



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

HYANNE CIBELE CARNEIRO MAIA

MULHERES HISTERECTOMIZADAS: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS

CAJAZEIRAS - PB

2012

HYANNE CIBELE CARNEIRO MAIA

MULHERES HISTERECTOMIZADAS: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento

CAJAZEIRAS - PB

2012

HYANNE CIBELE CARNEIRO MAIA

MULHERES HISTERECTOMIZADAS: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
Orientadora (UACV/UFCG)

Psicóloga Ms. Mônica Rafaela de Almeida
Membro (Escola Técnica de Saúde/UFCG)

Enfermeira Ms. Eliane Leite
Membro ((UACV/UFCG)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, por estar ao meu lado em todos os momentos, iluminando os meus passos e me protegendo. Sou grata também por ter me dado a oportunidade de ir para Cajazeiras para passar por tudo o que passei e assim me tornar uma pessoa melhor. Ao senhor, só tenho o que agradecer.

Aos meus pais, **Jairiosman Maia e Eriuda Carneiro**, por todo empenho e dedicação que me ofereceram para que eu consegui-se realizar o meu sonho de se formar. Obrigada por guiarem os meus caminhos desde pequenininha, por serem o meu espelho, meu guia de orientação e por todo o amor a mim dedicado. Eu amo vocês mais que tudo nesse mundo, me falta palavras para expressar o meu tamanho agradecimento.

À minha segunda mãe, **Vânia**, que sempre esteve ao nosso lado nos momentos em que mais precisávamos e por todo amor verdadeiro oferecido. Obrigada pelo amor, carinho, dedicação na minha criação e por sempre estar ao meu lado. Você é parte essencial na nossa família. Obrigada por ter entrado nela e que assim permaneça para sempre.

À minha amiga-irmã, **Jéssica Milfont**, eu agradeço todo dia a Deus por ter colocado você na minha vida, pois a tenho como a irmã que tive a oportunidade de escolher. São 18 anos de uma amizade verdadeira, na qual sempre esteve ao meu lado nas horas boas e ruins, me oferecendo o carinho e amor necessário. Quero sempre tê-la comigo, me oferecendo carinho, amor, amizade, palavras de incentivo e por me fazer sentir mais que uma amiga, uma irmã.

Às minhas amigas de infância, **Kelvia, Klevia, Mariana Braga, Mariana Arraes, Ramira e Isadora**, pela cumplicidade e amizade construída ao logo desses anos. Foi ao lado de todas vocês que passei os melhores anos da minha vida, e sei que sempre posso contar com vocês pra tudo o que eu precisar. Crescemos juntas, brincando, rindo no colégio, na alegria dos 15 anos e principalmente quando todas entraram na faculdade, mas também somos amigas nos momentos mais difíceis vivenciado por cada uma de nós. A distância nunca foi capaz de nos distanciar e nunca será, pois é ao lado de vocês que me sinto completa. Amo muito!!!

Às minhas colegas de apartamento, **Isadora e Carla Fernanda**, que por força do destino sem as conhecer pude ter o privilegio de encontrar duas grandes amigas. Moramos quase 5 anos juntas e nesses anos tivemos a oportunidade de fortalecer os nossos laços de amizade que hoje sei que serão eternos. Muito obrigada por todo amor e paciência a mim oferecido. Também não posso esquecer as acopladas, **Hingrid e Flávia**, que sempre estiveram ao meu lado e compartilharam momentos únicos comigo.

Aos meus colegas de faculdade, que estiveram junto comigo nos melhores anos da minha

vida. Passamos por momentos bons e ruins naquela faculdade e eu não teria conseguido chegar até aqui se não fosse à companhia de cada um de vocês.

À minha especial amiga de faculdade, **Hirla Vanessa**, na qual só tive a oportunidade de conviver a partir do terceiro período, mas logo essa amizade se solidificou e hoje não nos separamos por nada. Sou muito grata por toda cumplicidade e amizade a mim oferecidas, saiba que hoje a tenho como uma grande amiga que quero levar para toda a vida, afinal a parte loira não é completa se não estiver à parte morena ao seu lado. Tenho certeza que a nossa história juntas não termina por aqui, pois você foi uma das melhores coisas que me aconteceu durante a faculdade.

À minha orientadora, **Aissa Romina**, pela dedicação ao meu trabalho e pela disposição de fazer seus alunos mais que isso, amigos. Você é uma mulher maravilhosa que me incentivou fazendo com que eu enfrentasse todas as dificuldades que surgiram na realização desta pesquisa acadêmica. Não poderia deixar de agradecer também a **prof^o Ms. Mônica Almeida**, pela atenção, dedicação, competência e enriquecedoras sugestões ao meu trabalho. Sem o apoio e acompanhamento de vocês duas a minha pesquisa não teria ficado tão bem feita.

Aos demais professores da banca, por disponibilizarem do seu tempo para avaliar o meu estudo e me fornecerem sugestões enriquecedora.

A todos os envolvidos direta e indiretamente nesse estudo, em especial a todas às pacientes que aceitaram dele participar, tornando-o possível.

MAIA, Hyanne Cibele Carneiro. **Mulheres Histerectomizadas: concepções e vivências.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2012.

RESUMO

A histerectomia consiste da retirada definitiva do útero, sendo atualmente considerada a segunda cirurgia mais realizada em mulheres em idade fértil. Entretanto, este procedimento desencadeia nas mulheres além das mudanças relacionadas ao fator fisiológico, alterações na sua vida sexual, emocional e social. Isto ocorre devido aos valores simbólico-culturais gerados em tornos do útero. Este estudo teve como objetivo analisar as concepções e vivências das mulheres histerectomizadas, e como objetivo específico descrever as vivências sexuais e reprodutivas dessas mulheres, apresentar as respostas psicoemocionais das mulheres antes e depois da realização da histerectomia e verificar as percepções dos profissionais de enfermagem no atendimento as mulheres histerectomizadas. Caracteriza-se por um estudo de natureza exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa, utilizando um questionário semi-estruturado, que foi respondido de forma oralmente, porém, transcrita a próprio punho pelo pesquisador. O estudo ocorreu nas áreas de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José/PAPS no município de Cajazeiras/ PB. Participaram desse estudo 15 mulheres que haviam se submetido à histerectomia. Logo após a entrevista, os dados foram transcritos e analisado seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. De acordo com resultados obtidos foi possível perceber que a realização da histerectomia proporciona sentimentos de medo quanto à perda da feminilidade, mobilizando sentimentos de insegurança e temor, desencadeando respostas emocionais que afetam as relações com o parceiro e com a família. Porém foi visto que após a realização do procedimento a grande maioria das entrevistadas alterou a sua percepção diante da histerectomia, avaliando como um ponto positivo para a sua vida. Conclui-se que de modo geral, as percepções das mulheres diante da histerectomia foram substituídas a partir das suas vivências, não ancorando os seus pensamentos e comportamentos diante dos mitos e tabus e sim no bem-estar readquirido após terem vivenciado o processo cirúrgico.

Palavras-Chave: Histerectomia. Saúde da mulher. Atenção primária.

MAIA, Hyanne Cibele Carneiro. **Hysterectomized women: concepts and experiences.** Work completion of course (Bachelor of Nursing)– Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2012.

ABSTRACT

Hysterectomy is the consists of removal of the uterus, and is now considered the second most frequently performed surgery in women of childbearing age. However, this procedure triggers in women beyond the changes related to physiological factors, changes in your sex life, emotional and social. This is due to the symbolic and cultural values generated on turning the uterus. This study aimed to examine the conceptions and experiences of women who had undergone hysterectomyand, how specific goal describe sexual and reproductive experiences of these women, provide psycho-emotional responses of women before and after the completion of hysterectomy and verify the perceptions of nursing care in women hysterectomized. It is characterized by a study of exploratory and descriptive, with a qualitative approach using a semi-structured questionnaire, which was responded orally, however, transcribed handwritten by the researcher. The study took place in the areas covered by the Basic Health Unit St. Joseph / PAPS in the city of Cajazeiras / PB. Participated in the study 15 women who had undergone hysterectomy. Right after the interview, the data were transcribed and analyzed following the proposal of the Collective Subject Discourse. Shortly after the interview, the data were transcribed and analyzed following the proposal of the Collective Subject Discourse. According to the results we see that the performance of hysterectomy provides feelings of fear about loss of femininity, mobilizing feelings of insecurity and fear, provoking emotional responses that affect the relationship with the partner and family. Nevertheless that was seen after the procedure the majority of the interviewees changed their perception in the face of hysterectomy, evaluating as a positive point in your life. To conclude, in general, women's perceptions in front of hysterectomy were replaced from their experiences, not harboring your thoughts and behaviors on the myths and taboos, but the wellbeing reacquired after having experienced the surgical process.

Keyword: Hysterectomy. Women's Health. Primary healthcare.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS- Sistema Único de Saúde

PAIM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

IC- Ideia Central

TVP- Trombose venosa profunda

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia

UBS- Unidade Básica de Saúde

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

CNS- Conselho Nacional de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição da idade das participantes.....	32
TABELA2- Distribuição da situação civil das participantes	33
TABELA 3- Distribuição da profissão das participantes.....	33
TABELA 4- Distribuição da escolaridade das participantes.....	34
TABELA 5- Doença que levou a indicação da histerectomia.....	35

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Discurso do Sujeito Coletivo: Interpretação quanto à realização da histerectomia.....	38
QUADRO 2 – Discurso do Sujeito Coletivo: Repercussão da histerectomia na vida das mulheres.....	40
QUADRO 3 – Discurso do Sujeito Coletivo: A percepção da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia.....	43
QUADRO 4 – Discurso do Sujeito Coletivo Atuação dos profissionais de enfermagem r atendimento as mulheres histerectomizadas.....	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 A REALIZAÇÃO DA HISTERECTOMIA	16
2.2 O ÚTERO E A REPERCUSSÃO DA SUA RETIRADA	17
2.3 A SEXUALIDADE DE MULHERES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA.....	19
2.4 A ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA A MULHERES HISTERECTOMIZADAS	21
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
3.1 TIPO DE ESTUDO	26
3.2 LOCAL DA PESQUISA	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA	27
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	29
3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	32
4.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
ANEXOS	58
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	59
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CNS	60
ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	61
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62

- **INTRODUÇÃO**

A histerectomia é um procedimento cirúrgico que implica na remoção do útero e pode ser realizado por via abdominal, vaginal ou laparoscópica. As indicações comuns da histerectomia são tumores benignos ou malignos, sangramento e hemorragia uterina, ruptura ou perfuração do útero, infecção pélvica, endometriose e relaxamento ou prolapso do aparelho pélvico (NUNES et al, 2009).

No Brasil, a cada ano, cerca de 300 mil mulheres são indicadas a realizar a histerectomia, e esse valor continua crescendo gradativamente em todo mundo. De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS, 2012), a histerectomia representa a segunda cirurgia mais realizada entre mulheres em idade fértil, sendo superada apenas pela cesárea (COSTA, AMORIM, CURSINO, 2003; SBROGGIO, 2005; ARAÚJO, AQUINO, 2003).

O útero corresponde um dos principais órgãos feminino, devido às questões simbólico-culturais referentes ao seu significado. O conceito de feminilidade está associado ao útero a partir de valores históricos, por apresentar a sua função biológica e fisiológica ligada à maternidade e representar socialmente a sexualidade. Logo, a perda deste órgão pode refletir sobre a feminilidade incluindo o desejo sexual e libido, e assim comprometer a sexualidade. Por tal motivo, a repercussão da realização deste procedimento pode interferir negativamente na auto-imagem e na qualidade de vida das mulheres, provocando uma série de alterações no corpo, psiquismo e no social (SBROGGIO, GIRALDO, GONÇALVEZ, 2008; MELO, BARROS, 2009).

Tozo (2011) afirma que as pacientes submetidas à histerectomia precisam lidar com as repercussões relacionadas à sexualidade. O útero apresenta um importante valor simbólico tanto no que corresponde à sexualidade feminina quanto à reprodução. Desta forma, quando as mulheres se deparam com a retirada deste órgão podem causar sérias mudanças no desempenho sexual, por acreditarem que com a sua ausência perderão o desejo sexual, interferindo negativamente na relação conjugal. Assim sendo, é comum que as mulheres sintam-se sob o risco de serem desvalorizadas como “mulheres” devido a essa perda.

Segundo Sbroggio, Osis e Bedone (2005) antes da realização deste procedimento tão invasivo devem-se levar em considerações os mitos e as idéias assimiladas pelas mulheres sobre a histerectomia. Por ser uma cirurgia tão realizada acaba gerando no universo feminino dúvidas relacionadas ao fato de “se tornarem ocas”, “não adquirirem mais a capacidade de dar e sentir prazer” ou até mesmo “se tornarem menos mulher sexualmente” e esses pensamentos

são gerados a partir dos valores básicos de cada mulher. É como se existisse um conjunto de pensamento sobre o útero e que até o exato momento estavam adormecidos na imaginação dessas mulheres, e diante da ameaça da cirurgia para remoção do útero, fossem despertadas de acordo com a criatividade de cada uma.

Os autores supracitados relatam que os mitos aparecem a partir de um fato concreto, neste caso, a histerectomia. Logo, as mulheres que irão realizar essa cirurgia acabam interpretando o procedimento de acordo com o que já ouviram, discutiram e vivenciaram sobre o que significa uma mulher não possuir mais útero. Portanto, o surgimento de tais mitos e idéias, acabam influenciando significativamente nas representações dessas mulheres, podendo afetar, inclusive, a maneira como elas vivenciam a histerectomia.

Por outro lado, é necessário ressaltar que para algumas mulheres, muitas vezes a histerectomia pode estar associada a uma sensação de alívio e satisfação, uma vez que constitui a solução do problema, por representar o fim de sintomas físicos desagradáveis e de doenças que impunham limitações no seu dia-a-dia (SALVADOR, 2003). Assim, a cessação destes problemas proporciona nessas mulheres a possibilidade de retomada das condições sociais e sexuais que antes estava comprometido.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), foi elaborado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAIM), que tinha como objetivo a formulação de ações e estratégias voltadas para assistir essa clientela de forma integral, principalmente quando a mulher é submetida a este procedimento cirúrgico em idade reprodutiva. Tal política esclarece que, para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção, deve-se promover um atendimento voltado para o acolhimento em todos os níveis de assistência.

Portanto, o atendimento a essa clientela deve ser realizado por uma equipe multiprofissional que deverá prestar uma assistência diferenciada e abrangente, com o objetivo de proporcionar cuidado e orientações à mulher que se submeterá a histerectomia, além de lhe oferecer informações sobre os procedimentos realizados, pois assim contribuirá para diminuir os fantasmas e dúvidas que envolvem as mulheres e seus companheiros.

Desse modo, estas informações devem ser fornecidas de maneira clara e compreensiva, atendendo as necessidades culturais de cada mulher, buscando que a paciente compreenda e consiga se readaptar a ser uma mulher sem o seu órgão reprodutor. Entretanto, compreendendo que tais informações não são satisfatórias para diminuir a dor psíquica e o medo, é necessário que os profissionais atuem de uma forma diferente, baseando o tratamento em um processo de perda e que na maioria dos casos é necessário contar com ajuda de terapias (PAULA, 2009).

Logo, faz-se necessário que os profissionais que atuam com mulheres que iram se submeter a esse tipo de cirurgia multilante adquiram um conhecimento geral, não se limitando apenas nas intervenções baseadas, exclusivamente, nas funções biológicas (BOEHS et al., 2007) e, assim, proporcionem uma assistência focada na autonomia das mulheres, reconhecendo e valorizando outras necessidades que elas apresentem com o objetivo de minimizar as sequelas que poderão acontecer.

Nesse sentido, o interesse por esta temática emergiu a partir do contato direto com mulheres que realizaram a histerectomia, que ocorreu durante a realização do estágio supervisionado I, realizado em uma Unidade de Saúde de Cajazeiras-Pb. Através de ações voltadas para a comunidade feminina, foi possível perceber que as mulheres apresentam anseios e dúvidas acerca da realização da histerectomia e que havia muitas repercussões deste procedimento nas vivências das mulheres histerectomizadas.

Estudos mostram que as mulheres que se deparam com a retirada do útero, acabam produzindo sentimentos diversos, fazendo com que as pacientes submetidas à histerectomia adquiram necessidades diferentes das mulheres submetidas a outras cirurgias. Portanto, entende-se que esta temática é relevante, tanto pela frequência quanto pelas alterações no universo feminino.

Assim, esse trabalho visa contribuir para melhorar a qualidade do serviço prestado, visando promover uma assistência humanizada nos períodos pré, trans e pós- cirúrgico e assim oferecer uma melhora na qualidade de vida das mulheres histerectomizadas. Como também, essa pesquisa pode constituir um subsidio para o ensino teórico-prático e para a extensão dessa temática por meio da pesquisa.

Desse modo, o objetivo geral desse estudo foi analisar as concepções e vivências das mulheres histerectomizadas. Além disso, delinearam-se como objetivos específicos: descrever as vivências sexuais e reprodutivas dessas mulheres e apresentar as respostas psicoemocionais das mulheres antes e depois da realização da histerectomia e verificar atuação dos profissionais de enfermagem no atendimento as mulheres histerectomizadas.

• REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A REALIZAÇÃO DA HISTERECTOMIA

A realização da primeira histerectomia ocorreu em 1853 e hoje é considerada a cirurgia ginecologia mais realizada nos serviços de saúde. Estima-se que 20-30% das mulheres serão submetidas a este tipo de procedimento até os 60 anos de vida. A frequência da realização desta cirurgia varia de acordo com as regiões mundiais, sendo considerada mais alta nos EUA e na Austrália, em relação com a Europa. Nos Estados Unidos, realiza-se cerca de 600.000 cirurgias deste tipo por ano. Já no Brasil, foram realizadas 107.000 histerectomia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) somente no ano de 2005 (SÓRIA et al., 2007; ROYER, 2008).

De acordo com Villar e Silva (2009) são muitos os motivos que levam a realização da histerectomia, porém, atualmente é mais indicado para as doenças malignas, correspondendo 10% das indicações. Smeltzer e Bare (2009) complementam afirmando que este procedimento também é recomendado para a realização de diferentes condições de câncer, sangramento uterino anormal, endometriose, crescimento não malignos do útero, colo e anexo, relaxamento pélvico e prolapso ou lesão irreparável do útero.

O câncer de útero é o quarto mais comum entre as mulheres, acometendo principalmente as que se encontram em idade reprodutiva. Entretanto, a prevenção desse câncer não deve ser baseada exclusivamente em realizar a histerectomia. Desta maneira, requer o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, que são fundamentadas no diagnóstico precoce através de atividades educativas, acompanhada de ações individuais, direcionada as pacientes acometidas por tal patologia (NUNES et al., 2009).

A histerectomia pode ser classificada em total ou parcial. Na primeira, são removidos o corpo e o colo do útero, porém no segundo caso, apenas o corpo do útero é extipado. A histerectomia abdominal total é indicada em caso de colo uterino anormal; pacientes que realizaram cirurgias pélvicas anteriores, não realizam colpocitologia oncológica anualmente, presença de doença anatômica, estado maligno ou em grandes condições de desenvolver e recorrência deste. Na histerectomia parcial abdominal é indicado nos casos de colo uterino normal, pacientes jovens ou quando é realizado colpocitologia periodicamente, entre outras. Este procedimento também pode ser realizado por meio da via vaginal, essa via de acesso é

considerada menos traumática em razão da ausência de incisão abdominal, como também não há exposição da cavidade peritoneal. Contudo, ambas as vias apresentam vantagens e desvantagens, sendo que cada uma possui suas próprias indicações e contra-indicações (NUNES et al., 2009; SALIMENA, SOUZA, 2008).

Diante dos avanços tecnológicos, o índice de morbidade em pacientes que se submetem a histerectomia é considerado baixo, porém não é desprezível. Estes resultados ocorreram devido aos avanços nas técnicas anestésicas e nos cuidados prestados nos períodos pré e pós-operatórios, além do uso adequado de medicamentos e transfusões sanguíneas. Entretanto, as principais complicações ocorrem durante o pós-operatório, estimando-se que 25-50% das histerectomias adquiram alguma complicação (AMORIM; SANTOS; GUIMARÃES, 2000).

A histerectomia por ser considerado um procedimento cirúrgico de grande porte é indispensável uma abordagem mais ampla, uma vez que é retirado o órgão que está relacionado tanto as funções biológicas quanto á feminilidade, ocasionando, alterações tanto na imagem corporal como também transtornos psicológicos, assim sendo, um assunto de delicada análise e que necessita de cuidados especiais (NUNES et al., 2009).

Desta forma, faz-se necessário que os profissionais que iram atuar com esta clientela não desconsiderem os efeitos do ato cirúrgico, e assim promovam um atendimento amplo, que tem como objetivo fornecer informações compreensivas, influenciando assim a maneira como essas pacientes reagiram diante desse procedimento e como conduzirão as suas vidas durante a recuperação (SILVA, SANTOS, VARGENS, 2010).

De modo geral, a histerectomia trata-se da perda irreversível do útero. Por isso, é necessário uma indicação precisa e inquestionável, com o objetivo restaurar a saúde ou até mesmo salvar a vida da paciente. Em conjunto com essas reflexões, para se realizar este ato cirúrgico é indispensável ter conhecimento específico sobre a fisiologia e patologia dos órgãos do aparelho genital feminino, como também identificar as manifestações clínicas da paciente, para que assim seja realizado um procedimento com sucesso (SALIMENA, SOUZA, 2008).

2.2 O ÚTERO E A REPERCUSSÃO DA SUA RETIRADA

De acordo com Ricci (2008) o útero é um órgão feminino que se apresenta em forma de pêra e que se localiza na parte superior da vagina. Este é um órgão muscular, oco e elástico. É nele que ocorre o desenvolvimento embrionário, por tal motivo, é associado à

feminilidade. Antes de ocorrer a primeira gestação, mede cerca de 7,5 de comprimento, 5 cm de largura e 2,5 cm de espessura. Porém, ao final da gestação, o útero se apresenta maior do que antigamente. E logo após a menopausa tende-se a se tornar menor e sofrer atrofiamento. A parede uterina é composta por três camadas o exométrio ou perimétrio (mais externa) que recobre todo o corpo uterino, o miométrio que é a camada média e muscular e a interna que é endométrio, composta por mucosa e altamente vascularizada.

Segundo Sbroggio, Osis e Bedone (2005), a remoção dessa parte essencial do corpo feminino pode refletir negativamente para algumas mulheres, pois estas só se dão conta da importância do útero quando recebem a notícia que será necessária à extirpação deste órgão, logo, acabam sofrendo alterações em sua própria identidade feminina. Por esta razão, a sua retirada pode significar alterações na vida sexual e emocional. Além das mudanças relacionadas aos fatores psíquicos, físicos, fisiológicos, sociais e culturais.

Desde a antiguidade, o corpo feminino é visto com a finalidade de reproduzir, sendo a maternidade a razão da existência feminina, excluindo desta forma o prazer. A religião influencia esta ligação entre a reprodução e sexualidade. De acordo com a religião cristã a busca pelo prazer sem apresentar fins lucrativos é recriminada, logo, o prazer e a culpa muitas vezes estão associados. Por este motivo, a mulher passa a sentir-se diminuída (MELO, BARROS, 2009).

Para as mulheres que não possuem filhos, a retirada do útero pode ocasionar um impacto emocional maior, pois “a falta de opção e a falta do órgão podem despertar sentimentos de perda, de inutilidade, de destituição da condição feminina”, por acreditarem que o útero simboliza a procriação, como também fonte de competência feminina e vitalidade (SBROGGIO, GIRALDO, GONÇALVEZ, 2008 APUD ANGERAMI-CAMON, 1998).

Em estudo realizado com um grupo de mulheres mexicanas, foi evidenciado que a perda do órgão doente abala mais o corpo social do que o biológico, pois este se recupera de maneira satisfatória. Desta maneira, os conhecimentos populares adquiridos promovem alterações na interpretação da cirurgia, refletindo assim no seu processo de viver e, conseqüentemente, na qualidade de vida de tais paciente, seja pelo fato de não adquirirem mais a capacidade de procriar, punindo-as moralmente pelo isolamento social ou até mesmo pela possível insatisfação do marido (CUAMATZI, 2004). Por outro lado, a extirpação do útero, pode significar a solução dos problemas, por representar o fim de sintomas físicos desagradáveis e de doenças que promoviam limitações no seu dia-a-dia (SALVADOR, 2003).

De acordo com Sbroggio, Osis e Bedone (2005) é importante levar em consideração os mitos que envolvem as mulheres que serão submetidas à histerectomia. Estes são despertados

por razões específicas, e, segundo a criatividade de cada pessoa, sendo reelaborados de acordo com a situação que estão vivenciando. Neste sentido, acabam produzindo anseios e questionamentos, baseados nas crenças e valores de cada mulher, podendo induzir a reformulações voltadas para o feminismo, gênero, à autoimagem, à sexualidade e a relação conjugal e social.

Ao mesmo tempo, o próprio vínculo construído entre o profissional de saúde e o paciente, se não possuir uma reciprocidade, pode proporcionar um fator estressante, pelo fato que para a paciente o útero possui um simbolismo interno diferente dos estabelecidos pelos profissionais, uma vez que para a mulher apresenta um valor existencial, para o enfermeiro este órgão é visto apenas como uma anatomia doente ou sem função que promove riscos a saúde. Logo, ocorre uma discrepância de pensamentos e valores, promovendo além das alterações biológicas já causadas pelo procedimento cirúrgico as mudanças psicológicas, afetivas e sociais. Assim, é necessário que os profissionais que estão atuando junto com essa clientela, forneçam informações científicas claras com o objetivo de permitir que essas mulheres vivenciem este procedimento cirúrgico e o pós-operatório da maneira menos inquietante e mais satisfatório (MONTGOMERY et. al., 2000; SANTOS, 2008).

2.3 A SEXUALIDADE DE MULHERES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA

De acordo com Tozo (2011) a sexualidade é uma condição humana que se inicia na infância e continua sendo desenvolvida ao longo da vida do indivíduo, sendo manifestada de diversas maneiras de acordo com as circunstâncias e as fases da existência. Então, está é compreendida como a expressão global da personalidade, manifestando-se a partir do estado interior que impulsiona o indivíduo para a vida.

Para Egypto (2003), a sexualidade não corresponde algo independente, e sim, um processo global de sentimentos, ou seja, se caracteriza como parte fundamental da personalidade de cada indivíduo. Desta forma, corresponde a uma necessidade básica que não pode ser desvinculada dos outros aspectos da vida do ser humano. Por este motivo, a sexualidade deve ser compreendida como um conjunto de comportamentos, que englobam o contato, sentimentos e não apenas o ato sexual em si.

Cabe compreender, que a experiência sexual entre um casal é visto como um momento específico e inigualável, sendo considerada uma energia vital que todos apresentam, porém,

não ocorre de repente na vida dos indivíduos. Logo, a sexualidade é tida como um produto final de um longo processo de envolvimento, que irá envolver quem somos e como lidamos com as relações afetivas que estamos envolvidos (NUNES et. al., 2009; MACHADO, 2000).

Nesta perspectiva, deve-se procurar compreender a sexualidade das mulheres que irão ser submetidas a um procedimento cirúrgico, especificamente a histerectomia. Desta forma, é importante conhecer os valores básicos que regem o comportamento sexual humano, na qual pode ser definido como “fruto do aprendizado e, como tal, ditado pela cultura em que cada indivíduo está inserido”. (MACHADO, 2000, p. 2) Na nossa cultura, mesmo existindo a dissociação entre a reprodução e sexualidade, a capacidade de procriar ainda é muito valorizada e, portanto, pode simbolizar o fim da atividade sexual. No entanto, é inegável que a sexualidade no modo geral e o ato sexual propriamente dito integram o conjunto de elementos que interferem no processo de viver e conseqüentemente na qualidade de vida e saúde das pessoas (NUNES, 2008).

Segundo Sbroggio (2008) outro aspecto a ser considerado é a relevância dos mitos e crenças relacionados à sexualidade que é manifestado de diferentes formas por homens e mulheres, mesmo os autores afirmando que o desejo sexual da mulher permanece inalterado até os 60 anos de idade ou mais, motivo pelo qual não existe necessidade de encerrar suas atividades sexuais por razão da histerectomia.

Associadas as alterações emocionais causadas pela repercussão da histerectomia ainda existem as alterações físicas: a pelve sofre alteração de tamanho e/ou formato há dificuldade de penetração decorrente da diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia, redução do impulso sexual e do grau de atratividade decorrente da diminuição dos níveis hormonais circulantes. Porém, deve-se levar em consideração que a mulher histerectomizada não pode associar a sexualidade à genitália doente, pois, está pode explorar o orgasmo de diferentes formas por meio da estimulação de outras áreas. Logo, se as pacientes se desvincularem desta ideia que a sexualidade se limita a genitália, elas podem melhorar a sua percepção sobre o procedimento a ser realizado (SALVADOR, VARGENS, PROGIANTI, 2008; TOZO, 2009).

Sobre as mulheres que veem a histerectomia como perda da feminilidade, da autoestima e mudança da imagem corporal, estas podem apresentar sintomas depressivos, psicossomáticos e sexuais, podendo acarretar desconforto no relacionamento conjugal, incluindo o receio de realizar atividades sexuais com o parceiro. Algumas mulheres relatam a preocupação em relação a possível infidelidade do marido, por acreditarem que eles vão apresentar algum preconceito em razão delas não possuírem mais o órgão. Por outro lado, os parceiros demonstram certo receio em realizar o ato sexual por terem medo de feri-las. Isso

ocorre devido ao processo psíquico de construção dos mitos e à falta de conhecimento sobre o seu próprio corpo (VILLAR, SILVA, 2009; TOZO, 2011).

No entanto, algumas mulheres que se submeteram a histerectomia relataram melhora na função sexual, esse resultado ocorre devido à ausência das dores anormais e do sangramento que era causado devido à presença do órgão doente (VILLAR, SILVA, 2009; NUNES, 2008).

Nesta perspectiva, é necessário reconhecer que a atividade sexual, após a realização da histerectomia, é nada mais do que uma simples continuação do que existia anteriormente. Desta forma, “se o passado contiver muitos reserves e desgostos, será difícil, para não dizer improvável, que se continue uma vida amorosa adequada” (MACHADO, 2000, p.1) Assim sendo, as mulheres que apresentam dificuldade em se relacionar com o parceiro ou possuem uma atividade sexual com focos de conflitos, correm um risco maior de desgaste na relação sexual, utilizando assim da histerectomia como alibi para a rejeição do sexo. Em relação às pacientes que mesmo com a presença dos sintomas desagradáveis continuavam a ter prazer nas atividades sexuais, estas têm maior probabilidade de terem uma vida sexual gratificante após a cirurgia (ESTRELA, MARTINS, 2005; NUNES et al. 2009).

Com base nessas informações, é importante a qualificação dos profissionais de saúde através dos conhecimentos e manejos técnicos em relação aos problemas que envolvem questões sexuais. É necessário um atendimento interdisciplinar, por meio de uma percepção atenta e escuta profissional. Dessa maneira, o procedimento cirúrgico acaba assumindo uma concepção positiva, com efeitos benéficos para a qualidade de vida da mulher, visando assim adotar medidas preventivas em relação à função sexual futura (SALVADOR, VARGENS, PROGIANTI, 2008; TOZO et al, 2009).

2.4 A ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA A MULHERES HISTERECTOMIZADAS

De acordo com Smeltzer e Bare (2009) a fase pré-operatória compreende desde a tomada de decisão de se realizar a intervenção cirúrgica até o exato momento em que a paciente é admitida no centro cirúrgico. Portanto, os enfermeiros devem elaborar ações que incluam o levantamento histórico, a identificação da gravidade dos riscos durante o procedimento, a avaliação dos exames com o objetivo de diagnosticar, o reconhecimento das necessidades do paciente e dos seus familiares e o restabelecimento do paciente após o

procedimento.

Para promover com êxito a assistência de enfermagem ainda no período pré-operatório, o profissional de saúde deve preparar o paciente tanto psicologicamente quanto fisicamente. Cabe ao enfermeiro fornecer informações sobre a cirurgia, entretanto, estas devem ser realizadas em uma linguagem clara e precisa, além de oferecer conforto, respeito e escuta sensível que as mulheres hospitalizadas necessitam diante de um procedimento que envolve as questões simbólico-culturais, mais especificamente, a histerectomia (SILVA, SANTOS, VARGENS, 2010; NOGUEIRA et al., 2011).

As pacientes que irão se submeter aos procedimentos cirúrgicos e particularmente as cirurgias ginecológicas necessitam de todo um aparato psicológico. Assim sendo, é necessário que os profissionais de enfermagem elaborem uma assistência particularizada respaldada em conhecimentos científicos, não se limitado apenas aos aspectos biológicos, mas também as dimensões psicossociais com o objetivo reduzir os fatores estressores e conseqüentemente promover uma melhor manutenção de saúde e qualidade de vida das pacientes (VILLAR, SILVA, 2009; ROYER, 2008; SALIMENA, SOUZA, 2010).

As orientações fornecidas caracterizam-se como uma forma de esclarecer os mitos e dúvidas existentes nas mulheres. Desta forma, deve-se utilizar a educação em saúde, que pode esclarecer as fases do processo cirúrgico e, com isso possibilitar a diminuição dos fatores estressores que podem influenciar negativamente na realização do procedimento e na recuperação da paciente (ROYER, 2008).

Cruz (2006) afirma que as pacientes, ao adquirirem conhecimento sobre o processo saúde-doença, tendem-se a se sentirem mais seguras e confiantes sobre o procedimento que será realizado, compreendendo assim, os riscos e benefícios que envolvem a cirurgia. Assim sendo, a cliente consegue alcançar a sua própria independência e autonomia no seu cuidado, como também elaborar medidas que minimizem o estresse cirúrgico e como resultado reduzem as complicações do pós-operatório.

De acordo com Souza, Souza e Fenili (2005), as pacientes que irão se submeter às cirurgias relatam apresentar ansiedade durante o período pré-operatório, entretanto, os altos níveis de estresse podem provocar comprometimento no pós-operatório. Estes podem causar interferências no organismo das pacientes, através dos efeitos físicos e psicológicos podendo prejudicar o procedimento. Portanto, com o intuito de minimizar a tensão e ansiedade, é necessário que os profissionais de enfermagem elaborem um cuidado, que tenha como objetivo o esclarecimento das fases do processo cirúrgico.

Também é necessário que os profissionais abordem questões relacionadas com a

sexualidade. Os pacientes devem ser orientados sobre a necessidade de compreensão da anatomia e funcionamento do próprio corpo, com a finalidade da retomada das atividades sexuais futuras. Logo, a sexualidade se mostra presente em todos os estágios do processo saúde-doença da paciente (SILVA, SANTOS, VARGENS, 2010; VILLAR, SILVA, 2010).

A assistência de enfermagem no período pós-anestésico tem como finalidade proporcionar uma recuperação segura e rápida, prevenindo das possíveis complicações e atendendo às que possam acontecer durante o procedimento cirúrgico. Compete ao centro de recuperação pós-anestésico possuir recursos suficientes que promovam uma assistência de enfermagem com qualidade no período pós-operatório imediato. Ainda que o alcance de tais objetivos esteja vinculado às condições do paciente durante o período pré-operatório como um todo (ROYER, 2008).

Em relação ao período pós-operatório, este se estende desde a saída do paciente da sala cirúrgica até momento em que recebe a alta hospitalar. De tal modo, a paciente deve ser orientada sobre as limitações e/ou restrições a que será submetida neste período e, especificamente, para as cirurgias ginecológicas da pelve (SMELTZER, BARE, 2009).

Por este motivo, no pós-operatório devem ser realizados os cuidados utilizados nas cirurgias abdominais, com particular atenção para a circulação periférica, com o intuito de evitar tromboflebite e a trombose venosa profunda (TVP). Para se obter tais objetivos, é fundamental promover os exercícios das pernas, deambulação e se possível a utilização de meias elásticas com compressão (SOBECC, 2009).

Neste período o enfermeiro deve estar atento as possíveis complicações, entre as mais frequentes em pacientes que se submetem a histerectomia, estão o sangramento vaginal seguido de hemorragia. Para detectar essas complicações, devem ser utilizados absorventes perineais, com a finalidade de avaliar a extensão do sangramento. Além disso, é necessário o monitoramento dos sinais vitais, relacionados à hemorragia e choque (SMELTZER, BARE, 2009).

As pacientes que foram submetidas a um processo cirúrgico também estão sujeitos a adquirirem uma infecção, em razão do rompimento da pele, causando assim, uma ferida cirúrgica. Os principais sinais e sintomas compreendem a febre maior do que 38°C, vermelhidão, calor, abertura dos pontos no local da cirurgia e a formação de pus dentro da cavidade do corpo em que foi realizada a cirurgia. Logo, para se evitar uma infecção no sítio cirúrgico, o profissional de enfermagem deve orientar sobre o cuidado com a ferida, tais como higienização e nutrição adequada (SOBECC, 2009).

No momento da alta hospitalar o enfermeiro deve orientar as pacientes quanto aos cuidados que deverá ser realizado neste período e marca as próximas consultas de retorno ambulatorial. A cliente também deve ser informada sobre as restrições e limitações existentes, com o intuito de promover a cicatrização e evitar o sangramento pós-operatório. Sobre a ferida cirúrgica, o profissional deve esclarecer as possíveis complicações, e caso seja observado rubor ou secreção purulenta, é necessário buscar um serviço de saúde, portanto, a ferida precisa ser observada diariamente. Em relação à atividade diária, esta deve ser retomada de maneira gradual (ROYER, 2008).

De modo geral, acredita-se que com a possibilidade de possuir novos espaços de cuidado em saúde favoreça o vínculo profissional-paciente, proporcionando uma assistência eficaz e humanizada às mulheres submetidas a este procedimento tão invasivo, em razão do seu significado biopsicossocial. (NUNES et al., 2009).

• METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Sendo este considerado um método que:

“[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2007, p. 57).

Considerou-se, então, que a pesquisa qualitativa tem como finalidade avaliar o nível de realidade, que não tem como ser quantificado. Ou seja, de acordo com Minayo (2007), é fundamentado em compreender o universo da repercussão, significados, valores e atitudes, que está relacionado à questão mais profunda do vivenciar, estes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Nesse sentido, a pesquisa sugeriu definir, entender e interpretar os sentidos e o significado dos fenômenos para o indivíduo e a sociedade. Desta forma, no presente estudo pesquisou-se a figura feminina no processo de histerectomia, tendo como finalidade compreender as concepções e vivências das mulheres submetidas a este procedimento.

Segundo Rodrigues (2006) a pesquisa exploratória tem por finalidade adquirir informações sobre um determinado tema ou busca solucionar o problema do estudo. Esta pesquisa ainda apresenta como proposta a delimitação do tema e a definição dos objetivos do mesmo. Para Gil (2002) o estudo descritivo tem como principal objetivo delinear as características e episódios de uma determinada população.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi efetivado no alto sertão paraibano, na cidade de Cajazeiras – PB, com mulheres assistidas na Unidade de Saúde da Família São José/PAPS. Segundo dados do IBGE

(2010), a referida cidade está localizada no extremo oeste do Estado da Paraíba, há 477 km da capital João Pessoa e com população de 58.446 habitantes, sendo que 27.938 são homens e 30.508 são mulheres. É considerado o oitavo município mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião, sendo reconhecida, principalmente pelo seu potencial e estrutura educacional. Este ainda possui clima quente e seco com temperaturas médias que variam entre 23°C e 30°C.

O município de Cajazeiras conta com a Rede Básica de Saúde de 15 UBS em toda sua extensão territorial, sendo 11 (onze) unidades localizadas em área urbana e 04 (quatro) em área rural. Cada equipe é composta basicamente por enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, atendente de consultório dentário (ACD) e Agente Comunitário de Saúde.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população dessa pesquisa foi constituída por mulheres que se encontravam em idade reprodutiva e que se submeteram a realização da histerectomia. Assim, participaram desse estudo 15 mulheres cadastradas na unidade de saúde da família do bairro são José, localizada no município de Cajazeiras- Pb.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão para a realização da pesquisa utilizou-se a faixa etária das entrevistadas que se encontram entre os 18 e 49 anos de idade. Contudo, como critério de exclusão considerou-se a incapacidade mental.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada através de questionário sócio-demográfico (APÊNDICE A) e roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE B). O questionário sócio-demográfico serviu para identificar o perfil dos participantes (sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, etc). Esses dados tem a finalidade de capacitar o pesquisador a entender

melhor a amostra que está sendo utilizada.

O roteiro para a entrevista objetivou apreender o ponto de vista dos sujeitos pesquisados previstos nos objetivos da pesquisa. Sendo um instrumento que orienta uma conversa com uma finalidade, e deve ser facilitador de abertura e aprofundamento da comunicação. A entrevista parte de certos questionamentos apoiados na teoria que interessa a pesquisa (MINAYO, 2004).

Essa coleta foi dividida em duas etapas, sendo o questionário composto por questões objetivas e subjetivas. Na primeira etapa se buscou através de questões objetivas os dados sócio-demográficos e econômicos dos sujeitos do estudo. Na segunda etapa abordou-se assuntos como o significado da histerectomia para o sujeito, a repercussão sociocultural, as modificações no seu cotidiano após o procedimento cirúrgico, e as mudanças na saúde sexual e reprodutiva de cada mulher.

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2012. Com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde. A pesquisadora visitou a casa de cada uma dessas mulheres que foram submetidas à histerectomia e que estavam dentro da faixa etária escolhida anteriormente, e assim foi solicitado que tais entrevistadas respondessem ao questionário.

Como procedimento para a realização da pesquisa utilizou-se um questionário na qual foi respondido de forma oralmente pelos depoentes, utilizando um gravador de voz para caracterizar e evidenciar a necessidade dos sujeitos participantes. Logo em seguida, as entrevistas foram transcritas e agrupadas, seguindo passos de acordo com o modelo de análise Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Para cada questão foram construídas as expressões-chave e idéias centrais. Posteriormente, as idéias centrais construídas foram reunidas em grupos de mesmo sentido ou complementar, e por fim foram elaborados os Discursos do Sujeito Coletivo.

É importante informar que, apesar de possuir um roteiro prévio para as entrevistas, estas sofreram alterações de acordo com o andamento, sendo conduzindo de forma a permitir a expressão livre das questões norteadoras, procurando por meio de observações, captar informações acerca do contexto familiar, doméstico e o seu comportamento diante do relato da sua experiência com tal procedimento.

3.6 PROCESSAMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados qualitativamente de forma descritiva, mediante a técnica de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefrève (2005), a qual consiste num procedimento que envolve tabulação e organização de dados discursivos provenientes dos depoimentos dos participantes, permitindo resgatar a compreensão sobre um determinado tema, num dado universo. Esta técnica envolve os seguintes passos:

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, sendo elas os segmentos contínuos ou descontínuos do discurso, os quais relevam a essência do conteúdo discursivo;
2. Identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave. Isto constitui a síntese do conteúdo dessas expressões;
3. Reuniões das expressões-chave relativas às idéias centrais num discurso sintético, que é o Discurso do Sujeito Coletivo.

O DSC consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraindo-se as idéias centrais e ancoragens e suas correspondentes expressões-chave. A proposta deste discurso é a busca da reconstrução, por meio de pedaços dos discursos individuais, formando um “quebra-cabeça”, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para caracterizar um dada” figura”, ou seja, um determinado pensamento ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE, LEFRÈVRE, 2005).

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

O estudo obedeceu às disposições contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos individuais ou grupos por si e/ou por seus representantes legais manifestando a sua anuência à participação na pesquisa.

Antes de iniciar a entrevista, entregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Este termo foi lido junto a participante, tornando claro que as perguntas só seriam realizadas se este aceitasse participar, após a confirmação da participação, foi assinado uma via confirmando a autorização da pesquisa.

De acordo com Clotet, Goldim e Franciscone (2000), o consentimento informado não é apenas um instrumento legal, mas sim um direito moral de todos, que gera obrigações, igualmente morais, para os trabalhadores envolvidos nas atividades de assistência à saúde ou na pesquisa com seres humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

• RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados os dados referentes à caracterização das participantes da pesquisa, mostrando o seu perfil sócio-demográfico, e os dados obtidos nas entrevistas que estão distribuídos em quadros em forma de DSC utilizando o modelo de Lefrève e Lefrève, nesses quadros estão expostas as concepções e vivências das mulheres hysterectomizadas.

4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Na avaliação dos dados socioeconômicos das 15 mulheres submetidas à hysterectomia, foram utilizados os dados compilados a partir da anamnese realizada na primeira etapa da entrevista. Na avaliação dos dados sócio demográficos foram levados em consideração as variáveis idade, o estado civil, ocupação, escolaridade, podendo os mesmos serem visualizados, com suas respectiva distribuição, na tabela abaixo:

Tabela 1 - Distribuição da idade das participantes

Variáveis	<i>f</i>	%
Faixa Etária		
20-30	1	6,7
31-40	4	26,7
41-50	10	66,6
Total	15	100

Fonte: própria pesquisa/2012

No tocante a variável idade, foi observada uma predominância de mulheres acima dos 40 anos que realizaram tal procedimento, apresentando uma porcentagem de 66,6%. Esses dados são relevantes uma vez que, a realização da hysterectomia mostra que as taxas de ocorrência desse procedimento podem elevar-se em razão do padrão reprodutivo, evidenciado pelo aumento da idade e da paridade, razão essa justificada pela maior predisposição dessas mulheres a entidades clínicas como a sintomatologia hemorrágica, sendo esta uma das principais causas da indicação cirúrgica, como também o favorecimento de soluções cirúrgicas, em virtude do ponto de vista médico de que a preservação do útero se faz

necessária exclusivamente enquanto mantida a função reprodutiva.

Tabela 2 - Distribuição da situação civil das participantes.

Variáveis	<i>f</i>	%
Situação Civil		
Casada	10	66,6
Divorciada	3	20
Viúva	1	6,7
Solteira	1	6,7
Total	15	100

Fonte: própria pesquisa/2012

A respeito da situação civil das mulheres entrevistadas, a grande parcela composta por 20% são casadas. Neste caso, fica evidenciado que a grande parcela das mulheres não alterou o seu estado civil em decorrência da realização da histerectomia, pelo contrário, demonstraram otimismo em relação à vida conjugal e sexual em virtude do desaparecimento dos sinais e sintomas desagradáveis que as incomodavam a bastante tempo, proporcionando, desta forma, uma melhora na sua qualidade de vida sexual e conseqüentemente uma aproximação do seu companheiro.

Tabela 3 - Distribuição da profissão das participantes.

Variáveis	<i>F</i>	%
Profissão		
Agricultora	3	20
Aposentada	2	13,33
Autônoma	2	13,33
Auxiliar de serviço	2	13,33
Do lar	5	33,33
Professora	1	6,68
Total	15	100

Fonte: Própria pesquisa/ 2012

Quanto em relação à profissão das participantes da pesquisa, das quinze entrevistadas, a grande parcela relatou ser do lar. Desta forma, evidenciou-se que as entrevistadas apresentavam uma condição social baixa, e conseqüentemente isso causa dificuldade em procurar os serviços de saúde, em virtude da falta de entendimento.

Tabela 4 - Distribuição da escolaridade das participantes.

Variáveis	F	%
Profissão		
Não alfabetizada	4	26,67
Fundamental II incompleto	5	33,33
Fundamental II completo	1	6,6
Médio completo	3	20
Ensino superior	2	13,4
TOTAL	15	100

Fonte: Própria pesquisa/ 2012

No que se refere à escolaridade, houve predomínio do nível fundamental II incompleto. Logo, é observado que 66,6% possuem o nível de escolaridade baixa, comprometendo o acesso a assistência e as informações fornecidas, devido à falta de entendimento ou mau entendimento da linguagem.

Mulheres com baixa escolaridade e menor renda familiar estão mais expostas a serem encaminhadas para a realização da histerectomia. Assim sendo, essas mulheres de baixas condições financeiras apresentam uma taxa de histerectomia duas vezes e meia maior em relação ao grupo com renda per capita acima de seis salários mínimos, como também em relação as menos escolarizadas a prevalência quase quatro vezes maior do que em comparação ao grupo com ensino superior. Isso ocorre em decorrência do acesso desigual à investigação clínica e aos procedimentos terapêuticos, inclusive cirúrgicos, pois estas mulheres não possuem condições adequadas de procurar uma segunda opinião e arcar com o seu próprio tratamento (ARAÚJO; AQUINO, 2003).

Contudo, de acordo com os autores citados acima foi observado nas entrevistas que as mulheres encontravam-se mais vulneráveis a problemas de saúde, visto terem baixa escolaridade, baixa renda e utilizarem pouco os serviços de saúde. Desta maneira, o fator sociocultural pode ser avaliado como um fator de risco para a realização da histerectomia, uma vez que a sua condição pode influenciar na realização da cirurgia, como também a viabilidade de acesso aos serviços de saúde, aquisição de planos de saúde privado e até mesmo a visão dos profissionais de saúde a respeito de tal procedimento.

Observa-se ainda que o nível sociocultural tenha uma relação com o grau de satisfação da mulher em relação à retirada do útero. De acordo com Loureiro (1997), mulheres que apresentam classes econômicas diferentes (operária e burguesa) evidenciam alteração em

relação à interpretação sobre a sexualidade. Assim, observou-se que a mulher operária é possuidora de um “corpo para a produção”, estando ligado ao trabalho de gerar filhos e longe do mercado de consumo de bens voltados ao embelezamento, causando comprometimento na feminilidade destas mulheres, pois não estarão mais aptas a procriar. Porém, a mulher considerada burguesa é detentora do “corpo para o consumo” que está associado à saúde e à estética, promovendo também nestas mulheres a interpretação da histerectomia como um procedimento que causará comprometimento ao seu desempenho sexual, pela visão de sentir-se menos feminina. Portanto, podendo causar em algumas mulheres prejuízo na sua identidade feminina (SBROGGIO; GIRALDO; GONÇALVEZ, 2009).

Tabela 5 - Enfermidade que levou a indicação da histerectomia

Indicação para Histerectomia	<i>f</i>	%
Mioma	6	40
Hemorragia	4	26,6
Dor pélvica	2	13,3
Câncer	2	13,3
Prolapso uterino	1	6,8
Total	15	100

Fonte: Própria fonte/2012

De acordo com os dados apresentados nas entrevistas, verificou-se que a indicação da histerectomia por mioma uterino é predominante no estudo. Estes são considerados miomas benignos que em cerca dos 75% dos casos encontram-se assintomáticos, logo, acredita-se que a incidência pode ser maior do que a descrita, entretanto, a sintomatologia dessa afecção está relacionada diretamente com o tamanho, o número e a sua localização. Este é um tumor sólido, composto por células da musculatura lisa do útero que se localiza no corpo do útero, se apresentado raras vezes no colo. Geralmente, este mioma aparece está presente em até 40% das mulheres em idade reprodutiva, diminuindo de tamanho ou até mesmo desaparecendo através da involução uterina que ocorre após encerrada a função ovariana. Entretanto, se não houver regressão do mioma, a cirurgia passa a ser o principal método de tratamento (CASTRO, GOMES, 2007; GREER, 1994).

De acordo com Castro e Gomes (2007) e Beltrame (2010), as causas que levam ao aparecimento do mioma ainda são desconhecidas, porém alguns fatores predisõem ao seu aparecimento. Logo, a nuliparidade, dieta, obesidade e história familiar aumentam a

probabilidade de se adquirir mioma, portanto, quem apresenta na família casos de mioma uterino dobraria o risco de incidência do mesmo. Sabe-se ainda que mulheres da raça negra apresentem 3 a 9 vezes mais predisposição a adquirir mioma do que mulheres brancas.

Dentre os principais sinais e sintomas relatados pelas mulheres sintomáticas, encontram-se os ciclos menstruais irregulares, que promovem períodos de sangramentos intensos, podendo levar a mulher a apresentar quadro de anemia crônica, distensão abdominal, aumento do valor uterino, promovendo conseqüentemente o aumento da pressão pélvica que proporciona dor e compressão de outros órgãos, por algumas vezes impossibilitando de exercer suas atividades diárias e, de acordo com a sua localização pode causar dispaurenia, dificultando ou até mesmo impossibilitando a relação sexual, chegando a provocar até certo comprometimento no relacionamento com os parceiros. Além disso, os miomas podem causar complicações gestacionais, como abortamento e trabalho de parto prematuro (BELTRAME, 2010; MENDONÇA et. al, 2011; PAULA, 2001).

O tratamento utilizado para o mioma uterino altera de acordo com o aparecimento ou não da sintomatologia. Habitualmente, a terapia medicamentosa está sendo utilizada como tratamento de primeira linha, entretanto, os resultados são variáveis e provisórios, promovendo a redução da perda sanguínea até no máximo a 50%. Porém, caso não haja sucesso no tratamento clínico ou houver contraindicação a paciente é encaminhada a realizar os tratamentos cirúrgicos. A histerectomia é considerada a cirurgia ginecológica mais realizada em mulheres em idade reprodutiva, segundo os dados do DATASUS, foi realizada no país cerca de 62.565 histerectomias totais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2010. E no ano de 2011, até o mês de junho, realizou-se 27.867 histerectomias no Brasil, sendo que destas, 2.570 cirurgias ocorreram na região centro-oeste (BELTRAME, 2010; GARRY, 2002; FEBRASGO, 2000).

Outras causas frequentes para a realização da histerectomia são as hemorragias disfuncionais, causada devido a endometriose, que na pesquisa foi responsável por 26,6%, a dor pélvica com 13,3% e o prolapso uterino com 6,8%, entre as causas malignas o câncer uterino apresentou 13,3% dos casos.

O câncer uterino é um das enfermidades que mais acomete mulheres em idade reprodutiva. A histerectomia também é usada como uma medida preventiva do câncer, entretanto, sabe-se que não se deve utilizar a histerectomia como prevenção e sim ações coletivas e individuais, ou seja, por meio de atividades educativas que incentivem o diagnóstico precoce.

Contudo, diante dos resultados apresentados na pesquisa, observou-se que é utilizado o procedimento cirúrgico para a resolução de enfermidades benignas, no entanto, na sua grande maioria não seria necessário recorrer a tal procedimento, causando riscos que seriam desnecessários aos pacientes. Portanto, para se realizar uma histerectomia é necessária uma indicação concisa e inquestionável, o que depende do julgamento médico construído com base na gravidade dos sintomas e de uma série de outros aspectos mais subjetivos, caso contrário à mulher estaria sendo vista apenas como uma dimensão biológica, deixando o seu universo psíquico e sua sexualidade em segundo plano (PAULA 2001, SORIA et al, 2007).

Portanto, de acordo com os autores acima citados é necessário avaliar as vantagens e desvantagens quanto à escolha da histerectomia e de outras formas de tratamento alternativos, sempre levando em consideração a expectativa da mulher diante do tratamento proposto.

Seguramente, para que ocorra uma assistência livre de complicações é necessário haver uma equipe comprometida com a saúde, promovendo de forma efetiva um melhor entendimento das razões e consequências biológicas, psicológicas e sociais da realização da histerectomia, para que assim possa garantir por meio de informações um melhor entendimento da paciente sobre a histerectomia, proporcionando um alívio nos seus anseios, medos e angústias.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Esse referencial de análise é baseado no pressuposto de que o pensamento coletivo pode ser avaliado como um grupo de discurso sobre o mesmo tema. Assim o intuito do Discurso do Sujeito Coletivo é identificar a individualidades semânticas das participantes da pesquisa, e posteriormente, agrupá-las formando um imaginário social (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2005). Desta forma, os discursos serão expostos em subtópicos, na qual será apresentando a análise crítica dos dados referentes ao discurso das quinze mulheres que participantes do estudo.

Portanto, para promover a maior compreensão e organização do assunto referido, os discursos das depoentes foram aparelhados e organizados em quadros, na qual foram criadas 4 (quatro) Ideias Centrais (IC), bem como a formação do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que as caracterizam. Desta forma, os Discursos do Sujeito Coletivo obedeceram às seguintes áreas temáticas: o que significa a histerectomia, a repercussão da histerectomia antes e após o

procedimento, a sexualidade das mulheres e a atuação dos profissionais de enfermagem.

Quadro I: Significados quanto à realização da histerectomia

Ideia central	Discurso do sujeito coletivo
Significados da histerectomia por mulheres que se submeteram a tal procedimento.	A histerectomia é a retirada do útero, já que este só serve para gerar um filho ou trazer doença, [...]. No meu pensamento a histerectomia é uma desgraça, principalmente pra quem ainda queria ter filhos, [...]. Eu não sei o que é histerectomia, porque ninguém me explicou nada, só sei que acabou com o meu sangramento. [...] Eu não sei explicar o que é histerectomia.

Fonte: Própria pesquisa/2012

Cada paciente vivencia o procedimento cirúrgico de uma forma particular, e em caso de cirurgias que envolvem órgãos ou parte do corpo que possuam algum simbolismo, como é o caso da histerectomia, podem proporcionar prejuízo na sua identidade feminina, promovendo repercussão na sua autoestima e na qualidade de vida, podendo acarretar várias implicações no processo de viver da mulher, em virtude dos mitos, valores e crenças depositados pela sociedade. Assim sendo, a incidência de morbidade psicológica é considerada mais alta antes da cirurgia, devido à mulher considerar que a retirada do útero pode significar o fim de um potencial reprodutivo e diminuição da sexualidade (SALIMENA; SOUZA, 2008; SILVA, SANTOS, VARGENS, 2010; MELO, BARROS, 2009).

Em relação aos discursos apresentados no primeiro quadro, estes indicam que parte das mulheres participantes da pesquisa desconhecem o significado da histerectomia e as vantagens e desvantagens que este procedimento pode trazer para a sua vida pessoal, desencadeando inúmeros problemas de ordem emocional, tais como: sentimentos de culpa, medo, vergonha, insegurança, agitação, depressão, insônia, comprometimento da imagem corporal, entre outros. Isto ocorre em virtude da falta de esclarecimento e orientações fornecidas por parte dos profissionais de saúde, que ressaltam apenas a importância da realização do procedimento para eliminação dos sintomas desagradáveis, como também pelo conceito que envolve o útero, construído durante séculos, resumindo o papel da mulher como reprodutora, e esquece-se de avaliar o lado emocional das pacientes, descartando desta forma que a cirurgia para retirada do útero apresenta um significado diferente e por tal motivo promove repercussão na qualidade de vida de tais mulheres.

Conforme observado nas entrevistas, foi possível avaliar que as mulheres na sua grande maioria demonstravam apresentar-se envergonhadas e desconfortadas por não saberem o verdadeiro significado da realização do seu procedimento cirúrgico, e com isso perceberem que foram submetidas a uma cirurgia. Esta falta de esclarecimento por parte da população interessada ocorreu devido à falta de preparação dos profissionais de saúde, estes não souberam expor durante o período pré-operatório o significado da realização da histerectomia e evitar os mitos e medos que as mulheres se deparam nessa fase.

De acordo com Leon (2007), quando um paciente não apresenta uma competência técnica necessária para avaliar os porquês da realização de tal procedimento, parte por meio dos profissionais de saúde transferir as informações necessárias para promover o preparo físico e emocional do indivíduo, diminuindo as fantasias que envolvem a mulher e o seu companheiro, pois à medida que as pacientes se sentem mais inteiradas sobre o assunto, elas apresentam uma maior segurança interna, e conseqüentemente, menos ansiedade no pré-operatório e um pós-operatório menos turbulento.

No entanto, uma grande parcela dos profissionais ainda estão pouco preparados para lidar com tal fato, logo, faz-se necessário que está equipe de profissionais se qualifiquem e adquiram um conhecimento geral sobre o assunto, proporcionando uma assistência baseada na autonomia e singularidade de cada mulher, fazendo com que elas reconheçam e valorizem outras necessidades que apresentam com o intuito de minimizar as sequelas que poderão acontecer (BOEHS et al., 2007).

Desta forma, pode-se avaliar que é necessário que os profissionais de saúde atuem neste momento transmitindo informações e conforto para o paciente e seus familiares com o intuito que o paciente compreenda e consiga se readaptar a ser uma mulher sem o seu órgão reprodutor.

Em suma, a intervenção cirúrgica proporciona intensa repercussão na vida da paciente, pois além de gerar mudanças nos aspectos físicos do indivíduo, pode causar mudanças no papel dessas pessoas dentro do seu próprio convívio social e familiar e conseqüentemente promover alteração na sua qualidade de vida, as afastando das atividades diárias. Por isso, a necessidade de não se tratar o biológico separado dos aspectos psicossociais e culturais.

QUADRO 2: Repercussão da histerectomia na vida das mulheres

Ideia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
A avaliação das concepções e vivências das mulheres diante da iminência da realização da histerectomia	Antes da cirurgia eu fiquei com medo, mas eu acreditei no médico que a minha vida iria melhorar, e eu queria a minha saúde de novo [...]. No começo eu fiquei com medo de ficar fria para o meu marido, mas eu percebi que o lado emocional influencia muito, [...]. Eu aceitei fazer a cirurgia porque era para a minha saúde, quando estamos doentes temos que procurar é uma melhora, [...]. Chorei muito por saber que ia tirar o útero e não ia poder gerar um filho, me sentir impotente e menos mulher.
Ideia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
A avaliação das consequências psicológica e vivência das mulheres após a realização da histerectomia.	Eu encontrei a minha saúde, porque eu só vivia doente, e agora não sinto mais nada [...].Eu sei que foi necessário fazer a histerectomia, mas eu fiquei triste por saber que o meu útero foi destruído e eu não posso mais gerar um filho, [...]. Após a cirurgia eu me afastei de todos, não queria mais comer e só chorava, [...]. Eu estou ótima, não senti mais nada, não tive depressão e muito menos me sentir menos mulher do que as outras, [...].A minha vida era melhor antes da cirurgia, porque depois que eu fiz a cirurgia não faço mais quase relação, eu fiquei oca.

Fonte: Própria pesquisa/2012

No segundo quadro foram apresentadas duas ideias centrais com seus respectivos discursos coletivos, com o intuito de melhor compreender as concepções e vivências das mulheres a cerca da histerectomia. Desta forma, no DSC 1 caracteriza as concepções e vivências das mulheres diante da notícia de realização da histerectomia, portanto, logo foram expressados as suas expectativas diante de tal procedimento, como também os mitos, anseios e a identificação do que cada mulher esperava mudar na sua vida após o procedimento. Já no DSC 2 que caracteriza o estado psicossocial e vivência da paciente após a realização da histerectomia, compreende-se as experiências relatadas pelas mulheres no período pós-operatório tardio da histerectomia, ou seja, o que significa e representa uma mulher conviver

com um corpo sem útero, confrontando tais vivências com as expectativas que elas possuíam no período pré-operatório, com o intuito de analisar tanto os pontos positivos quanto os negativos em relação a realização do procedimento cirúrgico.

Diante dessa proposta, no DSC 1 foi detectado que as expectativas das mulheres alteram de acordo com o motivo que as levaram a realizar tal procedimento. Portanto, como já foi mencionado em relação à histerectomia, este é um procedimento extremamente invasivo, assim, evidência além das repercussões físicas que são causadas pela extração do útero e parada do ciclo menstrual, ainda ocasiona alterações emocionais e sociais.

As mulheres entrevistadas relataram que a ocorrência da histerectomia proporcionou uma forte mobilização emocional tanto para a paciente como para todos que estão no seu convívio, isto ocorreu porque elas acreditavam que o útero estava associado ao conceito de feminilidade, por relacionar-se ao papel reprodutor da mulher e à sua vida sexual. Neste sentido, a histerectomia traz anseios e questionamentos, facilitando a introdução do mito da mulher “oca”, “fria” e indiferente das outras mulheres. Estas percepções acerca das possíveis mudanças que a histerectomia pode promover na sua vida estão atrelados ao fator cultural e social e podem acarretar em um período crítico da vida dessas mulheres, subordinando-a a situações conflitantes e de desordem interna. No entanto, algumas das depoentes contrapõem a essa ideia, pois relatam que o desaparecimento dos sinais e sintomas promove qualidade de vida, além da melhora no desempenho e prazer dessas mulheres, resultados em uma aproximação com o seu companheiro.

Além disso, avaliou-se que o fato da mulher ser ou não mãe esboça uma polaridade de representações em relação à histerectomia. Enquanto, as que possuem filhos vêm a histerectomia como um procedimento comum, que tem apenas a finalidade de eliminar o seu desconforto físico, as que não possuem, visualizam o útero como o órgão reprodutor, desta forma, objetivando-o como órgão vital para a sua realização como mulher. Assim sendo, a dualidade de enfrentamento da histerectomia decorre das condições/papel social de cada mulher, formuladas a partir da sua condição de ser mãe e consequente da realização pessoal com a maternidade (NUNES et al., 2009).

A identidade feminina associada ao útero parte de um ponto histórico, que tem sido construído por séculos, formulando diversos significados em torno do conceito de feminilidade, mas, todos estes conceitos resumem o papel da existência feminina à maternidade, desta forma, a realização da busca do prazer somente é aceito se estiver ligado à realização do papel reprodutivo. Assim sendo, essas representações ancoradas nas concepções conservadoras que limitam o poder sexual da mulher a reprodução acaba causando possíveis

problemas sexuais, bem como produz inúmeras emoções conflitantes, como insegurança e ansiedade (SANTOS, 2008; SBROGGIO et. al, 2005).

Por outro lado, é fundamental enfatizar que para algumas das entrevistadas, a cirurgia significou a solução de problemas, pela possibilidade real de cura e alívio dos sinais e sintomas. A interrupção destes sintomas proporcionou nessas mulheres a expectativa de retomarem as condições sociais e sexuais antes interrompidas, pois não apresentavam mais as dores abdominais e sangramentos, advindo das patologias uterinas. Houve ainda uma das entrevistadas que relatou que construiu a sua representação do processo de histerectomia, como uma forma de evitar danos maiores, como é o caso de câncer e até mesmo a morte.

Em relação ao DSC 2, estão contempladas a vivência de mulheres submetidas a histerectomia, a partir da análise dos dados fornecidos no período pós-operatório tardio. Logo, de acordo com os depoimentos, as mulheres relataram a sua percepção diante da cirurgia, construídos a partir da sua imagem real.

No DSC 2, foi observado uma mudança na percepção das entrevistadas em relação ao pré-operatório, pois a grande parcela demonstrou uma melhor aceitação em relação ao procedimento, isso ocorreu em virtude do desaparecimento dos sintomas, promovendo um retorno as suas atividades diárias. Nesse sentido, os comportamentos das mulheres entrevistadas não se ancoraram nos tabus e preconceitos, e sim objetivaram suas representações baseadas no seu bem-estar adquirido após terem realizados a histerectomia. Entretanto, essa percepção só foi adquirida em razão do significado e valor que cada mulher atribuiu ao seu útero, bem como a partir das suas representações sociais.

De acordo com Faleiros (2011) a troca de informações com mulheres que já haviam realizado a histerectomia é de grande influência, principalmente nesse caso, em que existe uma gama de incertezas e desconhecimento. Percebeu-se que, nos casos das pacientes entrevistadas, todas tiveram algum contato com outras que já haviam passado pela mesma situação e ouviram comentários positivos que as impulsionaram a uma crença da melhora/cura das dificuldades vividas.

Nesse sentido, diante a realidade de extirpação do útero, as mulheres apresentam um sentimento de ambiguidade, mesclando o sentimento de receio, pela retirada de um órgão, e o de conformidade, pelo desaparecimento da sintomatologia e melhora do seu quadro clínico. Assim sendo, Figueira e Viero (2005, p.59) afirma que:

A angústia desencadeada pelos momentos que antecedem a cirurgia mobiliza sentimentos ambivalentes com relação a mesma, que podem ser visualizados através da dialé: medo de que alguma coisa aconteça

X necessidade de se submeter à cirurgia em busca de uma melhora na qualidade de vida. Possivelmente essa ambiguidade seja responsável por uma importante confusão no paciente, pois este se depara com sua impotência, isto é, o desejo de não fazer a cirurgia é vencido pela necessidade de realizá-la.

Com isso, acredita-se que o alívio da sintomatologia ajuda a superar as dúvidas e os medos, reconstruindo as percepções das pacientes diante do ato cirúrgico. Assim, houve casos em que as representações do pré-operatório foram mantidas, e em outros casos a cirurgia passou a ter uma conotação de uma prática menos traumática e com influência positiva na qualidade de vida das mulheres histerectomizadas.

Quadro 3 : A percepção da sexualidade em mulheres submetidas a histerectomia

Ideia central	Discurso do sujeito coletivo
A repercussão na sexualidade feminina	A minha vida sexual melhorou depois que eu realizei a cirurgia, porque parou o sangramento, [...]. Após a cirurgia eu fiquei tensa, com medo de fazer sexo e doer, mas logo isso passou, [...]. Antes da cirurgia a minha vida sexual foi prejudicada, eu não fazia mais por causa do sangramento, [...]. Eu me sentir mais seca, porque não tem mais aquela secreção, mas não alterou na minha vida sexual, [...]. A minha primeira relação depois da cirurgia foi horrível, [...]. Fiquei seca, não sinto mais nem vontade de fazer sexo, [...]. Não tive nenhuma mudança na minha vida sexual.

Fonte: Própria pesquisa/2012

O útero é representante da feminilidade, como também é considerado o principal órgão sexual pelas mulheres. Por esse motivo, a realização da histerectomia pode ocasionar alterações na percepção da mulher diante de si mesma, especialmente no que diz respeito ao desejo sexual e a habilidade para a resposta sexual, o que acarreta prejuízo na sexualidade (CAVALCANTI et al, 2002).

De acordo com os DSC, as mulheres participantes foram indagadas sobre as suas percepções diante da sexualidade durante o curso da doença até o momento da realização da histerectomia. Todas as entrevistadas relataram sofrer alterações durante esse processo da

doença, seja causado pelo significado em torno do útero, como em razão da sintomatologia que as impediam um viver prazeroso da sua sexualidade, independentes de serem ou não mães.

A maioria das mulheres entrevistadas relatou que durante o período pré-operatório sofreram alguma alteração sexual, em decorrência dos sintomas físicos, tais como hemorragia e dores pélvicas, ocasionando um afastamento do seu parceiro, porém logo após a cirurgia, estas referiram motivação para iniciar uma nova vida sexual, passando a sentir-se útil como esposa, uma vez que se sentem aptas para realizar as suas funções sexuais, ocasionando uma melhora no seu relacionamento sexual.

Vale ressaltar que duas das participantes, relataram queixas sexuais durante o período pós-operatório, evidenciados pela falta de prazer e que a sensação de mutilação se agravou após o procedimento. Todavia, durante a entrevista foi possível observar que essas queixas se entrelaçavam com os conflitos conjugais que ambas estavam vivenciando naquele momento. Nesse sentido, Machado (2000) afirma que, a relação conjugal no período pré-operatório é um fator fundamental na análise do pós-operatório das mulheres histerectomizadas, pois se não havia uma vida conjugal harmoniosa antes da cirurgia, torna-se pouco provável que após o procedimento adquiram uma vida amorosa adequada, uma vez que a atividade sexual é avaliada como uma simples continuação do que existia previamente.

Analisando a conduta dos companheiros diante dos comentários das informantes, percebeu-se que eles viam a cirurgia como algo positivo, no entanto, os argumentos oferecidos eram baseados apenas no corpo biológico e no desempenho sexual, não levando em consideração os sentimentos desencadeados pela remoção do útero, promovendo nas mulheres um sentimento de culpa por não exercer sexualmente o seu papel de mulher. Logo, observa-se que o poder da influência masculina ainda existe sobre a figura feminina, seja de maneira passiva, assumindo a responsabilidade de estar sempre disponível para lhe oferecer prazer, como também servir e agradar o seu companheiro (NUNES Et al., 2009).

De acordo com Biffi (2003), quando o companheiro tende a fornecer afeto e atenção especial pelo momento vivenciado, torna-se fundamental para promover uma recuperação em condições melhores e mais saudáveis. Isto ocorre em virtude das mulheres reconhecerem esse apoio e perceberem que este procedimento não afetará a sua feminilidade e sexualidade, um dos grandes temores das mulheres que se submetem a histerectomia.

Logo, com o intuito de se evitar alterações na vida sexual das mulheres é necessário que os profissionais forneçam informações voltadas a sexualidade antes da realização do procedimento cirúrgico, com o intuito de orientar as mulheres previamente, visando que estas

não alterem as suas atividades sexuais após a realização da histerectomia. Assim, as informações e orientações devem ser fornecidas de acordo com a mulher e sua singularidade, e não fornecidas a partir de uma rotina biológica, pois, o retorno a atividade sexual ocorre por iniciativa particular delas mesmas.

Quadro 4: Atuação dos profissionais de enfermagem no atendimento as mulheres histerectomizadas

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
A importância da assistência de enfermagem na recuperação psicossocial das mulheres submetidas à histerectomia.	Os profissionais de enfermagem são atentos, me forneceram ânimo e coragem, [...]. Foi fornecido assistência, mas também não me explicaram nada o que estava acontecendo, [...]. Eu não recebi apoio e informação de nenhum profissional, [...]. O paciente não recebe informações sobre o que deve ser feito após a cirurgia e nem os problemas futuros, [...]. Tive o apoio de toda a equipe do hospital, [...]. Os enfermeiros me ofereceram um atendimento de qualidade, no momento que eu precisava eles me ajudavam, [...].

Fonte: Própria pesquisa/2012

Conforme observado no DSC acima, os profissionais de enfermagem possuem um papel fundamental na recuperação psicossocial das mulheres submetidas à histerectomia, entretanto, observando as falas, avalia-se que em sua grande maioria ocorre aproximação por parte dos profissionais apenas quando o cliente apresenta uma necessidade física, não havendo esclarecimento diante da doença, do procedimento ou até mesmo capacitação dos acompanhantes.

Portanto, durante as entrevistas foi observado que as mulheres apresentavam muita insegurança ao descrever sobre as suas percepções diante do procedimento, estas narraram que os profissionais haviam relatado pouco sobre o assunto, descrevendo apenas a importância do procedimento, sem levar em consideração a compreensão da individualidade humana e os cuidados singulares que deveriam exercer sobre cada paciente. Logo, é

observado que as orientações que antecedem a cirurgia não são voltadas para dúvidas e inseguranças desencadeadas pela retirada do útero, promovendo certo desconforto ao se depararem com a sua perda.

De acordo com Frigato e Hoga (2003), para que os profissionais consigam exercer um atendimento de qualidade é necessário que a equipe esteja preparada, logo, para que isto ocorra é fundamental o conhecimento sobre a temática. Isto ocorre através da capacitação dos profissionais para exercer um atendimento satisfatório, com o intuito de fornecer as informações de forma correta e contribuir para a diminuição dos fantasmas e angústias que envolvem a vida das mulheres que se submetem a histerectomia.

Assim sendo, para que a enfermagem atue de maneira satisfatória é necessário ser oferecido um atendimento que favoreça a autonomia das mulheres, fornecendo um cuidado para além do biológico, desta forma, valorizando outras necessidades que a mulher apresente. Para que isso ocorra à equipe deve utilizar uma linguagem clara e compreensiva para a paciente, com o intuito de atender às suas necessidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

• CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como finalidade analisar as concepções e vivências das mulheres histerectomizadas. Para tanto, verificou-se as vivências sexuais e reprodutivas dessas mulheres e as respostas psicoemocionais antes e depois da realização da histerectomia. Nesse sentido, ao se analisar os discursos construídos observou-se que as mulheres ao se depararem com a necessidade de realizar o procedimento cirúrgico, sofrem um abalo emocional na sua vida social que proporciona uma mudança na sua qualidade de vida e conseqüentemente um afastamento da realização das suas atividades diárias.

Foi possível perceber também que a expectativa das entrevistadas diante do procedimento altera de acordo com a presença ou não de ter filhos, como também dos sinais e sintomas desencadeados pela patologia, das mudanças na sua vida conjugal, inclusive em relação à sexualidade e a percepção do seu companheiro em relação à cirurgia. Assim, observou-se que essas mulheres alteram a concepção do que é histerectomia de acordo com as suas vivências depois do procedimento. As participantes relataram que quando se depararam com a possibilidade da realização da histerectomia sofreram alterações emocionais, estas estão relacionadas ao valor simbólico-cultural que haviam atribuído ao útero, sendo este considerado o órgão responsável pela feminilidade, maternidade e sexualidade da mulher.

Entretanto, após a cirurgia, foi possível identificar que algumas concepções das mulheres vivenciadas no pré-operatório haviam se mantido, porém, na sua grande maioria sofreram alterações, constituindo, até mesmo representações positivas acerca da realização do procedimento.

Verificou-se também que em relação à sexualidade, algumas das entrevistadas retornaram as suas atividades sexuais e outras relataram queixas, isso ocorreu devido às orientações e assistência fornecidas às mulheres no período pré-operatório. Tal alteração é baseada na compreensão da mulher diante do seu próprio corpo, pois as que retomaram as suas atividades sexuais relataram que podia ser melhor do que antes, pois este estava ocorrendo sem desconforto e sangramento indesejado. Portanto, as concepções e vivências das mulheres histerectomizadas dependem da avaliação sobre o seu papel na vida sexual, não se considerando a única responsável pela vida conjugal do casal, mas, sim como alguém que, com a ajuda do parceiro, decide sobre a satisfação sexual do casal.

Desse modo, as informações em relação à sexualidade devem ser fornecidas de modo a não inibir a atividade sexual da mulher, mas incentivando-a para retornar a sua vida

conjugal de acordo com a sua própria decisão. Então, as orientações devem ser transmitidas de uma forma particular, baseadas na singularidade de cada mulher, e não a partir das rotinas biológicas.

No decorrer da pesquisa, foi observado que a atuação de uma equipe multiprofissional é indispensável para se alcançar uma melhor aceitação das mulheres após se submeterem ao procedimento cirúrgico, pois, estes se tornam um grande alicerce na promoção de saúde da pessoa enferma, através do cuidado ou até mesmo na relação profissional-paciente que é baseada na comunicação. Acredita-se, que por meio das informações fornecidas, haja um melhor entendimento da paciente, possibilitando, desta forma, uma melhor compreensão da doença, e minimizando a angústia e o medo da realização da cirurgia. Neste sentido, torna-se, relevante reafirmar a importância da assistência dos profissionais a esta clientela, uma vez que o cuidado não deve ser baseado exclusivamente na doença em si, mas sim em todos os aspectos que envolvem a mulher.

Em suma, a partir desse estudo, compreendeu-se a necessidade de uma mudança em relação ao significado da perda do útero, caracterizando, desta maneira, uma nova representação social da mulher diante da histerectomia. E, principalmente, por instigar um novo olhar das entrevistadas, que substituíram a visão de mulher “oca” ou “vazia” por uma figura feminina capaz de sentir e dá prazer, como também apresentar sentimento de alívio e satisfação, de acordo com o contexto de vida de cada paciente.

• **REFERÊNCIAS**

AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C.; GUIMARÃES, V. Fatores de risco para infecção pós-histerectomia total abdominal. **RBGO**. v. 22, n. 7, p. 443-448, 2000.

ARAÚJO, T. V. B., AQUINO, E. M. L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19, n. 2, p. 407-417, 2003.

BELTRAME, A. **Consulta pública sobre Miomatose Uterina**. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_leiomioma.pdf. Acessado em julho de 2012.

BIFFI, R. G. **A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama**. Tese de doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2003.

BOEHS, A. E, MONTICELLI, M., WOSNY, A. M., HEIDEMANN, I. B. S., GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**. v.16, n. 2, p. 307-314, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996**. Trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 06 out. 2011.

CASTRO, R; GOMES, M. Leiomioma do Útero. In: PRADO, F; RAMOS, J; VALLES, J. **Atualização Terapêutica 2007**: manual prático de diagnóstico e tratamento. São Paulo: Artes Médicas, 23ed., p: 567-570, 2007.

CAVALCANTI A. L, BAGNOLI V. R, FONSECA A. M, FEGIES L., PINOTTI J. A. Sexualidade nas mulheres histerectomizadas. **Rev Ginecol Obstet.**; v.13, p: 171-84; 2002.

CLOTET, J.; GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. **Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: Edipucrs, 2000.

COSTA, A. A. R.; AMORIM, M. M. M.; CURSINO, T. Histerectomia vaginal versus histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital, em maternidade-escola do Recife: Ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 3, p. 169-173, 2003.

CRUZ. Avaliando as orientações de enfermagem no período perioperatório segundo perspectivas do cliente cirúrgico. **Online Brazilian Journal of Nursing**. n.1, 2006.

CUAMATZI, P. M. T. Histerectomia decorrente de complicações do parto em um grupo de

mulheres mexicanas: uma visão sociocultural. Tese (Doutorado em Enfermagem). **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, p. 114, 2004.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS), s.d. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS)**: Banco de Dados. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em 20 de abril de 2012.

EGYPTO, A.C.(Org.). **Orientação sexual na escola: um projeto apaixonante**. São Paulo: Cortez, 2003.

ESTRELA, M.; MARTINS, E. Sexualidade na mulher histerectomizada. **Revista Lusófona de Ciência e Tecnologia da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 155-164, 2005.

FALEIROS, N. P. **A percepção da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia como total e subtotal**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 2011.

FIGHEIRO, J; VIERO, E. Vivencias do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista da SBPH**, v. 8, p. 51-64, 2005.

FEBRASGO. **Projeto Diretrizes: miomatose uterina**. 2000. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes_sociedades.php. Acessado em julho de 2012.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo de uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p:209-214, 2003.

GARRY, R. Evidence and techniques in endometrial ablation: consensus. **Gynaecol Endosc.** v.11, n.1, p:5-17, 2002.

GREER, G. **Mulher-maturidade e mudança**. São Paulo: Augustus, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Censo demográfico: População da cidade de cajazeiras- PB. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 07 de dezembro de 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFRÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. (Desdobramento)** 2. ed. Caixias do Sul: EDUCS, 2005.

LEON, M. D. **Ansiedade e medo pré-operatório de cirurgias cardíacas: Intervenções de enfermagem na abordagem psicossocial**. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem, 2007.

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.

MACHADO, L. V; MACHADO, I. P. **Sexualidade e TRH**. Belo Horizonte: FCM; 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, M. C. B.; BARROS, E. N. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **Rev. SBPH**, v. 12, n. 2, 2009.

MENDONÇA, L. F.; SOUSA, B. G.; WAGNER, F. T. G.; WAGNER, G.; LACERDA, D. K. Histerectomia: um estudo epidemiológico no município de Aragarças- GO. **Revista eletrônica da Univar**, n. 8, p: 83-86, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, p. 57, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; p. 21, 2004.

MONTGOMERY, M.; BERENSTEIN, E.; MARCOLINI, T. M. **Aspectos psicossomáticos e sexuais da cirurgia ginecológica**. In: OLIVEIRA, H. C. H. C., LEMGRUBER, I.; COSTA, O. T. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Ed Revinter, 2000.

NOGUEIRA, M. M. et al. Pré-operatório cirúrgico: abordagem estratégica na humanização do cuidado de enfermagem. **Rev Pesq. cuid. Fundam. Online**, v. 3, n. 1, p.171-191, 2011.

NUNES M. P. R. S. et al. Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.3, p.574-582, 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20093/artigo%2015.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2011.

PAULA, B. **Repercussões Psíquicas da Histerectomia por Miomatose Uterina**. São Paulo: UNIFESP, 2001.

PAULA, K. B. Repercussões psíquicas da histerectomia por miomatose uterina. **Revista de Psicologia Catharsis on-line**, 2004.

POCINHO, M.; FIGUEIREDO, J. P. **Estatística e Bioestatística**. [S.l.:s.n.], 2008. Disponível em: <<http://biocistron.blogspot.com/search/label/Bioestat%C3%ADstica>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno infantil-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

ROYER, M. **Orientação pré-operatória do enfermeiro a pacientes candidatas a histerectomia**: proposta e avaliação. [Monografia de Graduação em Enfermagem]. Centro Universitário Feevale. Novo Hamburgo, 2008.

SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 12, n. 4, p. 637-644, 2008.

SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. Cotidiano da mulher pós-histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 2, p. 196-202, 2010.

SALVADOR, R. T. **Buscando estratégias para viver melhor sendo hysterectomizada: o significado da remoção do útero e suas repercussões para o cuidado de enfermagem.** Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual do Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, 2003.

SALVADOR, R. T.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Sexualidade e hysterectomia: mitos e realidade. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 29, n. 2, p.320-322, 2008.

SANTOS, L. R. M. S. **Processo de enfrentamento e repercussões psicossociais em pacientes submetidas à cirurgia de hysterectomia.** Dissertação [mestrado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2008.

SBROGGIO, A. M. R. A ausência do útero associada ao conceito de feminilidade. **Siicsalud.** Disponível em: <<http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/86408>>. Acesso em: 20 out. 2011.

SBROGGIO, A. M. R. **Autopercepção corpórea e sexual de mulheres submetidas à hysterectomia: influência do nível socioeconômico.** Tese [Doutorado] Campinas: UNICAMP; 2008.

SBROGGIO, A. M. R.; OSIS, M. J. M. D.; BEDONE, A. J. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **RevAssocMed Bras.** v.51, n.5, p.270-274, 2005.

SBROGGIO, A. M. R.; GIRALDO, P. C.; GONÇALVEZ, A. K., S. A preservação da feminilidade após a remoção do útero. **Rev. bras. med.** v. 66, n. 8, p. 260-263, 2009.

SILVA, C. M. C; SANTOS, I. M. M; VARGENS, O. M. C. A repercussão da hysterectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 14, n.1, p.76-82, 2010.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico. **Práticas Recomendadas SOBECC- Centro Cirúrgico, Recuperação Pós- Anestésica, Centro de Material e Esterilização.** 5. Ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SÓRIA, H. L. Z. et al. Hysterectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na residência médica no Brasil? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 29, n. 2, 2007.

SOUZA, A. A.; SOUZA, Z. C.; FENILI, R. M. Orientação Pré-operatória ao cliente- Uma Medida Preventiva aos Estressores do Processo Cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 7, n. 2, p. 215-220, 2005.

TOZO I.M., *et al.* Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à hysterectomia para tratamento do leiomioma uterino. **Rev Bras Ginecol Obstet,** v.3, n.1, p.503-510, 2009;

TOZO, I. M. **Avaliação da intervenção psicológica na sexualidade de mulheres analisadas antes e após hysterectomia total abdominal por leiomioma uterino.** Tese [Doutorado].

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde. São Paulo, 2011.

VILLAR, A. S. E.; SILVA, L. R. Os sentimentos de mulheres submetidas à histerectomia e a interferência na saúde sexual. **Rev. De Pesq.: cuidado é fundamental**, v.1, n.2, p.235-244, 2009.

VILLAR, A. S.; SILVA, L. R. História de vidas de mulheres submetidas à histerectomia. **Ciencs. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p.479-486, 2010.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MULHERES HISTERECTOMIZADAS

Data: ___ / ___ / ___

Idade: _____ anos

Nº Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Estado civil: _____

Profissão: _____

Ocupação: _____

Renda Familiar: _____

Escolaridade:

- Sem escolaridade
- Ensino fundamental I completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental II completo
- Ensino fundamental II incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino superior completo
- Ensino superior incompleto

Pós-graduação: _____

Indicação Cirúrgica:

- pólipos
- endometriose
- prolapso uterino
- miomas
- câncer
- hemorragia
- dor pélvica

() outros:

Número de filhos: _____

2. CONHECIMENTO E SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À HISTERECTOMIA E REPRESENTAÇÃO DO ÚTERO

- 1) O que você entende sobre histerectomia?
- 2) Como está a sua vida após a cirurgia?
- 3) A senhora teve contato com alguma mulher que já tenha realizado esse procedimento? Qual a opinião dessa pessoa acerca da histerectomia? Essas informações acabaram lhe influenciando positivamente (melhorando) ou negativamente (piorando) a sua percepção em relação ao procedimento?
- 4) Foram fornecidas informações sobre o procedimento cirúrgico no qual você foi submetida?
- 5) Estas informações oferecidas, a seu ver, lhe ajudaram no enfrentamento da cirurgia?
- 6) Sobre a atuação dos profissionais de enfermagem, a senhora achou que lhe forneceram uma assistência adequada? Como está ocorreu?

PERCEPÇÃO DA MULHER EM RELAÇÃO AOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS

- 1) Em razão da histerectomia, observou-se que a satisfação do seu companheiro nas relações sexuais alterou?
- 2) Observou mudança no seu prazer sexual?

OBRIGADA!

ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: MULHERES HISTERECTOMIZADAS: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS

Eu, **AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO**, professora da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida do CFP/UFCEG, portadora do RG: 1839967SSPPB e CPF: 023643454-3 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Aissa Romina Silva do Nascimento

Orientadora

Hyanne Cibele Carneiro Maia

Orientanda

Cajazeiras, ____ de novembro de 2012.

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CNS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CNS**

Pesquisa: MULHERES HISTERECTOMIZADAS: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS

Eu, **AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO**, professora da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida do CFP/UFCEG, portadora do RG: 1839967SSPPB e CPF: 023643454-30 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Aissa Romina Silva do Nascimento

Pesquisadora Responsável

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
 SECRETARIA DE SAÚDE
 CNPJ: 05.325.381/0001-00
 Rua Arsênio Rolim Araruna, 01- Cocodé - Fone: (83) 3531-4734

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
 SECRETARIA DO MUNICÍPIO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Pablo Leitão, Secretário de Saúde do município de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “**MULHERES HISTERECTOMIZADAS: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS**”, que será realizada na Unidade de saúde da Família São José/PAPS e Unidade Dr. Vital Rolim, com abordagem qualitativa, do referido município, no período de Maio a Junho de 2012, tendo como pesquisadora **Aissa Romina Silva do Nascimento** e colaboradora **Hyanne Cibele Carneiro Maia**, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado desenvolvido pela aluna do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora.

Cajazeiras, ____ de abril de 2012.

Pablo de Almeida Leitão
 SECRETÁRIO DE SAÚDE DE
 CAJAZEIRAS PB
 CPF 011.003.894 07

Dr. Pablo de Almeida Leitão
 Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras-PB

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a minha participação na Pesquisa: **MULHERES HISTERECTOMIZADAS: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS.**

Declaro ainda que recebi todo esclarecimento sobre a pesquisa que serão desenvolvido pela aluna **Hyanne Cibele Carneiro Maia**, discente do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora **AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO**.

A pesquisa tem como **Objetivo Geral:** analisar as concepções e vivências das mulheres histerectomizadas. **Objetivos específicos:** verificar as concepções e vivências das pacientes histerectomizadas; descrever as vivências sexuais e reprodutivas destas e apresentar as respostas psicoemocionais das mulheres antes e depois da realização da histerectomia.

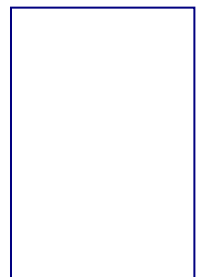
Serão assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tenho assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato.

Qualquer duvida ou solicitação de esclarecimentos, sobre a pesquisa o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 9996-8057, com a Prof^a Aissa Romina do Nascimento.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimento e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Cajazeiras, ____ de abril de 2012.

ASSINATURA DA PARTICIPANTE DA PESQUISA



ASSINATURA DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL