimento e percepção, os quais são fundamentais para o melhor entendimento do presente trabalho.

Segundo Ballone (2003), o sentimento é um estado afetivo que se caracteriza por ser atenuado, estável, duradouro e organizado, com riqueza e complexidade.

Para o autor, em alguns tipos de sentimentos - como alegria e tristeza – existe uma continuidade, duração e intencionalidade.

O autor refere ainda, o fato de alguns sentimentos não estarem ligados à percepção, e sim ao sentido, ou seja, ao significado e representação daquilo que é percebido. Sentimentos como desespero, remorso, amor e perdão são relativos à personalidade e à atitude afetiva diante de uma determinada situação.

Para Davidoff (1983, p. 211), a percepção é definida como sendo “o processo de organizar e interpretar dados sensoriais recebidos (sensações) para desenvolvermos a consciência do ambiente que nos cerca e de nós mesmos.” Segundo o autor, a percepção significa interpretação.

Para Ballone (2003), o termo percepção significa a maneira com que obtemos conhecimento de um objeto do meio exterior, com acréscimo de elementos da memória, do raciocínio, do juízo e do afeto. O autor refere ainda, que a percepção tem uma significativa relação com a forma da realidade apreendida.

Segundo Ballone (2003), nas percepções sempre há um componente afetivo que influencia a imagem representada. Certas impressões podem ser captadas diferentemente de outras, podendo umas serem mais ou menos intensas que outras, o que irá depender da atenção (interesse afetivo), da atitude pensada, do estado de ânimo e da situação emocional da pessoa que está percebendo.

De acordo com Davidoff (1983, p. 212), “as percepções humanas dependem de expectativas, motivações e experiências anteriores”. Para a autora, a consciência tem significativa influência sobre a percepção, ou seja, se uma pessoa estiver com sentimento de felicidade, um fato qualquer poderá ser visto como positivo, enquanto se a pessoa estiver deprimida, o mesmo fato pode parecer negativo.

Conforme Rodrigues (1998), cada mulher terá uma reação individualizada no aspecto relacionado ao momento pré e pós-cirúrgico. Irá depender do espaço e tempo em que ela está vivendo e dos conteúdos que fizeram e estão fazendo parte do seu desenvolvimento como mulher.

A cirurgia ginecológica tem como objetivo corrigir uma patologia, geralmente com retirada total ou parcial de algum órgão. Diversas vezes, são indicadas cirurgias como a histerectomia sem considerar os valores que a mulher, dona do corpo, dá para seus órgãos (HENTSCHEL, 2000).

Essa cirurgia, muitas vezes, atinge a saúde emocional da mulher, a qual é conceituada por Smeltzer e Bare (2002, p. 87) como sendo: “[...] capacidade de uma pessoa funcionar da maneira mais confortável e produtiva possível. Tipicamente, as pessoas que são mentalmente saudáveis estão satisfeitas consigo mesma e com suas situações de vida.”

Um estudo realizado na Faculdade de Medicina de Marília, em São Paulo, refere algumas implicações psicológicas da histerectomia, tais como: fantasias de frigidez relacionadas a histerectomia, mostrando o útero como órgão erótico e o medo do fim da vida conjugal após a cirurgia. Essas fantasias decorrentes do estresse cirúrgico no período pré-operatório podem também fazer parte de uma série de reações possíveis na fase pós-operatória, quais sejam: 1) reação normal: um certo abatimento, alguma angústia, mas com retorno às condições normais; 2) reação depressiva “neurótica”: angústia e abatimento afetivo maiores podendo prolongar-se e retardar a recuperação; 3) reação depressiva “psicótica”: transtorno afetivo em grau mais avançado, de difícil recuperação e que exige atendimento psiquiátrico de urgência. O estabelecimento de uma relação médico-paciente adequada, aliada ao trabalho em equipe multidisciplinar, capaz de detectar conflitos,

esclarecer, apoiar e tranquilizar é fundamental para proporcionar o bem-estar necessário à paciente (SANTOS; CAMILLES; DÁTILLO, 2000).

Para Rodrigues (1998), é de grande importância a informação transmitida por médicos, psicólogos, enfermeiros e toda a equipe que lida com a paciente histerectomizada, pois "freqüentemente, por desinformação, a mulher e seu parceiro sexual desenvolvem fantasias de inapetência ou incapacidade de respostas sexuais normais, como excitação, orgasmo, etc" (p. 17).

Muitas mulheres, independentemente do seu nível socioeconômico, são desinformadas em relação à sexualidade e desconhecem o próprio corpo. Nesse aspecto, é fundamental a atuação de educador do profissional da saúde, pois toda paciente tem direito de receber informações sobre seu corpo e sua saúde (SANTANA, 1994).

Para Santos, Camilles e Dátילו (2000), deveria haver uma preparação psicológica da paciente, sempre que indicada uma cirurgia, através de uma anamnese orientada e avaliação global da paciente com o objetivo de revelar eventuais riscos psicopatológicos. Um dos pontos fundamentais da anamnese seria identificar a idéia que a paciente faz da sua doença, sua anatomia e o que a cirurgia provocará em conseqüência.

A doença, muitas vezes causa sentimento de medo, preocupação e desamparo no indivíduo, e isso é motivo de vergonha para as pessoas que não querem admitir esse sentimento para os outros. Para muitos, ser doente é vergonhoso e humilhante, pois existe a necessidade de ser cuidado e de ter que depender dos outros. Ocorre, portanto, uma quebra de onipotência da pessoa e uma conseqüente alteração na sua auto-estima, a qual gera alterações psicológicas que

podem variar desde uma pequena fragilidade até um estado depressivo. (MONTGOMERY, BERENSTEIN ; MARCOLINI, 2000).

Segundo Montgomery e Surita (2000), as cirurgias de histerecotomia e mastectomia geram grandes dificuldades na adaptação da paciente, necessitando de cuidados peculiares nessa etapa.

Para Montgomery, Berenstein e Marcolini (2000), a cirurgia ginecológica está relacionada a um maior número de desajustes psicológicos que as demais. Algumas mulheres percebem a cirurgia como um ato de violência a sua feminilidade e a sua imagem corporal, sendo que outras encaram como um alívio para os seus sintomas. O sentimento de mutilação e perda de auto-imagem que muitas mulheres possuem, pode ser amenizado com um maior grau de participação do parceiro.

Dentre as cirurgias ginecológicas, a cirurgia da mama é uma das que oferece risco para o equilíbrio emocional da mulher. De acordo com Biazus *et al* (1997), a mama é um órgão do corpo humano de muita importância para mulher, principalmente na sua identificação e no seu reconhecimento social, pois é um símbolo da sexualidade, da maternidade e da feminilidade. Por ter um significado tão forte para mulher, a retirada deste órgão pode causar sérias alterações na sua adaptação social e no seu estado emocional, afetando inclusive sua auto-imagem e auto-estima.

Diante do exposto, podemos perceber a importância das implicações psicológicas decorrentes de intervenções radicais sobre o corpo feminino.

Entretanto, também ocorrem implicações relacionadas à resposta sexual, que de acordo com Montgomery e Surita (2000), é composta de três fases: desejo, excitação e orgasmo, as quais são determinadas por fatores físicos, psicossociais e familiares, sendo que a interrupção em uma dessas fases caracteriza a disfunção

sexual. As disfunções podem ser: disfunção do desejo (frigidez), disfunção da excitação (impotência, alteração na lubrificação) ou disfunção do orgasmo (anorgasmia) (MONTGOMERY; SURITA, 2000).

A excitação sexual feminina, do ponto de vista psicossomático, está sob o controle do sistema nervoso autônomo, sendo, portanto, vulnerável a perturbações emocionais (SANTANA, 1994).

Para Berenstein (1998), a debilitação sexual de um casal, com raras exceções, tem múltiplas causas. Para mulheres com boa capacidade de compreensão e assimilação, o enfrentamento de uma cirurgia dificilmente trará como conseqüência a disfunção de sua vida sexual. Conforme o autor, por outro lado, mulheres com traços de personalidade conflituosos ou com hábitos sexuais não-saudáveis, tendem a encontrar na cirurgia uma fonte que justifique suas queixas. A soma de fatores diversos à cirurgia, e não somente a alteração anatômica, pode levar à disfunção sexual.

O autor anteriormente citado afirma ainda que outra modificação encontrada nas mulheres que realizam cirurgia nos órgãos sexuais internos diz respeito à fase orgásmica. Entretanto, esses dados não são confirmados pela literatura, a qual, segundo ele, é muito escassa.

Segundo Hentschel (2001, p. 233), "o orgasmo é o mais intenso prazer biológico que um ser humano pode sentir. É uma sensação máxima de bem-aventurança física e mental ocasionada pela liberação de endorfinas em nível cerebral".

Segundo Sales (2000), mulheres que se submetem a uma cirurgia de histerectomia total, não possuem alteração no seu processo de lubrificação vaginal, desde que não possuam problemas psicológicos, conseqüentes desta operação.

Para Berenstein (1998), a modificação na performance sexual de uma paciente que se submete à retirada do colo uterino é consequência de aspectos psicológicos. Mas ele afirma também que a amputação do colo produz alterações na liberação de substâncias como endorfinas, ferormônios e prostaglandinas, fazendo com que durante a excitação sexual, a lubrificação corresponda apenas ao transudato do canal vaginal. Segundo o autor, as modificações sexuais decorrentes desta limitação ainda estão em estudos e as informações são controversas.

Segundo Loureiro (1997), a literatura médica não indica que a histerectomia leva a alterações sexuais, entretanto as mulheres que se submetem a essa cirurgia podem ser afetadas pela associação psicológica que é feita entre a procriação e a sexualidade. Na maioria das vezes os aspectos que são afetados são: auto-conceito, sintomas depressivos, relação sexual e conjugal, sintomas psicossomáticos, entre outros.

Segundo Rodrigues (1998), a mulher que precisa retirar o útero e não é mãe terá a sensação de perda parcial de identidade, pois terá sido roubada uma das principais funções de seu organismo. Ela perderá a possibilidade de escolher entre engravidar ou não, levando a uma sensação de insegurança, a qual poderá ser momentânea, ou poderá desencadear uma insegurança basal permanente e uma desestabilização psicológica.

O autor afirma ainda que

a mulher que já é mãe e passa por um processo cirúrgico que a esterilize terá uma vivência de perda em seu esquema corporal, mesmo que já tivesse optado por não ter mais filhos. Mas sua reação, na maioria das vezes, não desencadeia sua desestruturação, e ela consegue mais facilmente a estabilização psicológica. [...] Essas sensações e emoções serão experienciadas também de acordo com a percepção e sentimentos que a mulher tem para com seu próprio corpo desde a infância, podendo se manifestar em sintomas patológicos ou não (RODRIGUES, 1998, p. 17).

Smeltzer e Bare (2002) afirmam que perdas potenciais como de saúde, de auto-imagem ou de uma parte do corpo, quando não reconhecidas em um processo

de luto e, mesmo se reconhecidas, quando acumuladas, geram problemas de saúde orgânicos e psicológicos.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo, foi realizado observando um delineamento de pesquisa exploratória-descritiva, segundo pressupostos da metodologia qualitativa.

Segundo Leopardí (2001), a pesquisa qualitativa não está interessada em contar o número de vezes que determinada variável aparece, e sim em avaliar suas qualidades. Através desse tipo de pesquisa, pretende-se obter a compreensão de um problema vivido por determinados sujeitos, através da percepção dos mesmos.

Para Triviños (1987), os estudos exploratórios possibilitam ao pesquisador o aumento de sua experiência relacionada a determinado problema. O investigador irá aprofundar seu estudo em uma realidade específica, buscando antecedentes e maiores conhecimentos para posteriormente planejar a pesquisa.

Para Rudio (1989, p. 56), a pesquisa descritiva “está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los”.

4.2 Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Internação Cirúrgica 3º Sul, 7º Sul, e 9º Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O referido hospital presta assistência em diversas especialidades, realizando desde procedimentos simples até os mais complexos. É um dos principais

responsáveis pelo atendimento da demanda do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio Grande do Sul, recebendo também pacientes usuários de outros convênios. Realiza anualmente 550 mil consultas, 29 mil cirurgias e 163 transplantes, sendo 91% das internações e 99% das consultas para pacientes do SUS. A instituição também é sede de inúmeras atividades de ensino e pesquisa. (HOSPITAL..., 2001).

4.3 Participantes da Pesquisa

Foram entrevistadas seis mulheres que foram submetidas à cirurgia de histerectomia durante o mês de novembro de 2003, independentemente do tipo e da técnica de cirurgia utilizada, que estavam internadas nas referidas unidades.

Foram estabelecido os seguintes critérios para eleição das participantes:

- a) manter vida conjugal com um companheiro fixo;
- b) estar no terceiro dia de pós-operatório, em condições físicas e emocionais confortáveis.

Todas as participantes eram casadas e possuíam filhos. A idade das participantes variava entre 29 e 59 anos. O dia de pós-operatório em que as entrevistas foram realizadas, variou entre as participantes, em função das diferentes técnicas utilizadas. O tipo de técnica utilizada para a realização da cirurgia de histerectomia tem importante influência no tempo de internação da paciente, visto que o procedimento por via vaginal requer menor tempo de internação, comparado ao procedimento por via abdominal. Além disso, algumas mulheres possuem uma recuperação cirúrgica mais lenta que outras, o que influenciou para que o tempo de pós-operatório não fosse comum a todas as participantes. As entrevistas foram

realizadas no terceiro dia de pós-operatório com quatro participantes, no segundo dia pós-operatório com uma participante e no quarto dia de pós-operatório com a outra participante. Sendo que, a pesquisadora atentou para que as participantes estivessem em condições físicas e emocionais confortáveis, para não haver alteração dos resultados.

A participação das mulheres ocorreu a partir do aceite ao convite verbal expresso pela pesquisadora, por ocasião de uma visita ao leito de internação. Entretanto, uma possível participante negou-se a aceitar o convite para participar do estudo. Para obter as informações das cirurgias de histerectomias que iriam ser realizadas, a pesquisadora utilizava diariamente o computador do Bloco Cirúrgico do HCPA, tendo acesso às cirurgias marcadas para o dia posterior no Centro Cirúrgico Ambulatorial do HCPA, onde são realizadas grande parte das histerectomias. No sistema via computador, havia as cirurgias - juntamente com suas técnicas - previstas para o dia posterior, com o nome da paciente, o leito no qual ela seria internada e o horário da cirurgia.

Uma vez identificado o nome da participante e o seu leito, um dia após a cirurgia era realizada a visita na unidade para a leitura do prontuário, com objetivo de identificar a situação conjugal atual da participante, seu estado geral e possíveis intercorrências durante cirurgia. Confirmada a existência dos critérios para participar da pesquisa, a pesquisadora realizava a visita ao leito de internação para expressar o convite verbal.

Após, estabelecido um diálogo inicial, e manifestado por parte de cada mulher o aceite ao convite, foi-lhes entregue o documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e registro de assinatura (APÊNDICE A).

4.4 Coleta de Informações

As informações foram coletadas através de depoimentos obtidos em entrevistas individuais semi-estruturadas, as quais tiveram a duração de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes e posteriormente transcritas para análise, sendo que as fitas serão destruídas após 5 anos.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada inicia com questionamentos básicos, de interesse da pesquisa, e segue-se com o surgimento de novas interrogativas, que aparecem conforme o entrevistado vai respondendo às perguntas. O autor afirma, também, que esse tipo de entrevista além de valorizar a presença do pesquisador, proporciona que o entrevistado tenha liberdade e espontaneidade necessárias para enriquecer ainda mais a pesquisa.

A entrevista observou um roteiro pré-estabelecido com perguntas relacionadas com o objetivo do estudo (APÊNDICE B). Foi realizado um teste piloto para observar a adequação do instrumento.

As entrevistas foram realizadas em local adequado dentro das unidades, sendo que quatro delas foram na sala de anamnese e duas no próprio leito, sendo que um era privativo e o outro semi-privativo, porém estava com um leito vazio. Em todas as entrevistas foi assegurado o sigilo das informações, obtendo a disponibilidade e o consentimento da participante para o local em que foi realizado.

4.5 Análise das Informações

Após a coleta das informações, ocorreu a análise das mesmas, que Leopardi (2001, p. 278) definiu como sendo "... um método de tratamento dos dados obtidos em textos ou gravações reduzidas a textos, e como um conjunto de técnicas de análise de comunicação".

Segundo Polit e Hungler (1995, p. 273), o objetivo da análise de dados é "...impor alguma ordem sobre um corpo grande de informações, de modo que possam ser tiradas algumas conclusões gerais...".

Para realizar a análise do conteúdo, foram formadas categorias, as quais são definidas pelas autoras como sendo um produto de temas conceitualmente significativos que se apresentaram recorrentes nos discursos.

Segundo Bardin (1977), existem três etapas que são essenciais em uma análise de conteúdo. São elas: pré-análise, que consiste na organização do material; descrição analítica, etapa em que são realizados procedimentos como a codificação, a classificação e a categorização; e por fim, a interpretação referencial, em que ocorre a reflexão e a intuição, embasadas nos materiais empíricos.

A interpretação das informações observou a técnica da Análise Temática com vistas a descoberta de temas que revelaram os sentimentos, as percepções, as crenças e tabus das mulheres hysterectomizadas.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente trabalho, por envolver coleta de dados com seres humanos, seguiu as normas da Resolução 196/96 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as novas Diretrizes para a Pesquisa em Seres Humanos (GOLDIM, 2000).

As mulheres participantes da pesquisa foram informadas quanto ao objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sempre na presença da pesquisadora. O referido consentimento foi assinado em duas vias, sendo que uma via do documento ficou com a pesquisadora e a outra com a participante do estudo (APÊNDICE A).

Segundo Goldim (2000), existem quatro componentes que são indispensáveis no Consentimento Livre e Esclarecido, os quais são: a informação, a compreensão, a capacidade e a voluntariedade, sendo que a informação deve estar de forma acessível e adequada, para atingir mais facilmente a compreensão.

As mulheres participantes da pesquisa tiveram a garantia quanto ao anonimato dos dados obtidos, e foram informadas quanto à preservação de suas identidades na divulgação do estudo. Também foi salientada a finalidade do estudo, a qual é exclusivamente científica.

Para referirmos as participantes no texto, identificamos cada uma delas com uma letra do alfabeto, para garantir o anonimato das mesmas, como por exemplo, Participante A. Nas citações diretas das suas falas, foram usadas as abreviações como por exemplo, P. A.

Este projeto foi submetido à avaliação e aprovação da Comissão de Estágio Curricular e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sendo que obteve a aprovação deste em 30 de outubro de 2003 (ANEXO).

5 TEMAS QUE EMERGIRAM DAS ENTREVISTAS

5.1 Como as mulheres percebem a retirada do útero

O tema emergiu a partir da interpretação dos discursos relativos às perguntas 1 e 3 (APÊNDICE B), que foram feitas às participantes, pelo fato desses discursos mostrarem unidades de sentido comum.

Das seis mulheres que participaram do estudo, cinco perceberam a cirurgia de histerectomia como algo que veio para melhorar suas vidas em algum aspecto, ou seja, foi uma necessidade que iria resultar em melhora de sua condição geral de saúde. Isso pôde ser interpretado através das seguintes falas:

“Eu fiz para melhorar, porque estava dando problema, ficava menstruada duas vezes no mês e ficava com anemia, e tinha dor também na barriga, minha barriga ficou inchada” (P. F).

“Eu espero emagrecer, porque eu fiquei muito inchada por dentro, então eu espero emagrecer depois da cirurgia” (P. A).

Outra participante percebeu a cirurgia de forma semelhante, ou seja, também como uma melhora em sua qualidade de vida, o que pôde ser notado na fala: “Eu vou parar de tomar os remédios que eu tomava e que tinham outras implicações” (P. C).

Segundo Malcolm (1987), a histerectomia pode ser percebida por muitas mulheres como algo positivo e satisfatório, na medida em que proporciona alívio da dor, do sangramento contínuo, do temor da gravidez e do medo do câncer, entre outras coisas. O autor afirma ainda que essa percepção é observada mais em mulheres acima de 35 anos, as quais já desempenharam seu papel de reprodutoras.

O que se mostrou relevante para as entrevistadas, foi o fato de a retirada do útero significar a eliminação de uma das possibilidades de desenvolver algum tipo de câncer. Atualmente, o câncer de colo de útero tem tido uma incidência muito grande no Brasil e uma forte divulgação em campanhas de prevenção nos meios de comunicação, o que de certa forma, tem atemorizado bastante a maioria das mulheres. Tais informações podem fazer com que as mesmas passem a perceber a cirurgia pelo seguinte ângulo: extirpado o órgão, estarão livres de sofrerem desse mal que tem acometido tantas mulheres. Essa visão por parte das participantes ficou bem clara nos seguintes depoimentos:

“Como eu vejo tanto câncer, mulher com câncer no útero, achei melhor tirar. Como eu tenho mioma, quem disse que eu não posso ter? Daqui algum tempo pode virar um câncer, né?” (P. D).

“Diminui o risco, porque eu vivo com medo, sabe, eu tenho medo de câncer no útero, tenho medo de câncer na mama, tenho... francamente, tenho” (P. F).

Houve uma entrevistada em especial que manifestou a percepção de que a retirada do útero representava a diminuição da possibilidade de ter um câncer. Este caso foi bem peculiar, uma vez que já havia tido um câncer de mama há um ano e meio atrás, quando realizou a cirurgia de setorectomia e submeteu-se a tratamento com quimioterapia. Por ser uma mulher jovem, de 42 anos, que tem 2 filhos em idade escolar e que passou por um momento difícil na época do câncer de mama, ela queria diminuir ao máximo suas chances de passar por situação semelhante. Em vários momentos da entrevista, mostrou-se temerosa de que pudesse vir a morrer durante o tratamento, pelo fato de que precisava e queria acabar de criar seus filhos. Notamos seu temor na fala: “Não é por mim, graças a Deus eu vivi bastante, mas tenho filhos pequenos” (P. C).

Diante dessa situação, a participante, juntamente com a equipe médica, percebeu a cirurgia como a eliminação da possibilidade de ter um novo câncer, considerando sua história clínica pregressa e familiar. Sua percepção ficou explícita quando afirmou: "Então, para mim, tirar o útero significa eliminar uma das possibilidades de eu ter câncer de novo. Eu tirei três possibilidades de ter câncer: útero, ovários e trompas. É bem essa a minha percepção" (P. C).

Uma participante comparou a histerectomia com a retirada de um membro do corpo, como por exemplo, a amputação de pernas ou outros membros. Na percepção dela, a retirada de algum membro seria mais difícil de enfrentar, visto que estes são externos no corpo, ou seja, aparecem, as pessoas os vêem, implicando em conseqüências mais marcantes. Entretanto, para essa mulher a cirurgia de retirada do útero foi considerada normal, sem problemas maiores, conforme se percebeu em seu depoimento: "Eu vejo essa cirurgia como qualquer outra, eu acho que a minha vida vai continuar normal, não foi um braço, graças a Deus, não foi uma perna que saiu, só menos um risco de vida que eu corro de ter um câncer" (P. D).

A participante C comparou a retirada do útero à retirada da mama, órgão externo no corpo, percebendo a histerectomia como sendo menos traumática que a mastectomia, conforme afirmou: "Eu, felizmente, não tirei a mama, acho que para as mulheres que retiram a mama, acho que é muito difícil, porque a mama é um símbolo aparente". Relatou ser mais difícil enfrentar a retirada da mama pelo fato desta compor a aparência feminina, a qual ultimamente é muito valorizada no Brasil, além do fato de existir um culto ao decote.

Para Biazus (1997, p. 58), "a mama é um órgão importante do ponto de vista funcional, estético e existencial, sendo muitas vezes a representação afetiva da própria feminilidade".

Percebemos dessa forma que, para a participante C, o útero não tem relação direta com a aparência, pois trata-se de um órgão interno, ou seja, que não aparece, tornando a cirurgia de histerectomia mais fácil de enfrentar do que a retirada de mamas. Essa percepção ficou evidenciada na seguinte fala: “É infinitamente mais difícil do que o útero. O útero tem a ver com emoções tuas, e a mama tem a ver com os outros, tem a ver como aparecer para os outros”.

Segundo Montgomery, Berenstein e Marcolini (2000), a mastectomia tem uma repercussão na identidade feminina, pois a mama é um órgão que aparece, a mulher pode pegar, ver. Por isso a mama está associada à imagem do corpo feminino e a como as pessoas vêem a mulher como um indivíduo do sexo feminino.

A participante C comentou ainda o fato de que o útero não fica exposto à vista das pessoas, e nem mesmo do companheiro, fazendo com que a mulher tenha a opção de revelar ou não para as pessoas a realização da cirurgia. Observamos tal percepção na sua fala: “Porque a mama tem a ver com o exterior, tem a ver, assim, o útero o meu marido não enxerga” (P. C).

Uma das entrevistadas percebeu a cirurgia como um fato que não chegou a gerar nenhum estresse, que ela enfrentou bem, sem nenhum problema. Entretanto, durante a entrevista, observamos que a mulher mostrou-se evasiva em suas respostas, desviando o assunto apenas para o momento da cirurgia e para sua trajetória no hospital até então. Tratava-se de uma senhora com idade de 59 anos, com uma aparência descuidada, revelando um baixo nível sócio-econômico e, na fala, um discreto déficit de entendimento. Notamos uma certa desinformação dessa senhora em relação ao procedimento realizado, o que a impedia de certo modo de se preocupar e/ou temer alguma consequência. Isso pôde ser observado na sua fala:

“Estava tranqüila, não estava nervosa, minha pressão estava normal, tudo certinho” (P. B).

Segundo Loureiro (1997), o nível sócio-econômico da mulher que se submete a uma cirurgia de histerectomia é determinante na maneira como ela irá reagir frente à cirurgia. Para a autora, as mulheres de classe média-alta dispensam uma maior atenção ao seu corpo e refletem mais sobre as sensações corporais, o que levaria a uma relação mais significativa entre a reprodução e a sexualidade. No caso dessas mulheres, a histerectomia pode vir a provocar conseqüências em sua vida sexual.

Entretanto, a autora afirma que, para as mulheres de classe operária, o corpo tem um significado mais prático e objetivo, sendo menos “pensado”. Nesse caso, a simples eliminação dos sintomas pela cirurgia seria suficiente para que as atividades sexuais fossem retomadas como anteriormente, ou até mesmo melhoradas (LOUREIRO, 1997).

A maioria das participantes do estudo viu a cirurgia de histerectomia como a possibilidade de melhorar a sua vida em alguma coisa, de alguma forma. O significado de melhora como algo positivo predominou em seus depoimentos.

Entretanto, uma das entrevistadas manifestou prontamente o seu desagrado, ou até mesmo, sua decepção quanto à cirurgia, visto que externou um sentimento de perda muito grande, conforme evidenciamos em seu discurso: “A gente sente um vazio, mas eu acho que é só até se acostumar, mas por enquanto fica, assim, meio sentida” (P. E). Esta participante era uma jovem de 29 anos de idade, com 4 filhas com idades variando entre 2 e 12 anos, e que se mostrava insegura e confusa quanto ao seu futuro, fato que foi observado na fala: “Ontem eu estava pensando nisso, depois que passou... Será que vai ser igual a minha vida de antes?” Entretanto, na percepção dela, era praticamente certo que alguma coisa iria mudar, só não sabia o

quê e se iria ser para melhor ou para pior, conforme foi apreendido na fala: “É diferente porque eu sei que não vai ser mais a mesma coisa” (P. E).

Conforme Cavalcanti *et al* (2002), a remoção do útero pode acarretar a mudança da percepção que a mulher tem de si própria, principalmente em relação à sua feminilidade e atração, ao seu desejo sexual e à sua capacidade de resposta sexual.

A mesma participante E também relatou as conseqüências positivas da cirurgia, o que ficou explícito nesta fala: “... de um lado, eu fiquei feliz porque eu sei que nunca mais eu vou ter aquele problema de me esvair em sangue, que eu nunca mais vou passar por aquilo, porque todos os meses era um tormento” (P. E). Assim, observamos que, mesmo encontrando um lado positivo na cirurgia, P. E continuava referindo a sua profunda tristeza, além do sentimento de perda que predominava em seu discurso, o que pôde ser confirmado na fala: “Não é a mesma coisa, mas eu sei que é para o meu bem” (P. E).

Para Caliri e Cunha (1998), muitas mulheres que se submetem à histerectomia possuem uma percepção mista das conseqüências dessa cirurgia, ou seja, têm uma expectativa positiva de “livrar-se” da doença, do incômodo, e, em contrapartida, o medo de perder ou sofrer modificação na sua identidade feminina e o receio da rejeição por parte do companheiro.

A vontade da participante E de acostumar-se com o seu “novo corpo” ficou bem clara, pois acreditava que um dia iria melhorar, que não iria mais sofrer, mas admitia que seria difícil essa adaptação. Essa percepção pôde ser observada na fala: “É difícil a gente se acostumar, para mim é meio contramão” (P. E). Seu sofrimento iniciou-se desde o momento em que ficou sabendo da necessidade da cirurgia, quando o médico comunicou-lhe que deveria ser feito tal procedimento. “No primeiro

dia que o médico falou eu chorei, chorei um monte de tempo, chorei um monte, um monte de vezes eu chorei”, repetiu durante a entrevista (P. E).

Segundo Cavalcanti *et al* (2002), a histerectomia pode provocar diversas reações e sentimentos na mulher, tais como, entre outros, ansiedade, depressão, vergonha, medo, alteração da imagem corporal. Essas conseqüências irão depender de fatores psicossociais e médicos, entre os quais destacamos a idade da mulher ao realizar a cirurgia, o desejo de ter filhos, o motivo da realização da cirurgia, o nível social, o tipo de reação pessoal.

A exemplo das demais, a participante E também comparou a retirada do útero à retirada da mama ou de um membro, mas com uma visão diferente das demais, como se pôde depreender na fala: “Para mim, tirar o útero, o seio, é a mesma coisa, é que nem tirar uma parte... A gente nasceu com aquilo ali, é tão difícil chegar e tirar, é a mesma coisa a gente ter uma mão que não presta, aí vai lá e arranca” (P. E).

No caso da participante E observamos como estava sendo difícil para ela enfrentar a perda do útero, pois considerava esse órgão de fundamental importância para a sua realização como mulher, tendo ele um grande significado na sua vida. Essa percepção frente à cirurgia e o valor atribuído ao útero fez com que ela vivenciasse um sentimento de mutilação.

Para Montgomery, Berenstein e Marcolini (2000, p. 1355), a cirurgia ginecológica pode causar grandes repercussões na área corporal, psíquica e social, sendo que na área psíquica pode provocar uma profunda angústia relacionada com o medo e com fantasias de mutilação e morte. Afirmam ainda que “a perda dos órgãos sexuais internos da mulher, durante seus anos férteis, pode causar sério trauma na identidade feminina”.

Em relação à maternidade, apenas a participante E demonstrou tristeza ante a impossibilidade de ter mais filhos; das demais, a participante C ainda tinha a chance de engravidar, mas referiu não desejar ter mais filhos e estar utilizando, até então, o método preventivo da tabelinha. As participantes A e B não tinham mais condições de ter filhos, por já estarem na menopausa, enquanto que as participantes D e F já haviam feito laqueadura de trompas.

A participante E, apesar de referir várias vezes que seu desconforto com a cirurgia não era por causa da impossibilidade de ter mais filhos, mencionou por várias vezes como se sentia por não poder mais ser mãe, como foi observado na fala: "Eu ao menos me sinto diferente, porque eu sei que nunca mais vou poder ter filhos". A mesma tinha 4 filhas e referia que era bastante feliz com elas, mas que, no futuro, gostaria de tentar ser mãe de um menino, o que foi observado na fala: "Filhos eu não queria mais, mas eu pensava em ter um guri, porque eu tenho 4 meninas e um gurizinho eu pensava em ter mais tarde, bem mais tarde" (P.E).

Segundo Malcolm (1987), muitas mulheres que não desejam ter mais filhos ficam perturbadas com o fato da histerectomia retirar-lhes a possibilidade de optar por uma gravidez. Essas mulheres sentem perder a possibilidade de engravidar, pois esta, muitas vezes, tem um significado feminino simbólico.

Para a participante C, o sentimento era de alívio, por não correr mais o risco de engravidar. Ela tentou fazer a laqueadura e não conseguiu pelo seu convênio, usando, até o momento da cirurgia, o método da tabelinha para prevenir a gravidez. Por isso, referiu seu alívio por não precisar mais se preocupar com o risco de ficar grávida, explicitado na fala: "Tinha uma insegurança em engravidar de novo. Não quero mais ter filhos" (P.C).

Três participantes percebiam o útero apenas como uma função reprodutora, e como, segundo elas, não queriam e/ou não podiam mais ter filhos, o órgão não tinha mais função nenhuma. Duas entrevistadas ainda referiram ter ouvido essa mesma justificativa do médico, ou seja, se elas não tinham mais idade para ter filhos, não existia nenhum problema em retirar o útero. Essas mulheres demonstravam terem aceitado bem a explicação. Tal percepção foi observada nas seguintes falas:

“Claro que se eu fosse uma gurria de 20, 22 anos, e pretendesse ter filhos, tudo bem, mas na minha idade, com 46 anos, só vou ter netos, agora” (P. D).

“A médica me disse: o útero não vai fazer diferença para a senhora, porque, se a senhora não quer mais ter filhos, não vai fazer diferença nenhuma” (P.A).

“A médica falou: tu não vai mais ter filho, então, para que ter isso aí?” (P. F).

Refletindo acerca desses depoimentos, observamos o quanto é importante ouvir o que pensam as mulheres que se submetem à histerectomia, principalmente quando estas conseguem se manifestar sobre suas percepções a respeito do procedimento em si. Dessa forma, podemos ter o conhecimento da percepção de cada mulher, o que possibilita realizarmos um cuidado mais individualizado e humano no momento dessa cirurgia.

Observamos que as percepções variam entre as mulheres, e que algumas se sentem mais aliviadas ao falar sobre seus pensamentos, além de sentirem-se valorizadas e acolhidas. Ao ouvir e conhecer essas percepções, estaremos dispensando uma importante atenção à cliente e, conseqüentemente, efetuando um atendimento mais eficaz.

5.2 E o futuro: como será?

A análise dos discursos originados da pergunta 2 (APÊNDICE B) permitiu que a pesquisadora identificasse o tema relacionado com os sentimentos das participantes quanto ao futuro de sua vida conjugal e sua sexualidade.

Todas as mulheres, quando questionadas sobre o sentimento em relação à sua sexualidade após a cirurgia, relacionaram a palavra "sexualidade" apenas ao ato sexual, ou seja, à relação de coito entre os cônjuges. Todas as respostas foram direcionadas ao assunto do seu casamento e das possíveis mudanças na sua vida sexual. Deduzimos que nenhuma das entrevistadas teve o real entendimento da palavra "sexualidade", ficando relativamente sem resposta essa interrogativa.

Conforme Penteado *et al* (2002), a sexualidade é determinada pela anatomia, fisiologia e psicologia, além de ser influenciada pela cultura em que a pessoa vive, pelos seus relacionamentos interpessoais e suas experiências prévias de vida. Segundo os autores, faz parte da sexualidade a percepção de ser masculino ou feminino e os pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados à gratificação sexual, à reprodução e à atração entre dois indivíduos.

Para Abuchaim e Abuchaim (2001), "a sexualidade humana envolve, além do ato sexual em si, outras atividades, como fantasias, pensamentos eróticos, carícias e masturbação".

Segundo Abdo¹ (2000 *apud* CAVALCANTI *et al*, 2002) durante muito tempo, na cultura ocidental, a função da sexualidade feminina esteve voltada apenas para procriação. Atualmente, comportamentos de homens e mulheres se transformaram,

¹ ABDO, N.H.C. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2.ed. São Paulo: Lemos, 2000.

pois ocorreram mudanças econômicas, religiosas e sociais, além de novas descobertas científicas.

Para Cavalcanti *et al* (2002, p. 175), essas transformações propiciaram o “reconhecimento da sexualidade feminina tanto no relacionamento, como na manifestação (masturbação, sexo oral, sexo anal), prazer e finalidade (satisfação da procriação)”.

Segundo Hentschel (2001), a expressão da sexualidade humana varia nas diferentes sociedades, assim como variam suas culturas e religiões. Nem sempre o que é normal para um povo será normal para outro. Os padrões de sexualidade podem variar dentro de uma mesma comunidade, dependendo da história ou do nível social.

Na opinião da participante F, o seu futuro não deveria mudar muito após a realização da cirurgia. Pensava que, como a cirurgia tinha acontecido sem intercorrências, e sua recuperação física evoluía bem, não havia nenhum motivo que a levasse a alguma mudança. Seu pensamento ficou explícito na seguinte fala: “Eu estou confiante que eu vou estar bem, né, normal, como se tivesse ele [o útero] lá. Eu penso que vai continuar normal, né ?” (P. F).

Em relação ao futuro da vida conjugal, duas participantes estavam confiantes que os maridos fossem enfrentar bem a situação e que não haveria mudança na relação, justificando esse pensamento em função do tempo em que estavam vivendo junto aos companheiros, a exemplo da participante D, que afirmou: “Eu acho que vai continuar a mesma coisa, como a gente está há muito tempo casado, eu acho que não vai mudar nada, né ?”

A participante A também fez a mesma relação; entretanto, apresentou um discurso mais temeroso, como observamos na fala: “Eu penso que até pode mudar

alguma coisa, mas, como o meu marido diz, a gente é casado há 31 anos e a gente tem que ser na saúde e na doença”.

Três mulheres referiram certa insegurança em relação à atitude dos maridos, após um tempo de cirurgia. Diziam achar que continuaria igual, e que sabiam que não haveria mudança, mas desconheciam o que os maridos pensavam e o que eles sabiam sobre a cirurgia. Até o momento do procedimento, os companheiros tinham se mostrado atenciosos e compreensivos, segundo elas, mas essas mulheres demonstravam insegurança sobre a possível ocorrência de uma mudança neles após transcorrer algum tempo. Achavam que eles iriam continuar assim como estavam, ao menos esperavam isso, mas certeza não tinham, só o tempo é que iria mostrar, conforme apreendemos de suas falas:

“Não sei na cabeça do meu marido, a gente nunca sabe bem, porque na cabeça deles as coisas são mais lentas, eu acho, assim, que ele esteja preocupado talvez até com isso” (P. C).

“Eu não sei se é realmente isso aí, eu acredito que não, mas não sei o que meu marido pensa” (P. F).

“Ele tem que entender que foi uma coisa que eu fui obrigada a fazer, então tem que entender isso aí” (P. A).

A participante C demonstrou, inclusive, preocupação com a compreensão que o marido viria a ter quanto à retomada da atividade sexual, pois relatou que quando teve seu primeiro filho, o marido demorou quase um ano para retomar a atividade sexual. Ela achava que isso pudesse acontecer novamente, mas não sabia qual estava sendo a percepção do marido frente a esse assunto. Observamos essa preocupação na seguinte fala: “Acho que para ele vai ser um pouquinho mais difícil, em relação à sexualidade. Acho que isso mexeu mais com ele, acho que ele vai ter

medo de me machucar, essa questão de que o que vai acontecer, ele vai ficar preocupado” (P. C).

Percebemos que a insegurança das participantes em relação à atitude do marido e ao futuro da sua vida conjugal ocorre porque elas não têm conhecimento do que os companheiros sabem e/ou acreditam sobre a cirurgia. Normalmente, as mulheres não possuem conhecimento completo sobre o seu corpo e, mais especificamente, sobre as funções do útero, o que, na maioria das vezes, é esclarecido na consulta médica. Em geral, seus medos e temores são amenizados após a orientação do profissional, que as esclarece a respeito dos acontecimentos com o corpo após a cirurgia. Quanto aos companheiros, no caso das participantes deste estudo, nenhum deles participou dessas orientações, não podendo esclarecer suas dúvidas e desmistificar o procedimento. Com isso, as mulheres ficaram sem conhecer o que seus maridos sabiam sobre a cirurgia e o que eles pensavam do assunto.

Conforme Caliri e Cunha (1998), é importante fornecer informações sobre a anatomia e fisiologia do corpo antes e após a cirurgia, discutir sobre as concepções e também conversar sobre os mitos existentes na sociedade em relação ao útero e à sua remoção. Essa atitude pode fazer com que a mulher que necessita de uma histerectomia tenha uma melhor adaptação.

Segundo Montgomery, Berenstein e Marcolini (2000, p. 1361), diversos autores têm relatado o fato de haver atualmente um aumento de problemas nos relacionamentos conjugais, após a histerectomia. Por isso, o autor refere a necessidade de “instituir uma consulta para o casal, abordando as possíveis consequências benéficas, ou não, sobre a sexualidade”.

Para Berenstein (1998), o médico muitas vezes torna-se um terapeuta sexual de casal, pois é impossível realizar uma cirurgia ginecológica sem atingir a personalidade da mulher e seu comportamento e, por vezes, do seu companheiro.

Segundo Malcolm (1987, p. 18), "não se pode negligenciar a necessidade que a família tem de informação, tranquilização, apoio e atenção".

A participante E referiu medo de não sentir mais prazer nas relações sexuais, pois acreditava que a presença do útero era indispensável para a sensação de prazer, uma vez que dizia sentir seu órgão quando mantinha relação sexual. Observamos esse sentimento na fala: "Será que quando eu manter relação com o meu marido vai ser a mesma coisa de antes?"

A possibilidade de não sentir mais prazer fazia com que a participante E temesse a perda do marido. Alegava que, no momento em que não sentisse mais prazer, não iria mais ter vontade de se relacionar sexualmente com seu marido, o que o levaria a procurar outra mulher, conforme vimos na fala: "Se tu não quiser, o que o marido vai fazer? Vai te largar e vai arrumar outra, com certeza" (P.E).

Segundo Malcolm (1987, 16), muitas mulheres têm medo de serem desprezadas ou até mesmo abandonadas pelo marido, ou seja, de serem trocadas por outras mulheres que sejam "completas", no sentido de poderem dar ao homem um filho e não terem sido lesadas, tornadas inúteis.

Conforme Lemgruber e Lemgruber (2000), é comum nas classes mais desassistidas o companheiro da mulher histerectomizada deixar de procurá-la sexualmente, alegando que sua companheira não é mais mulher e que está "vazia".

A questão da feminilidade relacionada com a histerectomia foi abordada pela participante C, que referiu não se sentir abalada em sua integridade feminina. Segundo ela, a feminilidade está em todas as coisas e não só em um órgão, então,

não é porque ela retirou o útero que deixará de ser feminina. Esse pensamento foi expresso na seguinte fala: "Me sinto extremamente feminina, mulher, com meus filhos como mãe, então eu não tenho o menor problema em relação a isso" (P. C).

No caso da participante E, a percepção foi diferente. Ela referia sentir medo por não desempenhar mais o seu papel de mulher e de ser diferente das outras mulheres, uma vez que, para ela o normal de toda a mulher é ter útero, e a partir do momento em que o retirasse, não seria mais uma mulher completa. Nesse momento da entrevista, a participante ficou confusa para expressar seu pensamento, referindo não saber como explicar o que estava sentindo, o que pôde ser observado na fala: "Não é pelo filho que eu estou triste, porque eu tenho 4, é pela parte de ser mulher, é nessa parte que eu me preocupo" (P. E).

Para Malcolm (1987) as doenças mamárias e ginecológicas são particularmente delicadas porque lidam diretamente com a identidade sexual, além de afetar a imagem corporal e a auto-estima.

Segundo Caliri e Cunha (1998, p. 752), existe uma identidade pública da mulher histerectomizada, que é ser uma mulher "vazia", "fria" e "diferente das outras".

A participante E comentou também sobre o fato de não menstruar mais após a cirurgia, referiu ficar triste por esta inevitável conseqüência, pois, no seu entender, esta situação a deixava diferente das demais mulheres, o que ficou explicitado na seguinte fala: "Eu sei que não vou mais menstruar, eu queria ser normal, como as outras mulheres, normal". Referiu, ainda, que escutara de muitas mulheres o desejo de não quererem mais menstruar, por acharem a menstruação um incômodo. Esse desejo era causa de uma certa revolta na participante E, pois ela achava que

nenhuma mulher era sincera ao desejar não menstruar mais, pelo fato da menstruação fazer parte do papel feminino.

Conforme Malcolm (1987), muitas mulheres não vêem a menstruação como um incômodo, e sim como um sinal de sua feminilidade, um fato a confirmar essa feminilidade.

A partir dos depoimentos, tivemos a possibilidade de conhecer quais os principais sentimentos vivenciados pelas mulheres que se submetem a uma histerectomia. Referiram seus temores frente ao procedimento e como visualizam seu futuro após a realização cirurgia, além de expressarem seus sentimentos relacionados à sexualidade e vida conjugal.

Observamos que para a maioria das mulheres, a vida futura estava extremamente ligada aos seus companheiros, causando-lhes um sentimento de medo e incerteza quanto ao seu futuro. Este fato ocorreu, em função de que, nenhuma das participantes demonstrou possuir segurança sobre o que seus parceiros pensavam da cirurgia e o que imaginavam do futuro, pois a maioria não havia discutido sobre o procedimento com seu companheiro. Portanto, não tendo certeza dos pensamentos dos companheiros, não tinham segurança sobre seu futuro.

5.3 “Tiraram tudo”, vou “ficar um freezer”

O tema surgiu da interpretação das respostas de todas as perguntas, levando em consideração que os mitos, as crenças e os tabus não apareciam de forma isolada, e sim permeavam os diversos discursos. Eram subjacentes em diversos momentos da entrevista, além de terem sido citados por todas as participantes do estudo.

Duas participantes, ao relatar sobre a indicação da sua cirurgia e de como o médico havia explicado o procedimento, usaram a expressão “tirar tudo” para se referirem à retirada do útero, ovários e trompas. Observamos a expressão nas falas:

“Eu fiz foi para esperar que seja melhor, né, tiraram o ovário e tudo” (P. F).

“O médico falou que iria tirar tudo, tirar ovário, útero, tudo” (P. A).

Uma expressão que foi referida por três participantes foi a de que a mulher pode ficar “fria” após a retirada do útero. A expressão foi usada diversas vezes pelas participantes, sendo que comentavam que era um termo usado pelas pessoas conhecidas, como vizinhos e familiares, quando falavam de histerectomia.

Das três participantes, duas diziam não acreditar no que as pessoas falavam, achando pouco provável ser verdade a história de que a mulher ficaria “fria”, ou seja, de que não sentiria mais prazer sexual, depois de retirar o útero.

“Eu sei que tem algumas pessoas que dizem que a pessoa fica fria, não tem mais relação, tem umas que dizem. Eu não sei se é realmente isso, eu acredito que não” (P. F).

“As amigas falavam que a mulher depois que tirava ficava fria, menos mulher, mas eu não sei, porque tenho cunhadas que fizeram e não disseram isso” (P. A).

A participante E que também usou a expressão “ficar fria” em seu discurso, encarou essa crença popular de uma maneira diferente das demais. Parecia não ter superado o que as pessoas falavam, temendo que acontecesse o que os outros tanto diziam, o que se evidenciou na fala: “As pessoas dizem que depois que tira fica que nem duplex [tipo de geladeira], começam a debochar e tu fica com aquele medo, já pensou se é verdade ?” (P.E).

Relatou que algumas das pessoas que comentavam eram os seus familiares, os quais, além de falar, ainda riam e faziam brincadeiras sobre o fato. Esta participante parecia impressionada com a possibilidade de realmente ficar “fria” e com o fato de ser motivo de brincadeira para os familiares. Notamos o seu sofrimento com a situação na seguinte fala: “Mas eu tive que tirar, agora eu quero ver se vai ser como as pessoas falam, geladeira, duplex, começam a rir, dizem que eu vou ficar um freezer” (P.E). Dizia conhecer duas amigas que já haviam feito a mesma cirurgia, e que falavam ser mentira o discurso das pessoas em relação a “ficar fria”, mas, mesmo assim, demonstrava medo, evidenciando a grande influência da sua família, para a sua percepção acerca do assunto. Mencionou que, em função das brincadeiras feitas pelos familiares, acabou se irritando e brigando diversas vezes com eles, explicando o fato na fala: “Eu andava tão nervosa ultimamente que eu não tinha mais paciência com eles, a minha família nem veio me ver, por causa disso, que eu me irritava com eles” (P.E).

Uma expressão que apareceu nos discursos de três participantes foi que, após a cirurgia de retirada do útero, fica um “vazio”, um “buraco na barriga”. Novamente a expressão era oriunda das pessoas conhecidas, o que pôde ser observado na fala: “As amigas falavam que a mulher ficava oca por dentro, que não dá mais prazer para o homem” (P. A).

Conforme Caliri e Cunha (1998), muitas mulheres que realizam a histerectomia imaginam que serão vistas - sendo que em alguns casos realmente o são - como uma mulher "oca", "fria", "vazia", "diferente das outras" e que não serão capazes de ter e dar satisfação sexual.

No discurso de uma delas, foi mencionado o fato de o médico ter explicado o tamanho do útero, esclarecendo a idéia prévia feita pela participante em relação à cirurgia, como vimos nesta fala: "Dizem que pode ficar um vazio na tua barriga, mas a doutora disse que eles são tão pequenininhos, que não fica aquele espaço como a gente imagina na barriga " (P. F).

A participante E não relatou ter ouvido outras pessoas falarem da possibilidade de ficar um vazio na barriga, mas sim de pensar e imaginar a possibilidade, como sendo uma impressão sua. Essa diferença ficou clara na seguinte fala: "Eu pensei, será que eu não vou ficar com um buraco, mas não é, né... Mas dá uma impressão, será que eu não vou ficar com um buracão assim por dentro?" (P. E).

Um mito que apareceu em um dos discursos foi o de que não seria bom e nem saudável, não menstruar mais, conforme referiu a participante D na fala: "Comentam que não é legal tirar o útero porque a mulher não menstrua e pode dar osteoporose" (P.D).

Segundo Wender e Accetta (1996), a osteoporose é causada pela deficiência estrogênica instalada por um longo período. A produção estrogênica é feita principalmente pelos ovários, além da conversão periférica de androgênios, o que independe da presença de útero.

A participante C relatou ter ouvido muitas coisas das pessoas sobre a mulher que faz histerectomia, como, por exemplo, "deixar de ser mulher". Demonstrava não

acreditar nessas histórias, por achar que o sentimento dela e a maneira de ela ver os fatos é que eram importantes. Observamos isso quando ela falou: "A gente ouve que, assim, parece que tu vai perder a tua capacidade, o teu elemento de ser mulher" (P.C).

Uma crença que apareceu em dois discursos foi a de que o tempo de casamento tem forte influência sobre a reação do companheiro frente à cirurgia. A participante D acreditava sinceramente que a sua vida conjugal não iria mudar, em função do tempo que estava casada com o seu marido. A participante A também procurava acreditar nisso, apesar de ter um certo receio quanto à veracidade do fato. Mas o seu marido havia comentado que estaria do seu lado mesmo em situação ruim, pois eram muitos anos de casados.

Durante a entrevista com a participante F, surgiu um tabu muito significativo, o da sexualidade, mais especificamente sobre o prazer feminino na relação sexual. A participante comentou o fato de as amigas e a própria mãe já terem se submetido à cirurgia de histerectomia, e referirem não ter havido nenhuma mudança relevante em suas vidas, decorrente da cirurgia. Entretanto, referiu que nenhuma das amigas comentara sobre a vida sexual, se houve mudança ou não, e nem sobre a possível diminuição do prazer, o que foi observado na seguinte fala: "Sobre ter prazer elas não comentavam, né, e eu também nunca perguntei". Nem mesmo sua mãe fez comentários sobre o assunto, fato que foi justificado pela participante por sua mãe ser "muito fechada".

Segundo Cavalcanti (2002, p. 175), "a sociedade exige da mulher absoluta obediência na negação de sua sexualidade, colocando o sexo como sujo, pecaminoso, tolerado somente após o casamento e para fins de procriação".

Identificamos, a partir dos depoimentos, a existência de diversos mitos, crenças e tabus acerca da cirurgia de histerectomia, sendo que a maioria tem relação com a sexualidade. Grande parte das participantes, demonstrou não considerar importante os ditos populares que tinham conhecimento e não acreditar em tais fatos, mas também não tinha certeza de seus pensamentos otimistas. As participantes referiram que só depois de algum tempo após a cirurgia, iriam saber se realmente as crendices populares tinham algum fundamento.

Com isso, observamos como essas mulheres são receptoras de informações irreais acerca desse procedimento, causando-lhes grande expectativa para conferir a veracidade de tais crendices. Além disso, algumas mulheres dispensam grande importância para a opinião de outras pessoas, resultando em uma certa dificuldade para enfrentar a situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho nos possibilitou identificar alguns dos sentimentos que mulheres submetidas à histerectomia possuem, além de mostrar as diferentes maneiras de perceber e enfrentar essa cirurgia. As percepções foram variadas, e diretamente influenciadas pelo contexto atual de cada mulher e pelos seus históricos de vida. Quanto aos sentimentos, também foram encontradas diversidades entre as mulheres, o que dependia muito de suas personalidades e maneiras de enfrentar a vida.

Considerando as informações obtidas neste estudo, concluímos o quanto é importante os profissionais da saúde dispensarem uma atenção especial a essas pacientes, ouvindo o que elas têm a dizer sobre seus sentimentos, suas percepções e angústias. É fundamental nesse momento, entender e respeitar os medos e as crenças vivenciadas por essas mulheres, evitando julgar e menosprezar suas manifestações. A partir desses conhecimentos, devemos oferecer a informação acerca da cirurgia e esclarecer as dúvidas, conforme a necessidade de cada mulher.

Observamos que os companheiros das mulheres entrevistadas tiveram papel fundamental na maneira como elas enfrentaram a cirurgia e como perceberam as possíveis mudanças futuras em suas vidas. O enfrentamento e as percepções eram baseados em possibilidades e incertezas, pois nenhuma delas tinha o real conhecimento do que o seu parceiro estava pensando naquele momento sobre a cirurgia e como ele iria enfrentar a situação no futuro. Esse fato, deixa a mulher angustiada e duvidosa quanto à sua futura vida conjugal, o que ocorre muitas vezes no pós-operatório, estado em que a mulher encontra-se emocionalmente lábil e com auto-estima abalada.

Nesse sentido, identificamos a necessidade de um trabalho conjunto com o casal, pois a histerectomia tem significado importante para sexualidade, na opinião de algumas mulheres, o que pode acabar afetando a vida conjugal. Poderiam ser implantados, nos serviços de saúde, grupos com as mulheres submetidas a cirurgia de histerectomia, os quais contariam com a participação de seus respectivos companheiros, e seriam coordenados por uma enfermeira. A atividade de grupo teria como objetivo identificar os sentimentos e percepções do casal, para que cada um conhecesse, por exemplo, os pensamentos, as angústias e os medos do seu parceiro. Seria realizada antes e após o procedimento, para que fosse proporcionado uma cirurgia e um pós-operatório mais tranqüilo para essas mulheres.

Ao realizar esse estudo, tivemos a oportunidade de identificar também, os mitos, as crenças e os tabus que as mulheres submetidas a essa cirurgia possuíam, ou ao menos, conheciam a partir de pessoas próximas. Todas as participantes referiram ouvir de alguém um mito e/ou crença, sendo que algumas não acreditavam e não eram influenciadas pelo fato, enquanto outras demonstravam preocupação e medo com a possível veracidade das informações. Algumas comentavam o fato de terem obtido esclarecimento por parte da equipe médica, o que não pareceu suficiente em alguns casos para afastar crendices populares.

As consultas médicas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), normalmente ocorrem em um número restrito para cada paciente, além de serem realizadas em um curto espaço de tempo. Com isso, muitas vezes, não existe a possibilidade de o médico ouvir a sua paciente e identificar seus medos e receios, o que torna normalmente, seu esclarecimento pouco eficaz. Nesse caso, seria válido implantar uma consulta de enfermagem para essas mulheres, a qual funcionaria

paralelamente às consultas médicas, a fim de proporcionar um atendimento mais integral e humanizado.

Nessa consulta de enfermagem, as mulheres poderiam expressar seus receios, seus medos, suas angústias, enfim, todos os sentimentos e conflitos relacionados à cirurgia de histerectomia. Com isso, teriam explicações e esclarecimentos de uma forma mais individualizada e direcionada, tomando o momento cirúrgico mais tranqüilo. Além da consulta, seria importante também, realizar visitas domiciliares com essas mulheres, para acompanhar o seu cotidiano após a cirurgia, e identificar possíveis mudanças e sofrimentos em função da histerectomia.

Observamos o quanto é importante identificar os sentimentos, as percepções e os mitos que as mulheres possuem ao se submeterem à cirurgia de histerectomia, atentando para o quanto o procedimento poderá influenciar suas vidas e de que maneira a situação está sendo enfrentada. A partir disso, tentaremos amenizar o sofrimento, aliviar a tensão e facilitar o enfrentamento, por meio de um acompanhamento integral, que passe a prever um atendimento multiprofissional.

Relacionamos o fato dessa cirurgia mostrar-se especialmente delicada para muitas mulheres pelo fato de manter importante relação com a expressão da sexualidade e com a possibilidade de procriar, afetando muitas vezes a feminilidade. Considerando que o útero faz parte do corpo humano feminino, a histerectomia poderá causar a sensação de mutilação. Entretanto, sabendo que a cirurgia poderá melhorar sua qualidade de vida, algumas mulheres parecem considerar mais importante o aspecto positivo da cirurgia, o que lhes possibilita enfrentar a situação de maneira mais tranqüila, enquanto que para outras, o enfrentamento pode ser mais difícil e complicado.

REFERÊNCIAS

- ABUCHAIM, A. L.; ABUCHAIM, C. M. **Sexualidade Normal e Transtornos Sexuais**. Porto alegre, 2001. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br>. Acesso em: 27 dez. 2003.
- BALLONE, G. J. **Afetividade**. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/afet.html>. Acesso em: 30 dez. 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1977.
- BERENSTEIN, E. Repercussões sexuais das cirurgias ginecológicas. *In*: CAMARGO, S. F. **Cirurgia ginecológica: propostas e refinamentos**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998. cap. 2, p. 21-31.
- BIAZUS, J. V. *et al.* Estudo comparativo sobre readaptação pós-operatória entre pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de mama. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v.17, n. 2, p. 57-61, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pub_assunto/enfermagem.htm. Acesso em: 10 ago. 2003.
- CALIRI, M. H. L; CUNHA, A. M. P. A experiência da mulher ao enfrentar a histerectomia. **Femina**, São Paulo, vol. 26, n. 9, p. 749-752, 1998.
- CAMARGO, S. F. A histerectomia vaginal: ninguém ama aquilo que desconhece. *In*: CAMARGO, S. F. **Cirurgia ginecológica: propostas e refinamentos**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998a. cap. 15, p.170-177.
- _____. O uso do bisturi elétrico na histerectomia abdominal total. *In*: CAMARGO, S. F. **Cirurgia ginecológica: propostas e refinamentos**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998b. cap. 22, p. 233-239.
- CAMARGO S. F.; CAMARGO E. S. Histerectomia subtotal: técnica válida, ou uma regressão?. *In*: CAMARGO, S. F. **Cirurgia ginecológica: propostas e refinamentos**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998. cap. 17, p. 187-190.
- CAVALCANTI, A. L. *et al.* Sexualidade nas mulheres histerectomizadas. **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 171-184, 2002.
- DAVIDOFF, L. L. **Introdução à psicologia**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

HENTSCHEL, H. Sexualidade humana. *In*: FREITAS, F; MENKE, C; RIVOIRE, W e col. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2001. cap. 19, p. 231-241.

_____. Disfunção sexual feminina: etiologia orgânica e tratamento. *In*: HALBE, H. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca LTDA, 2000. cap. 171, p. 1931-1939.

HOSPITAL de Clínicas de Porto Alegre. **Porto Alegre (RS/Brasil)**. Folder, 2001.

LEMGRUBER, I; LEMGRUBER, M. Histerectomias. *In*: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. C. **Tratado de Ginecologia da FEBRASGO**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap. 167, p. 1383-1401.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001.

LOUREIRO, M. C. Histerectomia: possíveis alterações sexuais e influências do nível sócio-econômico. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 17, n. 3, p.12-19, 1997.

MALCOLM, M. D. Aspectos psicológicos da cirurgia pélvica. *In*: MATTINGLY, R; THOMPSON, J. **Ginecologia operatória**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. cap. 2, p.13-20.

MEDEIROS L. R. Videolaparoscopia cirúrgica em ginecologia. *In*: CAMARGO, S. F. **Cirurgia ginecológica: propostas e refinamentos**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998. cap. 25, p. 255-300.

MONEGO, H. I.; RIVOIRE, W. A.. Pré e pós-operatório em cirurgia ginecológica. *In*: FREITAS, F; MENKE, C; RIVOIRE, W e col. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2001. cap. 2, p. 32-46.

MONTGOMERY, M; SURITA, R. Disfunção sexual feminina: etiologia funcional e tratamento. *In*: HALBE, H. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca LTDA, 2000. cap. 172, p. 1940-1948.

MONTGOMERY, M; BERENSTEIN, E; MARCOLINI, T. T. Aspectos psicossomáticos e sexuais da cirurgia ginecológica. *In*: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. C. **Tratado de Ginecologia da FEBRASGO**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap. 163, p. 1353-1366.

PENTEADO, S. R. L. *et al.* Sexualidade na menopausa. **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 215-225, 2002.

POLIT, D; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODRIGUES, N. Correlação entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais e estéticos perante a cirurgia no aparelho reprodutor feminino. *In*: CAMARGO, S. **Cirurgia ginecológica: propostas e refinamentos**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998. cap. 1, p.15-20.

- RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.
- SALES, J. M. Anatomofisiologia da resposta sexual humana. *In*: HALBE, H. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca LTDA, 2000. cap. 169, p. 1914-1922.
- SANTANA, T. G. A sexualidade da mulher na óptica da mulher ginecologista. *In*: HALBE, H. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca LTDA, 1994. cap. 150, p. 1602-1604.
- SANTOS, A; CAMILLES, H; DÁTILLO, G. Repercussões emocionais da cirurgia ginecológica. *In*: HALBE, H. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca LTDA, 2000. cap. 32, p. 251-254.
- SMELTZER, S; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- URBANETZ, A; FONSECA, F; GARCIA, G. Classificação das cirurgias ginecológicas e suas indicações. *In*: HALBE, H. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca LTDA, 2000. cap. 221, p. 2362-2374.
- WENDER, M. C. O; ACCETTA, S. G. Climatério. *In*: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1996. cap. 44, p. 250-254.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente documento convidamos Vossa Senhoria a participar da pesquisa a seguir descrita. Trata-se de uma pesquisa que caracteriza uma monografia de conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e que será desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Título do Projeto: **Sentimentos e Percepções de Mulheres Submetidas à Cirurgia de Histerectomia**

O objetivo dessa pesquisa é conhecer os sentimentos e as percepções de mulheres submetidas à cirurgia de histerectomia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, visando compreender suas necessidades, na perspectiva de uma atenção integral.

A pesquisa será realizada através de uma entrevista, com duração prevista de aproximadamente 40 minutos. As informações serão gravadas em fita cassete para posterior análise. Sendo que essa fita ficará sob os cuidados da pesquisadora por 5 (cinco) anos e após este tempo, as mesmas serão desgravadas.

A abaixo identificada e assinada, declara ter recebido uma explicação clara e completa sobre a pesquisa acima mencionada na qual participa de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

1. Foram explicadas as justificativas e objetivos da pesquisa;
2. Foi dada a garantia de receber resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
3. Foi dada a garantia de não ser identificado e de ser mantido o caráter confidencial de informação em relação à minha privacidade;
4. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores para a utilização dos dados obtidos, para a divulgação dos mesmos, sempre preservando o anonimato.
5. Terei a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa;

As pesquisadoras responsáveis por este projeto de pesquisa são: Milene Teixeira Cassalha (acadêmica de enfermagem) e Prof. Beatriz Waldman (orientadora), as quais mantêm contato pelo fone: 96757006. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em __/__/__ .

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Professora Beatriz Waldman
Orientadora

Milene Teixeira Cassalha
Pesquisadora acadêmica

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Dados da participante:

Idade:

Tempo de internação:

Número de filhos:

Situação Conjugal:

2- Guia de questionamentos básicos

- ✓ Qual a sua percepção em relação à cirurgia de histerectomia?
- ✓ Quais os sentimentos que lhe ocorrem em relação a sua sexualidade e a sua vida conjugal, após a realização dessa cirurgia?
- ✓ Você acha que a cirurgia poderá afetar a sua vida de alguma forma?

ANEXO



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 03-423

Versão do Projeto: 29/10/2003

Versão do TCLE: 30/10/2003

Pesquisadores:

BEATRIZ FERREIRA WALDMAN

MILENE TEIXEIRA CASSALHA

Título: SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE HISTERECTOMIA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 30 de outubro de 2003.


Profa. Themis Reverbél da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA