

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**PROCESSOS DE ENFRENTAMENTO E
REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES
SUBMETIDAS À CIRURGIA DE HISTERECTOMIA**

LÚCIA ROBERTTA MATOS SILVA DOS SANTOS

JOÃO PESSOA

2008

**PROCESSOS DE ENFRENTAMENTO E
REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES
SUBMETIDAS À CIRURGIA DE HISTERECTOMIA**

LÚCIA ROBERTTA MATOS SILVA DOS SANTOS

Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde

Coletiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

JOÃO PESSOA

2008

S237p Santos, Lúcia Robertta Matos Silva dos.
Processos de enfrentamento e repercussões psicossociais em
pacientes submetidos à cirurgia de histerectomia/ Lúcia Robertta
Matos Silva dos Santos. – João Pessoa, 2008.
139f. :il.
Orientador: Ana Alayde Werba Saldanha
Dissertação (Mestrado) – UFPb - CCHLA
1. Psicologia Social. 2. Histerectomia – Repercussões
psicossociais. 3. Mulher – Condição social e emocional.

UFPb/BC

CDU: 316.6 (043)

Responsável pela catalogação: Maria de Fátima dos Santos Alves-CRB -15/149

**PROCESSOS DE ENFRENTAMENTO E REPERCUSSÕES
PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES SUBMETIDAS À
CIRURGIA DE HISTERECTOMIA**

LÚCIA ROBERTTA MATOS SILVA DOS SANTOS

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

BANCA AVALIADORA:

**Professora Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha
(UFPB, Orientadora)**

**Professor Dr. Natanael Antônio dos Santos
(UFPB, Leitor)**

**Professor Dr^o. Eduardo Sérgio Soares Souza
(UFPB, Membro da Banca)**

À DEUS, que iluminou e continuará iluminado meus caminhos.

À minha família, por me apoiar e por acreditar nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Um belo dia parto de Aracaju (Sergipe), minha terra natal, em busca de um sonho, ser Psicóloga. Cheguei e fui construindo minha vida com muita alegria, muitos choros de saudade, mas satisfação de estar alcançado uma vitória. Hoje, outro sonho realizado: Mestrado.

Agradeço à DEUS por todos os momento que vivi e por todas as pessoas que conheci, nenhuma delas passou na minha vida, passar é muito pouco, mas elas ficaram na memória como fruto de uma amizade, companheirismo, experiência e muita saudade. Ao Senhor, só tenho a agradecer.

Aos meus pais, **Roberto Silva e Maria Lúcia**, por todo empenho na minha formação, por guiarem meus caminhos desde pequenina, por serem meu espelho, meu guia de orientação. Vocês que me ensinaram e me ensinam a viver, a aproveitar a vida e ser feliz naquilo que faço. Amo vocês.

Aos meus irmãos amados, **Renata, Fábio e Fabrício**. Não os esqueci nenhum momento da minha vida, vocês que estiveram do meu lado, brincando, rindo... agüentando meus choros nas partidas de Aracaju-João Pessoa em busca de um sonho que foi crescendo, hoje, alcanço mais um.

À minha avó amada, **Tunina**, que nos seus 96 anos ensina-me inúmeras coisas, que me faz sentir a neta melhor do mundo. Eu te amo, voinha. Agradeço também a meus tantos outros familiares, pela amizade que temos e por sermos uma família feliz.

Ao meu namorado, **Maurício**, a quem dedico meu amor, minha amizade e companheirismo. A você que aturou minhas noites em branco, meus ataques de desespero e que me levantava quando, cansada ao chegar do trabalho, dava-me força e apoio para seguir.

À minha amiga e orientadora, **Prof^a. Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha**, que por força do destino, sem lhe conhecer, pude escolher: essa é minha orientadora, acertei em cheio. Obrigada pelo carinho, amizade, pelas palavras de força, pelo tempo de dedicação, por me fazer sentir mais que uma aluna, uma amiga. Obrigada, Ana, por acreditar no meu trabalho, pelos encontros maravilhosos que tivemos, por dividir sua vida e sua família, comigo. Tenho certeza que nossa história não termina por aqui.

Agradeço também ao **Prof^o. Dr. Natanael Antônio dos Santos** pela dedicação no meu trabalho e pela disposição de fazer seus alunos mais que isso, amigos. As quadras de volei que o digam! Não poderei deixar de agradecer também à **Prof^a. Dr^a Mary Yale** pela também dedicação ao trabalho, com seus conceitos de saúde puderam ampliar meus horizontes de conhecimento.

Às **Prof^{as}. Ms. Laura Helena Kumamoto e Marísia e a Prof^a. Dr^a Maria da Penha L. Coutinho**, por me ensinarem a ser uma aluna e, hoje, uma profissional batalhadora, competente, autêntica acima de tudo. Eu quero, sonho, busco e alcanço, se Deus quiser!

Aos professores, psicólogos e amigos **Gilson Rolin e Frederico Almeida**, por toda sabedoria, autenticidade e disposição nos nossos encontros no curso de Especialização.

Ao meu amigo e diretor **Dr. Antônio Henriques**, do Hospital Padre Alfredo Barbosa (HMPAB), que com muito orgulho trabalho neste local, pelo apoio nas horas difíceis, por acreditar no meu trabalho, por ser a pessoa amiga e companheira.

À minhas amigas de trabalho, **Nelsânia e Daniella**, pela cumplicidade e amizade construída ao longo desses anos. Também aos meus demais colegas de trabalho, **Dr. George Pimenta, Marcelo Braga, Deoclessio, Macilda, Andréa, Christoff, Eliane, Lourival**, dentre muitos amigos que fiz, médicos, enfermeiros, assistentes sociais,

nutricionistas, recepcionistas, maqueiros, guardas, motoristas, enfim, a todos que fazem do HMPAB.

Às amigas do Quinteto: **Renata, Janaína, Raquel, Suenny** (e eu, claro) pela amizade que perdura mesmo com a distância de km dos EUA para cá, por tudo que aprendemos e vivenciamos. Um beijo imenso.

Aos meus amigos de Aracaju **Hernani, Luciana e Rosane**, por estarem comigo e por me transmitirem energias boas. Sinto vocês daqui, vocês sabem disso!

A todo núcleo de pesquisa Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva, pela oportunidade de crescimento e pelas amizades conquistadas: **Josevânia, Regina, Aline, Lúcia Barreto, Carla Zumira, Flávio** e todas as outras.

RESUMO

A histerectomia é uma cirurgia ginecológica de retirada do útero e constitui, atualmente, uma das cirurgias femininas mais frequentes no mundo ocidental, afetando a condição física, social e emocional da mulher que, frente aos eventos estressores desencadeados, faz uso de estratégias de enfrentamento com o intuito de se adaptar às novas situações e contexto de vida. Através do referencial teórico do Enfrentamento (Coping), este estudo teve como objetivo investigar as construções de enfrentamento e repercussões psicossociais da cirurgia de histerectomia. A amostra foi composta por 10 mulheres, com faixa etária de 46 anos, classe pertencentes à classe social menos favorecida, com tempo de diagnóstico variando de 5 meses a 2 anos. Para a coleta de dados foi utilizada a Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e entrevistas semi-estruturadas. Tratou-se de um estudo descritivo, longitudinal em pré e pós-cirúrgico. Para análise dos dados, foram realizadas estatísticas descritivas, além de testes bivariados entre escores da EMEP e variáveis relativas à caracterização sociodemográfica e clínica das pacientes. O pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), foi utilizado na análise quantitativa de dados e as entrevistas submetidas à análise de conteúdo a partir de categorias emergentes. Os resultados estatísticos concernentes à EMEP indicaram que a modalidade de enfrentamento mais usada foi busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, seguida de enfrentamento focalizado no problema. As estratégias focalizadas na no suporte social e na emoção foram relatadas em menor frequência. A partir dos resultados das entrevistas em pré-operatório, observou-se o surgimento de um temor quanto a perda da feminilidade, sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, pensamento negativo quanto a hospitalização, percepção de si negativa e falta de informação quanto a cirurgia. Nas entrevistas aos 6 meses do pós-operatório, observou-se o sentimento de culpa e de alívio, avaliação positiva frente à hospitalização, identidade feminina preservada e ganhos secundários com cirurgia, maior atenção de familiares, ativação do auto-cuidado e auto-estima. Os resultados evidenciam que a cirurgia de histerectomia é um evento estressor que abala a feminilidade, mobiliza sentimentos de temor quanto à hospitalização e afeta questões familiares, com repercussão no aspecto emocional das mulheres. Tais resultados evidenciam questões psicossociais e dificuldades que afetam estas mulheres no pré-cirúrgico, provocando uma resignificação de suas vidas, inclusive ligadas à sexualidade e que poderiam ser resolvido com atendimentos pré-cirúrgicos, indicando a importância da comunicação como atenção humanizada.

Palavras-Chave: Histerectomia; enfrentamento; repercussão psicossocial

ABSTRACT

Hysterectomy is a gynecological surgery of uterus remotion and it consists, nowadays, on one of the most frequent female surgeries at the occidental world, affecting the woman's condition physical, social and emotional that, front to the events unchained stressors, makes use of coping strategies with the intention of adapting to the new situations and life context. Through the theoric referential of Coping, this study had the objective of investigating the coping constructions and psychosocial repercussions of hysterectomy surgery. The sample was made of 10 women, aging 44 years old, belonging to less favored social class, with diagnosis time varying from 5 months to 2 years. For the data collecting was used the Scale of Mode to Coping Problems (EMEP) and semi-structures interviews. This was a longitudinal, descriptive study in pré and powder-surgical. For data analysis was realized descriptive statistics, besides bivarying tests between scores of the EMEP and variables relating to the socialdemographic and clinical characterization oh the patients. The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) was used at the quantitative analysis of data and the interviews were submitted to the Content Analysis form emergent categories. The statistic results concerning the EMEP indicated distinct media for the four factors of the scale, whose results showed that the most used coping method was the search for religious practicing/fanciful thinking, followed by problem focusing coping. The strategies focused on the search of social support and on emotion were related with less frequency. From the results if the interview at the pre-surgical time, it was observed the arisement of a fear of loss of femininity, feelings of fear, anxiety and insecurity, negative thoughts about the hospitalization, negative self-perception and great misinformation about the surgery. On the interviews at the 6 months after the post-surgical time it was observed the arisement of guilting and relieving feelings, positive evaluation of the hospitalization, female identity preserved and some secondary gains with the surgery, more attention from family, start of self-care and improved self-esteem. The results show that the hysterectomy surgery is a stressor event that disturbs the femininity, mobilize fear feeling about the hospitalization and also affect family issues, with repercussion on emotional aspects of women. Such results show psychosocial issues and difficulties that affect these women on the pre-surgical time, causing a re-meaning of their lives, including questions related to sexuality and that could be attenuated with a work focused on the pre-surgical care, indicating the importance of the prevalence of communication as humanized attention.

Key-words: hysterectomy; coping; psychosocial repercussion

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Processamento de stress e coping.....	43
Figura 2 – Escala likert de 5 pontos utilizadas na EMEP.....	55
Figura 3 – Etapas do processamento de análise de conteúdo do material transcrito nas notações.....	60
Figura 4 – Classes, categorias e sub-categorias emergentes da entrevista no pós- operatório.....	83
Figura 5 – Classes, categorias e sub-categorias emergentes da entrevista no pós- operatório.....	96
Figura 6 – Unidades de análise da sub-categoria de sentimentos.....	98

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Dados bio-demográficos.....	53
Tabela 2 – Dados clínicos.....	54
Tabela 3 – Análise descritivas das estratégias de enfrentamento medidas pela EMEP.....	68
Tabela 4 – Análise de correlação de Pearson entre os fatores da EMEP.....	70
Tabela 5 – Análise descritiva dos itens do fator: práticas religiosa/pensamento fantasioso.....	73
Tabela 6 – Análise descritiva dos itens do fator: focalizando no problema.....	75
Tabela 7 – Análise descritiva dos itens do fator: busca de suporte social.....	77
Tabela 8 – Análise descritiva dos itens do fator: focalizando na emoção.....	80

LISTAS DE SIGLAS

EMEP - Escala de Modos de Enfrentamentos de Problemas

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HMPAB - Hospital Municipal Padre Alfredo Barbosa

HTA - Histerectomia Via Abdominal

HTAL - Histerectomia por Laparoscopia

HTM - Histerectomia

HTV - Histerectomia Via Vaginal

OMS - Organização Mundial da Saúde

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESP - Universidade Estadual de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1 IDENTIDADE FEMININA E SEUS ASPECTOS DIANTE DA CIRURGICA DE HISTERECTOMIA.....	18
1.1 Identidade feminina.....	18
1.1.1 <i>Construção sócio-histórica da feminilidade e papéis sociais da mulher</i>	18
1.1.2 <i>Associação do útero com a feminilidade</i>	28
1.2 Histerectomia e enfrentamento cirúrgico pela mulher.....	30
1.2.1 <i>A histerectomia: aspectos clínicos</i>	30
1.2.2 <i>Processos cirúrgicos na mulher e seus enfrentamentos</i>	33
2 REFERENCIAL TEÓRICO - ENFRENTAMENTO (COPING).....	40
2.1 Referencial teórico do Coping.....	40
2.1.1 <i>Estilos e estratégias de Coping</i>	44
2.1.1.1 <u>Estilo de Coping</u>	45
2.1.1.2 <u>Estratégias de Coping</u>	45
2.1.2 <i>Medidas e desenvolvimento do Coping</i>	48
3 OBJETIVOS.....	51
3.1 Objetivo geral.....	51
3.2 Objetivos específicos.....	51
4 METODOLOGIA.....	52
4.1 Campo de estudo.....	52
4.2 Amostra.....	53
4.3 Instrumentos.....	54
4.4 Procedimentos para coleta dos dados.....	57
4.5 Análise dos dados.....	59
4.6 Aspectos éticos.....	61
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	63
5.1 Perfil da amostra.....	63
5.1.1 <i>Perfil sócio-demográfico dos participantes</i>	63
5.2 Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP.....	67
5.2.1 <i>Modos de enfrentamento: médias e correlações</i>	67
5.2.2 <i>Enfrentamento através de pensamentos religiosos/fantásticos</i>	71
5.2.3 <i>Enfrentamento focalizado no problema</i>	74
5.2.4 <i>Enfrentamento focalizado na busca de suporte social</i>	77
5.2.5 <i>Enfrentamento focalizado na emoção</i>	79
5.2.6 <i>Categorias de respostas à questão aberta do EMEP</i>	81
5.3 Entrevistas.....	82

5.3.1 <i>Entrevista no pré-operatório</i>.....	82
5.3.2 <i>Entrevista no pós-operatório</i>.....	96

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A histerectomia é uma cirurgia de retirada do útero em consequência de algumas patologias entre elas o mioma uterino, dores crônicas pélvicas, dentre outros. É uma das cirurgias femininas mais realizadas nos países ocidentais e afeta, atualmente, mais de 107.000 mulheres no Brasil (Costa, Amorim & Cursino, 2003; Sória, Fagundes, Sória-Vieira, Cavalli & Santos, 2007).

Suas repercussões diretas são físicas, com a extração do útero e a parada do ciclo menstrual, mas também, acarreta consequências psicológicas e sociais, levando a estados de ansiedade ou, até mesmo, à depressão. Nesta situação, as mulheres enfrentam momentos de muita ansiedade e se vêem envolvidas em diversos fatores estressores que influenciam tanto no seu pré-operatório, como nos demais momentos do processo cirúrgico, ou seja, no trans e no pós-operatório (Sebastiani & Maia, 2005).

A presente dissertação tem o objetivo de investigar as construções de enfrentamento e repercussões psicossociais da cirurgia de histerectomia em mulheres internas no Hospital Padre Alfredo Barbosa, na cidade de Cabedelo, Paraíba. Objetivo este que surgiu a partir da experiência da própria pesquisadora que trabalha neste serviço, detectando em seus atendimentos a existência de diversas alterações funcionais e, sobretudo, psicossociais diante da realização da cirurgia de histerectomia.

Estudos recentes têm provado que a cirurgia tem sido cada vez mais utilizada para sanar problemas fisiológicos (Costa, 2003; Halbe, 1993; Lemgruber & Lemgruber, 2000), mas são restritos os estudos sobre os aspectos psicossociais, principalmente a nível nacional (Cánovas, Moix, Cos & Foradada, 2001; Chou, Lee, Sun, Lin & Chen, 2006; Loureiro, 1997; Urrutia, Araya, Villarroel & Viñales, 2004).

É amplamente reconhecido que procedimentos cirúrgicos, quaisquer que sejam, provocam momentos estressores que fazem com que mobilizem modos de enfrentamento para passarem por aquela situação (Cury, 2000; Lorencetti & Simonetti, 2005; Moraes & Peniche, 2003), afetando o bem-estar psicológico, pois parecem exceder a capacidade das pessoas lidarem com o estresse.

A Psicologia Social também tem se aprimorado na busca de aspectos psicossociais de prevenção e da saúde coletiva e, neste estudo, buscou-se focalizar os aspectos psicossociais da cirurgia de histerectomia, uma vez que no Brasil a sua realização está sendo cada vez maior (DATASUS, 2007) e os estudos ligados aos aspectos psicossociais não acompanham os ligados às questões funcionais (Novoa, 1991).

No âmbito da psicologia social, o construto *coping* (traduzido como “enfrentamento”) está relacionado ao modo como as pessoas enfrentam dificuldades ou circunstâncias estressantes, consistindo na capacidade que o indivíduo tem para pensar e agir frente à situação de estresse. É considerado um mediador entre saúde mental e física e possui duas abordagens para defini-lo: uma *situacional*, tratando-se de estratégias de coping que se referem às cognições e ações tomadas no curso de um episódio estressor e, outra *estrutural*, onde são tratados os estilos de *coping* que têm sido mais relacionados às características de personalidade (Tamayo & Tróccoli, 2002).

Em termos da organização desta dissertação, o primeiro capítulo apresentada uma fundamentação teórica, com a delimitação do objeto de estudo, com o contexto sócio-histórico da feminilidade e com os papéis sociais da mulher. Somando-se a isto, apresentam-se, algumas questões sobre o procedimento cirúrgico de histerectomia e a relação entre a cirurgia e o enfrentamento cirúrgico da mulher.

O Capítulo segundo traz o aporte teórico que embasa essa pesquisa: a Teoria do *Coping* - Enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984), enfocando as especificidades da teoria articulada ao objeto de estudo.

O terceiro Capítulo explicita os objetivos gerais e específicos do estudo na tentativa de investigar as construções de enfrentamento e as repercussões psicossociais da cirurgia de histerectomia para, por fim, sugerir estratégias de trabalho que possibilitem a melhoria do pré ao pós-operatório das pacientes histerectomizadas.

No quarto Capítulo, delimita-se o método de investigação, demonstrando os fins e meios da produção do conhecimento aqui propostos, focado o percurso metodológico incluindo aspectos éticos, características da amostra, procedimentos, instrumentos e tipos de análises utilizadas na pesquisa.

No quinto Capítulo são apresentados os resultados e discussões da pesquisa, confrontado com as pesquisas na área, corroborando ou refutando as pesquisas anteriores e, nesse sentido, compreendendo o problema e abrindo caminhos para novas investigações.

1 IDENTIDADE FEMININA E SEUS ASPECTOS DIANTE DA CIRÚRGIA DE HISTERECTOMIA

Este capítulo tem por objetivo uma exploração contextual da identidade feminina através de uma construção sócio-histórica da feminilidade, da visão da medicina acerca do corpo feminino e da associação do útero com essa feminilidade, sendo esta abordagem necessária para poder compreender melhor como essa mulher enfrenta situações estressoras como de uma cirurgia de retirada do útero. Para tal, faz-se também uma explanação sobre a cirurgia de histerectomia e possíveis repercussões na vida da mulher.

1.1 Identidade Feminina

1.1.1 *Construção sócio-histórica da feminilidade e papéis sociais da mulher*

“Ah, que esse cara tem me consumido, a mim e a tudo que eu quis, com seus olhinhos infantis, como os olhos de um bandido. Ele está na minha vida porque quer, eu estou pro que der e vier, ele chega ao anoitecer, quando vem a madrugada ele some, ele é quem quer, ele é um homem, eu sou apenas uma mulher” (Holanda & Veloso, 1972).

A condição feminina é um objeto de estudo que tem despertado muito interesse a partir da década de 60 quando movimentos sociais e os próprios comportamentos tiveram uma reviravolta na história, com a Revolução Industrial e a Segunda Guerra Mundial (Brito, 2001; Giffin, 1991; Silva, 2000).

Historicamente, as construções das identidades de homens e mulheres construíram-se a partir de contextos próprios, pertencentes ao momento vivido em cada sociedade quase sempre ditada por homens e, assim, é que o objeto de estudo “mulher” situou-se, e

ainda hoje está situada, ainda que com menor força, numa confluência entre os domínios do público e do privado (Brito 2001; Giffin, 1991; Priore, 1999; Silva, 2000). Aponta-se para uma definição de que o público refere-se à política e ao mundo dos negócios, à racionalidade, e o privado situa-se em nível do doméstico, da família, dito como irracionais, como o desejo, a afetividade, a sensibilidade e todos os sentimentos construídos na experiência do mundo privado (Bahia & Ferraz, 1999; Silva, 2003; Silva, 2004).

De acordo com Ao longo do tempo, houve uma dominação social do masculino sobre o feminino. As atividades das mulheres eram sempre menos valorizadas em comparação aos dos homens, mesmo nas sociedades em que as mulheres desfrutavam de certo respeito e poder social (Fuks, 2005; Silva, 2003; Silva, 2004). O grifo “ninguém viu” de Bahia e Ferraz (1999) faz referência aos estudos de antropólogos e sociólogos em relação à mulher e também à percepção que têm da participação destas mulheres nas sociedades, certas de que essa subordinação varie de cultura para cultura.

A premissa básica que essa mulher carrega é a de naturalmente frágil, gentil, sentimental, emotiva, dependente e orientada para a afiliação e isso se atrela à divisão social do trabalho, fazendo-a ficar a esquiva na sociedade, mas bastante participativa no contexto familiar, sendo somente considerada importante para ela a função reprodutora, a maternidade (Bahia & Ferraz, 1999; Saad, 2005), diferentemente do homem que é soberano, dominador sócio e historicamente, seguindo um modelo de perfeição, representado pela anatomia masculina, altivo, forte (Silva, 2000). Daí, então, dizer que a mulher esteve muito mais numa esfera privada, a partir das necessidades masculinas numa posição de bem a ser possuído, onde o homem era quem a possuía (Neves, 2002) e as decisões familiares eram tomadas pelos homens da família e deveriam ser acatadas pelas mulheres.

Essa idéia de subordinação das mulheres pôde ser entendida por Brito (2001) através de uma equação na tentativa de simbolizar essa incompatibilidade da vida das mulheres ligada ao público ou ao privado: “*Homem = Público, Público = Político, logo, Homem Político; e Mulher = Privado, Privado = Apolítico, logo, Mulher Apolítica*”. O mesmo que Bahia e Ferraz (1999) discutem ao criticar a ordem social patriarcal nas organizações coletivas através do paradigma cartesiano “*penso, logo existo*”, transformando-o para “*existo, logo penso*”, num contexto social moderno e pós-moderno.

Mas essa concepção de mulher como subalterna do homem, fraca e inferior não é recente. Os conceitos de feminilidade já davam relevância ao papel reprodutor da mulher na sua esfera privada, desde anos a.c. resumindo sua existência na maternidade e nas características biológicas, principalmente, a presença do útero, caracterizavam-na como um mal na terra.

Segundo o pensamento de Aristóteles (384-322 a.c.), em relação ao útero, as mulheres transmitiam o pecado e a sedução, enquanto que o homem desfrutava da alma, vida e movimento à matéria inerte produzida no útero da mulher. Dessa maneira, pensava-se tão somente que a mulher era um ser criado por Deus somente para servir a reprodução (Sbroggio, 2004) e o útero, neste caso, era tão somente o meio pelo qual a mulher procriava, segundo a vontade de Deus. Assim, o pensamento cristão refletia as idéias aristotélicas, sendo as mulheres salvas pela maternidade que deveria ser exercida com modéstia e santidade.

Já no ano 2000 a.c., segundo Caliri (1994), os egípcios estudaram o útero e o avaliaram como tendo um efeito poderoso e importante na saúde mental da mulher, sendo já observado no *Papiro Kahan*, onde o útero da mulher era possuidor de independência e dominavam-nas. Nesse sentido, a autora ainda retomou a idéia histórica de que *Aretacus*

da *Capadócia*, um médico grego da época de 200 d.c., sugeriu que mulheres jovens e facilmente irritáveis eram mais vulneráveis aos problemas com o útero.

Além disso, Caliri (1994) ainda levanta as idéias de Hipócrates e Platão que também relacionavam o útero à feminilidade, considerando que a fertilização e a gravidez eram estados de “gratificação uterina” com conseqüente estabilidade emocional.

É o que Priore (1999) também trata ao expor sobre Platão que considerava que a mulher tinha um ser insaciável dentro de si que tomava conta do seu corpo e era desprovido de organização. Esse órgão, também chamado de *matriz*, que tinha o desejo de fazer criança e quando não era satisfeita diante de seu desejo, ficava irritada e agia em todos os pólos do corpo, causando falta de ar e proporcionando doenças de quaisquer espécies. A mulher era, pois, pura animalidade.

Esta noção parece ser vista até hoje, fazendo-se relação entre os estados físicos da mulher referente ao seu útero e seus estados psicológicos, servindo de base para estudos prospectivos que possam investigar o efeito do estado psicológico anterior a uma cirurgia com os resultados do pós-operatório.

Não se pode deixar de explicitar as contribuições que Freud (1914), mais recentemente, fez nessa relação entre o útero e os estados psicológicos, com a palavra *histeria*, advinda do grego “*hystera*” e que significa útero, refletindo uma noção de que a *histeria* era uma desordem tipicamente feminina, resultante de distúrbios nas funções uterinas.

Entre os séculos XII e XVIII, a Igreja identificava nas mulheres uma das formas do mal sobre a terra e tanto a literatura sacra, quanto a profana, descreviam-na como um superlativo de podridão; quer na filosofia, quer na moral ou na ética do período, era considerada um receptáculo de pecados (Priore, 1999). Os mistérios da fisiologia feminina, ligados aos ciclos da lua, ao mesmo tempo em que seduziam os homens, repugnava-os,

como o fluxo menstrual, os odores, o líquido amniótico, as expulsões do parto e as secreções de sua parceira, repeliam-nos.

Ainda segundo Priore (1999), o corpo feminino era considerado como, fundamentalmente, impuro. Era um pólo negativo, mal magnífico, sempre inferior e maldito, simples fragmento do corpo viril, criado depois de Adão para ser seu companheiro e não o inverso; maldito porque conduziu Adão ao pecado original que pesará no Juízo Final sobre a humanidade. Era uma Pandora grega que conduziu o homem ao pecado original ao abrir a caixa que continha todos os males ou ao comer o fruto proibido.

Nessa perspectiva histórica, no Brasil Colônia era comum pensar-se que as mulheres ficavam doentes se não cumprissem sua função redentora de mães e a doença era uma punição. Isto derivava da idéia de que as doenças, de modo geral, eram punições divinas (Sbroggio, 2004).

O imaginário do corpo feminino e de suas formas, segundo Priore (1999), encontra-se tanto na filosofia cristã quanto no saber médico, que começa a se construir a partir do século XVII em Portugal, onde tanto o médico, que cuidava dos corpos, quanto a religião, que cuidava das almas, tinha acesso ao corpo feminino. Considerava-na uma abominável roupagem da alma, um perigoso território, um lugar de tentação, votado para a putrefação.

Continuando um percurso histórico focando a participação da mulher nas sociedades, Saldanha (2003) aborda que as relações entre homem-mulher tinham um caráter patriarcal mesmo na sociedade feudal. A mulher devia contribuir para a reprodução da espécie, submeter-se às ordens do marido ou do pai e servir, para os arranjos políticos e econômicos entre famílias nobres, por meio do casamento. Enfatizavam-se nos homens as virtudes guerreiras, a coragem, lealdade e bravura. A ele caberia lutar pela fé, em defesa do

seu senhor e em honra da mulher. A representação que a medicina da época tinha do sexo feminino é a de uma réplica imperfeita do gênero humano masculino. No mundo cristão, onde unicamente o homem tem alma, somente ele é feito à imagem e semelhança de Deus e a mulher representará o instintivo, o irracional, o animal.

Já no Renascimento, também chamado de “o século das luzes”, onde houve a valorização das ciências, desenvolvimento das cidades e necessidade de mão-de-obra, a imagem da mulher manteve-se na forma que o clero sustentava através da Bíblia, na figura de Eva (Saldanha, 2003).

Entretanto, nesta mesma época do Renascimento, houve um relevante avanço da medicina a respeito da mulher, surgindo à discussão sobre o seu lugar na concepção da vida. A partir de Harvey, um médico inglês, em 1650, descobriu-se que todo embrião se desenvolve em um ovo produzido pela mulher, que será fecundado pelo sêmen masculino, demonstrando que ambos são indispensáveis e atuam de forma complementar. Estas revelações produziram grande comoção e resistência até impor-se como verdade. O sexo feminino é, então, valorizado e tem início um extenso processo de veneração à maternidade (Saldanha, 2003).

Essa transformação da idéia da mulher apenas para a reprodução ganhou força e houve um reconhecimento do feminino, valorizando-a também como ser participante e, assim, a mulher deixa aos poucos de ser vista como relação mulher-homem e passa a ter, também, a relação mulher-útero, valorizando a natureza feminina.

No momento histórico do capitalismo, consolidado ao final do séc. XVIII e início do séc. XIX, com a Revolução Industrial, as produções deixaram de ser artesanais, passando a ser industrializadas, sistematizadas e generalizadas no conhecimento científico, com o uso de máquinas substituindo o trabalho humano e com a emergência de novas classes sociais e, assim, houve um avanço no âmbito sócio-econômico, com a consolidação

desse momento histórico. Saldanha (2003) aborda, de forma peculiar, uma contextualização entre feminino e saúde, com seu desenvolvimento ao passar das gerações e, neste momento histórico, retoma o desenvolvimento da literatura médica acerca do feminino que era pouco compreendido dentro de sua sexualidade e que teve sua identidade arraigada aos moldes masculinos. Segundo Reis (2002), citado por Saldanha (2003), foi neste século que, em 1850, surgiu o preservativo efetivamente aperfeiçoado, um marco na história da sexualidade moderna, propiciando a política do planejamento familiar.

A medicina desenvolvia-se e, assim como a anatomia e a fisiologia, havia um novo campo da prática que se voltava para a especificidade feminina, uma espécie de *subespecialidade* cirúrgica: a arte dos partos através da obstetrícia. Inicialmente, os casos eram somente realizados se houvesse emergência, mas no início do século XIX, a obstetrícia já tinha o status de disciplina nas faculdades de medicina européias. Com a criação de maternidades e hospitais para mulheres, a obstetrícia ganhou um novo impulso transformando-se em especialidade reconhecida, também, pela clientela urbana que podia pagar os serviços do médico parteiro (Martins, 2005).

A obstetrícia também surge para estabelecer a verdade sobre a mulher, fundada na observação dos fatos: o corpo feminino era talhado para a maternidade. Este era um princípio indiscutível e determinante a partir do qual a normalidade foi estabelecida e os papéis de gênero, reforçados. Na mesma época, constitui-se outra especialidade médica, a ginecologia, que se definiu como a ciência da mulher e que teve sua origem ligada à crescente intervenção cirúrgica no corpo humano e à teorização a respeito da sexualidade humana (Martins, 2005). A ginecologia não via a mulher somente pela capacidade reprodutiva e pela função materna, mas por sua diferença sexual. Obstetrícia e Ginecologia, juntas, desempenharam importante papel na construção da categoria mulher, no século XIX. “Ambas procuraram revelar, à luz da ciência, os mistérios do corpo

feminino e da sua sexualidade. Ambas utilizaram este saber como justificativa para a manutenção e refinamento da ideologia da domesticidade, onde cada sexo tem seu lugar e seu papel” (Martins citado por Saldanha, 2003, p. 53).

Ainda tratando do contexto histórico do feminino, no final do século XIX e início do XX, evidencia-se um conjunto de valores presentes ligados ao contingente feminino: "Submissão", "Delicadeza no Trato", "Pureza", "Capacidade de Doação", "Prendas Domésticas e Habilidades Manuais”, valores estes que, segundo Biasoli-Alves (2000), representa uma visão da mulher no mundo privado, mais reprimida, familiar, caseira, diferentemente dos valores ainda agregados aos homens, com do mundo público, ligados aos negócios, ao político.

Com o advento da mulher no mercado de trabalho nessa sociedade industrial, essa visão de público e privado passa a diferenciar-se, uma vez que, agora, a mulher passa a alternar suas responsabilidades entre esses mundos, público e privado. Como observado por Silva (2003), as mulheres tiveram grandes modificações no século XX, como a entrada no mercado de trabalho e o direito ao voto, emanciparam-se com o trabalho e também passaram a assumir diversos papéis, pois o papel de mãe e esposa já não é a única opção, desenvolvendo atividades fora do lar e enfrentando dupla ou até tripla jornada de trabalho.

A partir da expressiva entrada das mulheres no espaço considerado como da produção nas últimas décadas, a identidade feminina incorpora o referencial da profissão, as mulheres passam a atuar, a serem identificadas socialmente e auto-identificam-se como profissionais, além de continuarem a ser esposas e mães, havendo uma reorganização da questão tempo, regulado e produtivo, tempo de ser mãe, esposa e trabalhadora (Bandeira, 2003). A sua participação na sociedade é cada vez mais atuante, porém, continua a ser renegada e discriminada, sendo já uma herança histórica da relação mulher-inferioridade ao longo dos séculos (Biasoli-Alves, 2000; Saldanha, 2003).

Foi a partir de meados do século XX que ocorreram grandes mudanças nos papéis e relações familiares, a exemplo da questão da escolarização da mulher que também foi um importante espaço para as transformações sociais, possibilitando novos horizontes às mulheres, além daqueles já impostos pela sociedade para serem reprodutoras/mães. Entre as décadas de 30 a 50, vê-se que houve maior abertura para a escolarização da mulher, mesmo que em algum momento a filha seja retirada da escola pelos pais e posta em casa "para ajudar", ou mesmo quando os pais decidem por interromper os estudos delas "para que ela se prepare para o casamento", que pode estar ocorrendo antes dos 18 anos. Não se pode negar que, de meados da década de 70 em diante, os pais estão frente ao fenômeno da grande incerteza e insegurança quanto a melhor maneira de educar os filhos, não se tratando agora da preocupação de que eles sejam "bem educados", mas a preocupação com o futuro e com as conseqüências negativas de certas práticas de cuidado e educação (Biasoli-Alves, 2000; Saldanha, 2003).

A própria questão do casamento também foi transformada ao longo das décadas, principalmente entre as décadas de 30 a 40, onde em um primeiro momento as mulheres passavam de casa para o casamento, as moças conheciam seus futuros maridos através dos pais e acatavam sua opinião, aceitando uniões que satisfaziam os critérios colocados pelos mais velhos, que definiam o que seria um "bom casamento" (Biasoli-Alves, 2000).

O passo seguinte, já nas décadas de 50 a 60, foi representado pela aprovação ou não de escolhas feitas a partir de um conhecimento de pares, começando a sair do domínio exclusivo da família de origem, chegando, então, gradativamente, ao momento em que a escolha para o casamento é livre, num movimento que inverte a direção: os pais devem aceitar o que a geração mais nova determinou para si mesma. As últimas décadas ficam também marcadas pelo aumento no número de separações, divórcios e recasamentos,

implicando numa exigência de mudança nas definições do papel das necessidades da mulher na sociedade (Biasoli-Alves, 2000).

Entre as décadas de 60 e 70, o trabalho feminino era considerado por homens e mulheres como uma necessidade de questão econômica, caracterizada como o “segundo salário”. Segundo Arán (2003), o trabalho feminino passou a existir como parte de "uma exigência individual e identitária das mulheres". Independentemente da vida familiar, o trabalho feminino tornou-se um valor. As mulheres, dessa forma, mesmo ocupando postos de trabalho mais ligados à questão de mulher - frágil - dona de casa, incorporaram o significado de trabalhar “fora” e construir uma carreira profissional como sendo um valor constituinte da sua nova identidade.

Nessas décadas de 60 e 70 do século passado, com o advento da pílula contraceptiva, a identidade feminina revela-se tanto pela maternidade quanto por aspectos associados à sexualidade, onde as mulheres não só puderam se ver livres de uma função imposta a seus corpos, mas também exerciam o ato da escolha de terem ou não filhos, era a possibilidade de arbítrio próprio sobre seu corpo e sua sexualidade (Arán, 2003; Saldanha, 2003).

Ainda segundo Arán (2003), entre reprodução e sexualidade não houve apenas uma ruptura, mas há toda uma mudança de valores e significados acerca da reprodução. Com as técnicas de reprodução assistida - para citar algumas: fecundação *in vitro*; inseminação artificial com ou sem doador; doação de óvulos; implementação, congelamento e manipulação de embriões e até a maternidade de substituição (aluguel de útero) - provocaram uma turbulência nas crenças e representações sobre a filiação, como também uma reviravolta na representação da relação entre natureza e cultura. Desde a primeira fertilização *in vitro*, realizada em 1978, assiste-se a vários dilemas éticos provocados pelo avanço da pesquisa científica na área da procriação artificial, como, por exemplo, a

difficuldade de impor limites entre a manipulação de embriões e o eugenismo, enquanto um olhar de controle da sociedade (Costa, 2004; Marçolla, 2005).

Como se pode observar, a história do feminino é marcada por mudanças que vêm ao longo dos tempos diferenciando homens e mulheres e que Saldanha (2003) considera como fator para abrir um abismo emocional entre os sexos.

Um dado relevante a ser considerado, é a assimetria sexual das expectativas afetivas, que contribuem impondo barreiras entre os sexos: enquanto as conquistas masculinas são valorizadas pela quantidade, as mulheres continuam fixadas no aspecto romântico e exclusivista de cada envolvimento amoroso. (Saldanha, 2003, p. 71).

E, neste processo de construção de gênero, homens e mulheres participam desse contestando, aceitando, rejeitando ou adaptando as atribuições sociais de gênero de sua época. No entanto, apesar de todas as mudanças evolutivas na definição de papéis e valores, a maternidade continua sendo uma cobrança imposta tanto pela sociedade, quanto pela própria mulher.

1.1.2 Associação do útero com a feminilidade

O útero, além da função biológica, tem sua relação com o conceito de feminilidade, por relacionar-se ao papel reprodutor da mulher e a sua vida sexual.

A identidade feminina associada ao útero parte de um ponto histórico e, desde muitos séculos, vários significados em torno do conceito de feminilidade têm sido construídos, sempre dando um sentido de relevância ao papel da mulher como reprodutora, praticamente resumindo a razão da sua existência na maternidade.

É possível imaginar que a então necessidade de realizar uma cirurgia para retirada do útero produza inúmeras emoções conflitivas e traumáticas, de insegurança e ansiedade. Isso porque, além dos medos que tradicionalmente uma cirurgia pode despertar nas pessoas, no caso da histerectomia, acrescentam-se as dúvidas e inquietudes com respeito à condição da mulher após a retirada do útero (Cánovas et al., 2001; Cury, 2000; Montgomery, Berenstein & Marcolini, 2000; Sbroggio, Osis & Bedone, 2005; Sebastiani & Maia, 2005; Urrutia & Araya, 2005).

Alguns estudos sobre essa temática têm constatado que a histerectomia é sentida por algumas mulheres como golpe no território do prazer, desencadeando mudanças nos padrões sexuais após a cirurgia. Anker (1993) observa em seus estudos que após a histerectomia as mulheres pesquisadas sofreram mudanças nos padrões sexuais, pois acreditam que perdem o desejo sexual e que perderam partes importantes para sua atuação sexual.

Essa relação está associada, como dizem Sbroggio et al. (2005), à idéia de que a retirada do útero pode se refletir sobre o desejo sexual e a libido. Essa associação foi detectada pelos referidos autores através de atendimentos em mulheres com faixa etária de 44 anos, três filhos vivos, renda familiar em torno de 4,5 salários mínimos e, em sua maioria, eram casadas e católicas, que iriam submeter-se a cirurgia de histerectomia e, somente, perceberam a importância do útero como garantia de ser mulher no momento da notícia da necessidade de sua retirada, sofrendo abalo em sua identidade feminina. Com a sua retirada, estas mulheres passaram a sentir-se diminuídas, pois acreditavam estar incapacitadas sexualmente para sentir prazer (Novoa, 1991).

Algumas mulheres também manifestam preocupação pela possível infidelidade do marido, pois acreditam que ele também pode ter deixado de vê-la como mulher. As fantasias do tipo ficar com “buraco”, frígida, “sem capacidade de dar e sentir prazer” são

comuns no período pré-operatório, contribuindo para que as mulheres sintam-se abaladas quanto à “condição de ser mulher” (Anker, 1993; Novoa, 1991).

Alguns homens, por outro lado, têm medo de ferirem suas mulheres durante o ato sexual, uma vez que elas não têm mais o útero (Chou, Lee, Sun, Lin & Chen, 2006). Mas é importante levar em consideração alguns aspectos como nível sócio-econômico, escolaridade e faixa etária.

Sbroggio et al. (2005) afirmam que o desejo de uma mulher prossegue inalterado até por volta de seus 60 anos de idade ou mais, razão pela qual não haveria motivo para ela encerrar suas atividades sexuais como consequência da histerectomia.

Essas fantasias desencadeadas frente à retirada do útero são construídas a partir de um acentuado desconhecimento funcional acerca dos órgãos sexuais internos e externos, propiciando as condições para que surjam idéias e imagens desencadeadas por histórias e conversas passadas de gerações para gerações (Cánovas et al., 2001; Sbroggio, 2004). E em casos de mulheres que não têm filhos, a perda do útero poderá causar um impacto emocional, pois “a falta de opção e a falta do órgão podem despertar sentimentos de perda, de inutilidade, de destituição da condição feminina” visto que, para muitas mulheres, a feminilidade está intimamente associada à capacidade de conceber (Angerami-Camon, 1998).

1.2 Histerectomia e enfrentamento cirúrgico pela mulher

1.2.1 A histerectomia: aspectos clínicos

A histerectomia é uma cirurgia ginecológica de retirada do útero (Novak, 1990; Lemgruber & Lemgruber, 2000) e constitui, atualmente, uma das cirurgias femininas mais

frequêntes no mundo ocidental, sendo nos EUA apenas ultrapassada pelas cirurgias de partos cesáreas (Costa, Amorim & Cursino, 2003).

Anualmente, mais de 810.000 mulheres são hysterectomizadas nos EUA (Halbe, 1993; Lemgruber & Lemgruber, 2000). No Brasil, esses dados também são elevados e continuam em ascensão (DATASUS, 2007) revelando que, no ano de 2000, mais de 100.844 mulheres submeteram-se à hysterectomia, passando em 2002 para 111.301 e em 2004 para 113.116. No primeiro trimestre de 2006 foram realizadas mais de 36.932 hysterectomias e no primeiro trimestre de 2007 já foram realizadas mais de 40.325 cirurgias.

As causas mais freqüentes para realização das hysterectomia são benignas, como os miomas (tumores benignos mais comuns no trato reprodutivo) responsáveis por 59,5% das cirurgias, bem como por causas de hemorragias disfuncionais, por causas de endometriose, dor pélvica crônica, prolapso uterino, dentre outros. Pode ter ainda causas malignas, como é o caso de cânceres uterinos, sendo em menor percentual (Lemgruber & Lemgruber, 2000).

A idade é um fator importante a ser considerado no tocante à hysterectomia, estando associada à suposta causa da cirurgia (Halbe, 1993), ressaltando também casos por miomas uterinos (propagação benigna de um tumor), prolapso uterino e endometriose (crescimento de tecido em localidades extra-uterinas com mulheres entre 35 e 45 anos); casos de hiperplasia endometrial aos 45 - 54 anos e casos de câncer com mulheres com 55 anos (Lemgruber & Lemgruber, 2000; Novak, 1990).

Nesse sentido, Novak (1990); Araújo e Aquino (2003) afirmam que mais de 65% destas cirurgias são realizadas em grupo etário reprodutor de 15-44 anos.

A hysterectomia pode ser realizada em duas vias, abdominal ou vaginal e sua escolha vai depender do caso de cada paciente (Corleta, Chaves, Krause & Capp, 2007;

Halbe, 1993; Lemgruber & Lemgruber, 2000), são as cirurgias: histerectomia abdominal (HA), histerectomia vaginal (HV) e histerectomia videolaparoscópica (VTAL) que pode ser realizada totalmente pela via laparoscópica ou ser assistida pela via vaginal. Em outros países, e até mesmo no Brasil, mas em proporções menores, o interesse pela cirurgia minimamente invasiva tem levado a um aumento da frequência de histerectomias vaginais, sobretudo com o advento da histerectomia assistida por laparoscopia (HTAL) (Costa, Amorim & Cursino, 2003).

A escolha da via cirúrgica para a histerectomia depende de certos parâmetros: faixa etária da cliente, paridade, antecedentes pessoais de cirurgia pélvica ou não pélvica, com ou sem intercorrências clínicas e cirúrgicas, suspeita diagnóstica, indicação cirúrgica e complicação (Fonseca, 2004).

A cirurgia mais utilizada pelo SUS ainda é a histerectomia por via abdominal (HV), o que levou ao passar do tempo a existir “mitos” sobre a histerectomia vaginal (HTV). Fonseca (2004) reforça que ainda seria melhor esta última opção por garantir mais benefícios tanto aos pacientes (com a dispensa de anestesia geral e dispensa qualquer tipo de cortes e orifícios no abdome), à equipe cirúrgica (tempo cirúrgico curto e pós-operatório tranquilo) e ao hospital (custo baixo e fabricação nacional, menor incidência de infecção hospitalar e maior disponibilidade de leitos).

Quanto à extensão da cirurgia (Novak, 1990; Sbroggio, 2004), a histerectomia pode ser de três tipos: total (quando todo o útero com seu corpo e colo são retirados), subtotal (quando apenas o corpo do útero é removido) e total com anexectomia bilateral (quando todo o útero é removido juntamente com os dois ovários e as trompas). Em quaisquer destas situações, os riscos de morte são baixos, com parâmetros de 4,1 por 10.000 cirurgias, segundo Halbe (1993), pesquisas realizadas nos EUA tendo uma

mortalidade de 1 a 2%, sendo as principais causas de morte a parada cardíaca, embolia pulmonar e infecções.

Numa visão médica, a remoção do útero traz consequências como a perda da possibilidade de reprodução e parada do ciclo menstrual, o que não representa prejuízo na saúde da mulher (Araújo & Aquino, 2003; Cury, 2000; Sbroggio, 2004). Entretanto, ainda há controvérsias entre médicos quanto a preservação ou remoção deste órgão, uma vez que pode ocorrer o aumento do volume ovariano e a ocorrência de cistos de aspecto benignos. (Nahás et al., 2002).

Estudos referentes à retirada deste do útero existem com frequência, sempre enfatizando aspectos médicos. Entretanto essa cirurgia também tem consequências a nível psicológico, o que leva o maior interesse neste estudo.

1.2.2 *Processos cirúrgico na mulher e seus enfrentamentos*

Os trabalhos em cirurgia ginecológica nasceram da cirurgia geral e, até a década de 80, o seu desenvolvimento foi bastante técnico, num contexto médico, tratando a cura do órgão doente. Esse contexto de um olhar biologicista nos tratamentos das pacientes foi sendo transformado, pois a mulher passa, nas décadas de 70 e 80, a assumir uma identidade feminina além da maternidade, mas como pessoas ativas na sociedade (Montgomery; Berenstein e Marcolini, 2000).

A maior importância de uma cirurgia seria, até algumas décadas, somente a cura e o tratamento do órgão e, atualmente, já não se pode mais deixar de levar em consideração as consequências e a agressividade que uma cirurgia possa causar a uma pessoa, no caso do presente estudo a cirurgia de histerectomia. E como ocorre alteração nos estados

biopsicossociais dessa mulher, ela manifesta fatores positivos ou mesmo negativos (Caliri, 1994; Montgomery et al., 2000).

A intervenção cirúrgica é um procedimento causador de intensa repercussão no sujeito, em que o mesmo se vê num momento, muitas vezes, inesperado. Mexe com o corpo, no seu lado físico, modificando-o estruturalmente e provocando intensa angústia e fantasias de mutilação e morte, além de alterar o papel dessas pessoas dentro do seu convívio social, na família, no seu trabalho etc. (Angerami-Camon, 1996; Caixeta, 2005; Ferreira, 2003).

Em concordância, Sebastiani e Maia (2005) e Melo Filho (1992) também afirmam que o paciente cirúrgico nunca se sente totalmente seguro, pois é tudo muito assustador para ele, uma vez que o procedimento cirúrgico tende a gerar intenso desconforto emocional, manifestando sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da mutilação, de ficar incapacitado, das mudanças na sua imagem corporal. Assim, diante da necessidade de realizar uma cirurgia, o paciente sente ameaçada a sua integridade física e psicológica.

Daí a importância de não mais tratar o biológico sem unir os aspectos psicossociais e culturais, o que por volta dos anos 60 e, mais intensamente a partir dos anos 80, tornou-se mais efetivo. Nesse sentido, movimentos muito importantes firmaram de maneira definitiva o resgate da visão integral do indivíduo e a compreensão do binômio saúde-doença, como um fenômeno multicausal e interdependente na e da relação indivíduo - mundo (Sebastiani & Maia, 2005).

A partir de 1980, a prática médica vem acompanhando uma tendência dos grandes centros europeus e uniu-se a outros discursos, deixando de estar mais ligado ao biológico (Guedes, 2003) e unindo-se a ciência do comportamento, incluindo as dimensões psicológicas, sociológicas e culturais. Neste período, houve a legitimação desta proposta,

principalmente pela repercussão dos trabalhos realizados pelo médico húngaro Michael Balint (1988), na Inglaterra, a partir da publicação do livro “*O médico, seu paciente e a doença*”, onde introduz na medicina contribuições da teoria psicanalítica. No Brasil, este movimento difundiu-se pela proposta do médico e psicanalista Danilo Perestrello (1989) em “*A medicina da pessoa*”.

Esta abordagem pretendia modificar a relação médico-paciente, dando-lhe uma conotação mais humanizada, assim como construir um modelo para a gênese da doença, na qual os fatores psíquicos passariam a ser também considerados elementos fundamentais na formação das enfermidades somáticas (Guedes, 2003; Leon, 2007).

Tratando-se de saúde, é importante frisar o quão as questões gerais de um indivíduo estão relacionadas à saúde, como pode ser visto segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) ao conceituar a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. Torna-se uma experiência contínua de bem-estar, resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve todos os aspectos biopsicossocial, cultural e espiritual do indivíduo, assim como suas interações com o meio natural e social (Coelho, 2002). Entretanto, Canguilhem (2000) também faz referência à conceituação da saúde, mas afirmando que uma saúde contínua, com esse perfeito e completo estado de bem-estar e conforto não existe, é impossível, como conceitua a OMS, visto que faz parte do ser vivo, inclusive, a doença, referindo o normal como o conceito de harmonia, equilíbrio entre a doença e a saúde e a saúde perfeita seria como um tipo ideal.

Além disso, o procedimento anestésico-cirúrgico, para muitos representa um processo de “aproximação com a morte”, principalmente quando relacionado à anestesia geral, pois a inconsciência causada pelos fármacos é temida pelo homem, trazendo a sensação de “desaparecer dormindo” (Medeiros & Peniche, 2006).

Este processo se agrava no caso de morte de pessoas famosas ou mesmo de outras pessoas que são lançados na mídia e vistos por toda a população, causando insegurança para aqueles que vão se submeter a algum procedimento deste tipo. (Leon, 2007).

A própria relação médico-paciente, se não bem estabelecida, torna-se um fator de nervosismo para as mulheres uma vez que o útero, como órgão doente, para a mulher tem uma simbologia interna diferente do que a do cirurgião, enquanto para ela tem ainda um valor existencial, para o médico seria uma ameaça à saúde. Desta forma, há uma discrepância de pensamentos e, uma vez que é diagnosticada a necessidade da realização da cirurgia, a mulher vê-se num momento conflitivo, sendo envolvida mais do que num período de desajuste biológico, mas também, agora, psicológico, afetivo e social (Montgomery et al., 2000).

Quando um tratamento cirúrgico é proposto a um paciente, visto que este não tem competência técnica para avaliar os porquês da possível cirurgia, ele dá um voto de confiança ao médico e a sua equipe, sendo necessário, além da competência técnica para que o procedimento ocorra com o mínimo de risco possível, a necessidade de promover o preparo emocional do indivíduo, fato este que maior parte dos profissionais de saúde estão poucos preparados para isto (Leon, 2007).

O paciente será interno com seus medos e inseguranças, quer é ser acolhido, ser bem tratado, ser informado sobre os procedimentos, não quer ser invadido brutalmente. Os aspectos técnicos e emocionais devem ser tratados de forma harmoniosa e fim de que a competência da equipe multiprofissional, juntamente com a colaboração do paciente, alcance a eficiência do tratamento cirúrgico.

O próprio estado psicológico de ansiedade é um fator que acomete os pacientes cirúrgicos numa situação ameaçadora, a ansiedade parece ser a emoção mais comum. E ainda, é um estado emocional indesejável e desconfortável que pode variar em intensidade

e duração e que se caracteriza por instabilidade, sendo influenciada por fatores biológicos e também emocionais. Segundo Medeiros e Peniche (2006), a ansiedade é uma reação emocional transitória percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo. Porém, a maneira como o indivíduo percebe a ameaça é mais importante que a própria ameaça.

Como pode ser comprovados por Medeiros e Peniche (2006, p. 87): *“Estudos atuais tornam cada vez mais evidentes que o sistema imunológico e o sistema nervoso tem numerosas conexões anatômicas e fisiológicas”*

Para Sebastiani e Maia (2005), os sentimentos de medo e ansiedade são reações consideradas normais, porém, na medida em que essas condições elevam-se e somam-se à tensão, estresse ou outras condições adversas do estado emocional, o paciente sofre interferências em seu organismo que podem prejudicar o processo cirúrgico. Reforça, ainda, que os altos graus de tensão e ansiedade no pré-operatório, de fato, podem levar a um maior risco de depressão, à baixa aderência ao programa de reabilitação e reintegração sócio-familiar e outras intercorrências no pós-operatório.

Segundo esses mesmos autores, referente ao processo de pré-operatório, a mulher e todo paciente cirúrgico passam por três momentos específicos: o pré-operatório, o trans-operatório e o pós-operatório. Cada um desses momentos é representado por movimentos emocionais que estão intimamente ligados às experiências e expectativas vivenciadas pelo paciente, mais, particularmente, são marcados pela forma com que os pacientes elaboram essas vivências.

Neste sentido, Cury (2000) estudou alguns aspectos emocionais dessa cirurgia ginecológica e retrata sobre uma relação entre ansiedade (ou medo pré-operatório) e a capacidade de enfrentamento pós-operatório. Isso se deve ao fato de que pacientes com

grau moderado de ansiedade estariam menos propensos a desenvolverem complicações pós-operatórias. Entretanto, aquelas que têm grau elevado de ansiedade desenvolvem medo exagerado até mesmo no pós-cirúrgico e, conseqüentemente, poderiam desenvolver algum tipo de complicação.

Referente ao atendimento de pré-operatório, no sentido de uma preparação clínica e psicológica especializada, pode haver uma resposta positiva para a paciente, aumentando a satisfação com atividade sexual, mas isto não é uma unanimidade entre os pesquisadores (Loureiro, 1997).

Em pesquisa realizada no Chile com 30 mulheres que estavam no processo de histerectomia, Cánovas et al (2001) desejavam comprovar em que medida o apoio psicológico preparava essas mulheres para cirurgia. A pesquisa foi realizada num hospital estadual e as participantes do estudo divididas em dois grupos, um grupo experimental e outro de controle onde somente no primeiro foram realizadas técnicas de apoio, desenvolvimentos de habilidades e de enfrentamento durante a hospitalização e depois dela. Os resultados indicaram que as mulheres que recebiam apoio psicológico sofriam muito menos ansiedade, tinham menor índice de depressão, diminuição das preocupações durante o processo cirúrgico e dois meses depois da alta. Ainda indicou que sofrem menos dor, consomem menos analgésicos e se encurtou o tempo de hospitalização. Neste estudo, demonstrou-se que, além das contribuições psicológicas dadas pelo apoio no pré e pós-operatório, as pacientes foram favorecidas a nível físico durante a hospitalização e social, facilitando a reincorporação a sua vida cotidiana.

Em pesquisa realizada por Urrutia e Araya (2005) no Chile, com 104 mulheres, as pesquisadoras realizaram um estudo longitudinal sobre as características da sexualidade de pacientes histerectomizadas três meses após a cirurgia e verificaram que a maioria das mulheres pesquisadas referia mudanças na sua vida sexual considerada positiva, como

melhoria nas relações sexuais e maior desejo sexual, mas de início a frequência de relacionamentos sexuais e presença de orgasmos diminuíram.

Diante do exposto, pode-se perceber o quanto o processo cirúrgico de histerectomia afeta a vida de mulheres tanto no aspecto biológico como no psicológico e, portanto, torna-se importante a realização de estudos nacionais, uma vez que são raras as pesquisas sobre estratégias de enfrentamento ligadas à tal cirurgia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO - ENFRENTAMENTO (COPING)

2.1 Referencial teórico do *Coping*

O construto enfrentamento (*Coping*) tem despertado grande interesse na literatura psicológica. Lazarus e Folkman (1984) traduzem o enfrentamento (*coping*) como sendo todos os esforços cognitivos e comportamentais, constantemente alteráveis, de controle das demandas internas ou externas específicas, que são avaliadas como sobrecarregando ou fatigando o recurso da pessoa, conceito este que vem sendo cada vez mais utilizado em pesquisas em diversas áreas (Antoniazzi, Dell' Aglio & Bandeira, 1998; Panzini & Bandeira, 2007; Santos & Alves Júnior, 2007; Santos & Enumo, 2003; Tamayo & Tróccoli, 2002).

Autores a exemplo de Tamayo e Tróccoli (2002) conceituam o *coping* como um processo dinâmico de esforços determinados à resolução das dificuldades e das demandas exigidas para o ajustamento do organismo ou como um construto multidimensional que envolve uma grande variedade de estratégias cognitivas e comportamentais que podem ser utilizadas para alterar, reavaliar e evitar circunstâncias estressantes ou para aliviar os seus efeitos adversos.

Nesse modelo, determinado evento ou situação não é estressante *per se*: é relevante a avaliação da pessoa quanto ao caráter estressor do evento ou situação. Assim, a mediação cognitiva influencia o processo de enfrentamento. Outro aspecto é que respostas aprendidas e habituais do repertório comportamental do indivíduo muitas vezes não são adequadas e suficientes para lidar com a nova situação, percebida como dano, ameaça ou desafio (Antoniazzi et al., 1998; Seidl, 2005).

Esse referencial teórico do *coping*, entendido como uma forma do indivíduo lidar com diversas situações e fatores estressores vem sendo estudado desde o início do século, com pesquisadores vinculados à psicologia do ego e inicialmente concebendo o *coping* enquanto correlato aos mecanismos de defesa, motivados interna e inconscientemente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos. Neste momento, processos externos e ambientais eram interpretados como mecanismos de defesa e o estilo de *coping* era concebido como estável, tratando-se de questões relativas à saúde e psicopatologia, o que Antoniazzi et al. (1998) caracterizaram como sendo uma primeira geração de pesquisadores no estudo do *Coping*.

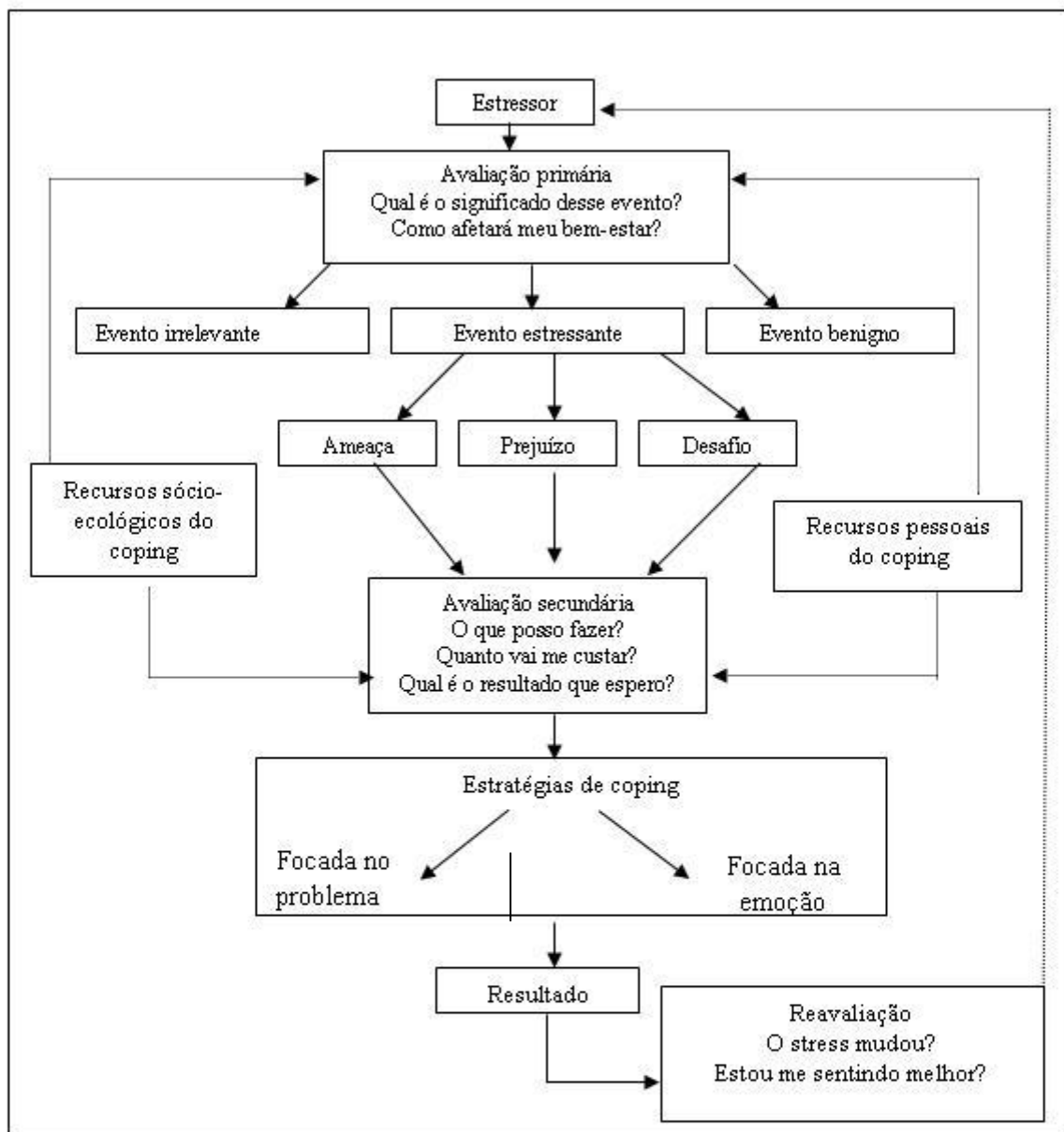
Continuando o desenvolvimento, nas décadas de 60 a 80, o *coping* obteve um avanço e uma segunda geração de pesquisadores apontou para uma nova forma de abordá-lo, ou seja, enfatizando os comportamentos e seus determinantes cognitivos e situacionais, relacionado assim o processo entre pessoa e ambiente, cujo momento foi marcado pela crescente utilização do *coping* em publicações. Não obstante seu crescimento, uma terceira geração de pesquisadores voltou-se aos estudos relacionando o *coping* e a personalidade, entendendo que fatores situacionais somente não são responsáveis pelas estratégias de *coping* utilizadas por um indivíduo, trabalhando mais os traços de personalidade como otimismo, rigidez, auto-estima e locus de controle.

Atualmente, muitos estudos já foram realizados abordando como as pessoas lidam com dificuldades ou circunstâncias estressantes em suas vidas e a implicação destes eventos em comportamentos, na saúde mental e física, embora a literatura referente ao coping de pacientes histerectomizadas seja muito rara a nível brasileiro (Coelho, 2005; Dell' Aglio & Hutz, 2002; Lorencetti & Simonetti, 2005; Savoia, 1999; Seidl, 2005; Tamoyo & Tróccoli, 2002).

Dentro do modelo de Folkman e Lazarus (1980), o *coping* tem duas categorias principais, uma centrada no problema e outra na emoção. Esta construção baseou-se em análises fatoriais que geraram dois fatores principais utilizados pelos pesquisadores para definir os dois tipos de estratégias de *coping*.

As estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas e, portanto, mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais, como negação, deslocamento e regressão, não podem ser considerados como estratégias de *coping*. Esse modelo ainda envolve alguns conceitos que têm caracterizado o modelo de *coping* de Lazarus e Folkman como o mais utilizado: (1) *coping* é um processo ou uma interação entre o indivíduo e o ambiente; (2) sua função é de administração da situação estressora; (3) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (4) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de processamento de stress e *coping* (Lazarus & Folkman, 1984).



Seguindo esta proposta, Beresford (1994) citado por Antoniazzi et al. (1998) afirma que os recursos pessoais advêm de variações física e psicológica que incluem a saúde física, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping*, inteligência e outras características pessoais, já os recursos sócio-ecológicos, encontrados no ambiente do indivíduo ou em seu contexto social, incluem relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais ou práticos e circunstâncias econômicas.

Quanto aos recursos sócio-ecológicos, há um risco de que eles podem atuar como fatores de risco e de resistência ao ajustamento do indivíduo e neste sentido, os recursos de *coping* estão fortemente vinculados à noção de vulnerabilidade, já que a vulnerabilidade aos efeitos do *stress* é mediada por recursos de *coping*. Dependendo da qualidade e da disponibilidade destes recursos, o sujeito torna-se mais vulnerável ou mais resistente aos efeitos adversos do *stress*. *Stress* e vulnerabilidade podem ser um círculo vicioso, em que o *stress* afeta os recursos de *coping* e incrementa a vulnerabilidade.

2.1.1 Estilos e estratégias de Coping

Tratando-se de *coping*, Antoniazzi et al. (1998) consideram ser importante distinguir o que os pesquisadores propõem como estilo e estratégia de *coping* e nesse sentido existem duas abordagens teóricas para definir o *coping*, a situacional e a estrutural. A forma *estrutural* trata, mais frequentemente, de estilos de *coping* que são mais relacionados a características de personalidade, enquanto a forma *situacional* abordar as estratégias de *coping* que se refere às cognições e ações no percurso do fator estressor. Embora os estilos possam influenciar a extensão das estratégias de *coping*, eles são fenômenos distintos e têm diferentes origens teóricas (Coelho, 2005; Ryan-Wenger, 1992; Savoia, 1999).

Segundo Coelho (2005), cada pessoa desenvolve formas habituais de lidar com uma situação estressora. Os estilos de *coping* podem influenciar suas reações em novas situações que venham enfrentar e refletem a tendência a responder de uma forma particular. As estratégias de *coping* vinculadas, como já dito, a fatores situacionais e dependem, primeiramente, de uma avaliação positiva ou negativa desse evento estressor.

2.1.1.1 Estilo de Coping

Na literatura sobre *coping*, diversas conceituações ou tipologias têm sido apresentadas focalizando traços ou estilos de personalidade relacionados ao *coping*. Destaca-se o estudo dos modelos de personalidade de tipo A e tipo B, monitorador x desatento, repressor x sensível, primário x secundário, passivo x ativo, aproximação x evitação, direto x indireto, pró-social x anti-social (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991). Além destes estilos Antonizzi et al. (1998) expõem vários tipos de estilos propostos por outros pesquisadores, como é o caso dos estilos denominados monitorador e desatento e que se referem ao estilo de atenção do indivíduo em situação de estresse. O monitorador utiliza estratégias que envolvem estar alerta e sensibilizado a aspectos negativos de uma experiência, apresentando uma atenção vigilante, procurando informações e visualizando a situação para controlá-la. O estilo desatento envolve distração e proteção cognitiva de fontes de perigo. O indivíduo apresenta um comportamento de desatenção, tendendo a se afastar da ameaça, distrair-se e evitar informações, postergando uma ação.

Outra tipologia é de primário e secundário (Band & Weisz, 1988, citado por Antoniazzi et al, 1998), segundo a qual primário significa o *coping* utilizado com o objetivo de lidar com situações ou condições objetivas, e o secundário envolve a capacidade de adaptação da pessoa às condições de *stress*.

2.1.1.2 Estratégias de Coping

Ao contrário dos estilos de *coping* que são fatores disposicionais do indivíduo, as estratégias de *coping* estão vinculadas a fatores situacionais, ou seja, ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um estressor (Folkman & Lazarus,

1980; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). São formas de enfrentar as situações de estresse, sendo um esforço cognitivo e comportamental para dominar ou mesmo reduzir as demandas externas ou internas e o conflito entre elas, numa ação dirigida para a solução do estressor, mas esse processo irá depender de como o indivíduo avaliou a situação e de que recursos dispõe para enfrentá-la (Medeiros & Peniche, 2006).

Estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, dependendo de sua função: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. Este último descreve a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse do indivíduo, derivando principalmente de processos defensivos, o que faz com que as pessoas evitem confrontar conscientemente com a realidade de ameaça. Já o *coping* focado no problema refere-se aos esforços de administrar ou alterar os problemas ou mesmo melhorar o relacionamento entre as pessoas e o seu meio, sendo considerada adaptativa, mais voltada para a realidade, na tentativa de remover ou abrandar a fonte estressora.

Recentemente, foi apresentada uma terceira estratégia de *coping*, menos utilizada pela literatura atual, focalizada nas relações interpessoais, na qual o sujeito busca apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação estressante, com o objetivo de entender melhor o papel da personalidade e dos fatores situacionais na escolha das estratégias de coping (Antoniazzi et al, 1998; Coelho, 2005; Lorencetti & Simonetti, 2005).

A esse exemplo, Seidl (2005), realizou uma pesquisa com o objetivo de descrever estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas portadoras de HIV/Aids, associando enfrentamento a variável sócio-demográfica, sendo realizada 241 pessoas soropositivas. Para tal, utilizou-se a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e os resultados indicaram a variabilidade das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas

peessoas, predominando o enfrentamento focado no problema e em mulheres e pessoas com níveis mais baixos de escolaridade predominaram enfrentamento focalizado na emoção e busca de práticas religiosas.

Dentro da contextualização teórica do *coping*, Lazarus e Folkman (1984) ressaltam a diferença entre função e consequência do enfrentamento. A função diz respeito ao propósito a que serve a estratégia, enquanto as consequências dizem respeito ao efeito produzido pela mesma. Uma estratégia pode ter a função, por exemplo, de impedimento, mas a utilização dessa estratégia não resulta, necessariamente, que a situação ameaçadora seja evitada. Em outras palavras, as funções não são definidas em termos de consequências ainda que se possa esperar que determinadas funções venham a ter consequências determinadas (Savoia, 1999).

Segundo essa mesma autora, o *coping* centrado no problema e na emoção influencia-se em todas as situações estressantes. As pessoas utilizam ambas as formas de *coping*, impedindo ou facilitando a manifestação de uma ou outra forma, cuja forma pela qual uma pessoa usa o *coping* está determinada, em parte, por seus recursos, os quais incluem saúde e energia, crenças existenciais, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais.

Dentro dessa abordagem das estratégias de coping, proposto no modelo de *coping* e estresse de Lazarus e Folkman (1984), vale salientar que qualquer tentativa de administrar o fator estressor é considerada *coping*, tenha ou não sucesso no resultado e que a sua eficácia é caracterizada pela flexibilidade e mudança, tanto focando a estratégia na emoção quanto no problema. Além do mais, segundo Lazarus e DeLongis (1983), os processos de *coping* variam com o desenvolvimento da pessoa devido a grandes modificações que se processam nas condições de vida, através das experiências vivenciadas pelos indivíduos, levando em consideração o significado dos eventos

estressantes nos diversos momentos da vida dos indivíduos. Devido a essa variabilidade, os autores defendem a idéia de que o *coping* seja estudado longitudinalmente.

2.1.2 Medidas e desenvolvimento do Coping

Dentro do estudo do *coping*, iniciativas no sentido de mensurar as estratégias de enfrentamento vêm sendo desenvolvidas, com alguns instrumentos construídos e validados para a utilização em diferentes contextos, ocorrendo especialmente no exterior, como nos Estados Unidos, Canadá e Espanha (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman et al., 1986; Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001).

Folkman e Lazarus, dois dos principais pesquisadores interessados no desenvolvimento teórico e empírico do conceito de enfrentamento, criaram em 1980 o instrumento “Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas” (EMEP) que foi traduzida e validada por Gimenes e Queiroz (1997) para o contexto brasileiro. Segundo Coelho (2005), outros instrumentos de medida já foram adaptados ao contexto brasileiro, como a escala de mensuração de *coping* no ambiente ocupacional proposta por Tamayo e Tróccoli (2002) e a *Life Orientation Test* de Scheier e Carver’s (1985) que mede otimismo disposicional. Verifica-se que o volume da literatura em relação às medidas de *coping* não tem se mostrado muito extenso, principalmente quanto à quantidade de instrumentos construídos, inclusive no Brasil (Savoia, 1999).

Estudos diversos em relação ao *coping* também estão sendo realizados, como é o caso de Dell’ Aglio e Hutz (2002b) que investigaram estratégias de *coping* em crianças de oito a dez anos frente a situações estressantes, detectando que houve uma utilização preferencial de estratégia de busca de apoio social e de ação agressiva frente a um conflito

estressor e que nos eventos que envolveram adultos, as estratégias foram de evitação e aceitação.

Tamayo e Tróccoli (2002) realizaram um estudo investigando a dimensão psicológica da exaustão emocional no trabalho, sob o aspecto da percepção de suporte organizacional e sob o *coping* no trabalho. Foi realizada com 369 trabalhadores, através de uma escala de exaustão emocional e outra de *coping* no trabalho, cujo resultado foi de desempenho e ascensão para o primeiro aspecto e de escape e desgaste para o segundo.

No campo da saúde, a profusão de pesquisas sobre enfrentamento, principalmente a partir de 1980, tem permitido a maior produção de conhecimento sobre o tema e o desenvolvimento de intervenções junto a pessoas acometidas pelo processo saúde-doença e, assim, pesquisas sobre estratégias de enfrentamento neste contexto também têm valorizado o entendimento dos processos de coping, bem como a identificação de aspectos bio-demográficos, médico-clínicos e psicológicos (Seidl, 2005).

É o caso de pesquisas como de Lorencetti e Simonetti (2005) que, trabalhando no contexto da saúde, utilizaram do recurso teórico do *coping* não somente para realizar suas investigações, mas, sobretudo, para favorecer a ciência no desenvolvimento de um olhar mais humanizado e direcionado a promover mudanças diante do que foi pesquisado. Neste caso, as pesquisadoras desejavam identificar as formas de enfrentamento diante do câncer e do tratamento de radioterapia, sendo realizada com 16 pacientes e observou-se que, ao enfrentar esses momentos de estresses, as pacientes elaboraram enfrentamentos ligados tanto ao problema (relatando sobre o que é a doença, como tudo transcorreu) quanto à emoção (apresentando medos e inseguranças).

Aproximando-se mais do objeto de estudo que é relacionado a processos cirúrgicos, a relação ansiedade e mecanismos de *coping* utilizados por pacientes cirúrgicos também foi estudada em 40 pacientes, sendo que esses apresentaram baixa ansiedade e

utilizaram o suporte social como estratégia de *coping* mais presente entre eles (Moraes & Peniche, 2003).

Também num outro estudo de Medeiros e Peniche (2006), buscou-se averiguar a relação entre o estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, no período pré-operatório numa amostra de 40 pacientes cirúrgicos e utilizando-se da escala EMEP de Folkman e Lazarus, tendo como resultado que as estratégias de enfrentamento mais comumente utilizadas foram as de suporte social e a de resolução de problemas e que a ansiedade está fortemente ligada a processos favoráveis ou desfavoráveis diante de um procedimento cirúrgico, dependendo dos recursos psíquicos da pessoa.

Dentro dessa perspectiva, o presente estudo também está sendo entendido como um processo, compreendendo que os modos de enfrentamento mudam ao longo do tempo, de acordo com as características do estressor e as exigências do contexto que, neste estudo, é temporal, uma vez que a hospitalização e a cirurgia ocorrem em um momento específico na vida das mulheres pesquisadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Este estudo pretendia investigar as construções de enfrentamento e repercussões psicossociais de mulheres submetidas a cirurgia de histerectomia.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer a história clínica das pacientes;
- Verificar os eventos estressores relacionados à histerectomia;
- Identificar os modos de enfrentamento à cirurgia de histerectomia;
- Avaliar as principais consequências psicossociais da cirurgia de histerectomia.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal com intervalo de 6 meses entre o pré-cirúrgico e o pós-cirúrgico, com abordagem quantitativa e qualitativa.

4.1 Campo de estudo

Este estudo foi o Hospital e Maternidade Padre Alfredo Barbosa (HMPAB), na cidade de Cabedelo, Paraíba.

Este hospital recebe os pacientes encaminhados das Unidades Básicas de Saúde e outros serviços de atenção secundária da cidade de Cabedelo. É o único hospital do município e é constituído por 43 leitos, cuja ala cirúrgica detém nove deste total, tendo, também, alas de clínica feminina e masculina, pediátrica, maternidade com alojamento conjunto, ala de observação adulto e infantil, além de atendimentos ambulatoriais e de serviço de urgência. Esta instituição realiza cirurgias em nível ginecológico, oncológico, ortopédico, dermatológico, vascular, urológico, pediátrico, dentre outras e dispõe dos serviços especializados de Assistência Social, Psicologia, Fisioterapia e Planejamento Familiar.

O ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do HMPAB foi o local de entrada de mulheres com problemas ginecológicos que poderão ter indicação para a cirurgia de histerectomia.

A escolha deste serviço foi feita por ser local de trabalho da pesquisadora, facilitando os múltiplos contatos com as participantes do estudo.

4.2 Amostra

Participaram deste estudo 10 mulheres, adultas, internas na clínica cirúrgica do referido hospital.

Como critério de inclusão na amostra, utilizou-se qualquer indicação cirúrgica de histerectomia (HTM), além da concordância de participação na pesquisa após o conhecimento dos objetivos e procedimentos, da garantia do anonimato e confidencialidade dos dados.

A amostra foi escolhida de forma não-probabilística, intencional e acidental, compreendendo, portanto, uma amostra de conveniência (Cozby, 2003), podendo ser observados nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 - Dados Bio-Demográficos

	Variáveis	N	%
Faixa Etária	41 – 45 anos	06	60%
	46 – 50 anos	01	10%
	51 – 55 anos	02	20%
	Maior 60 anos	01	10%
Estado Civil	Casada	10	100%
Escolaridade	Fundamental Incompleto	10	100%
Atividade	Dona de Casa	09	90%
	“Marisqueira”	01	10%
Renda Familiar	Menos 1 Salário Mínimo	07	70%
	1 Salário Mínimo	03	30%
Religião	Católica	09	90%
	Evangélica	01	10%
Praticante?	Sim	03	30%
	Não	07	70%
Número de Filhos	3 - 4 filhos	07	70%
	5 – 6 filhos	03	30%

Tabela 2 - Dados Clínicos

Tempo de Diagnóstico		
Menos de 1 ano	05	50%
1 – 2 anos	05	50%
Já realizou outra cirurgia?		
Sim	06	60%
Não	04	40%
Conhece alguém – histerectomia		
Sim	09	90%
Não	01	10%
Causa da cirurgia		
Miomatose Uterina	10	100%
Tipo de cirurgia realizada		
Histerectomia Total	10	100%
Via realizada		
Abdominal	10	100%

4.3 Instrumentos

Para a obtenção dos dados foi utilizada a Escala de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Anexo1), além de entrevistas semi-estruturadas com questões bio-demográficas (Anexo 2).

A Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) é um instrumento adaptado (Gimenez & Queiroz, 1997) e validado para a população brasileira, modificando apenas a escala de resposta (Likert de quatro pontos) substituindo por uma escala de cinco pontos. (Seidl, Trocolli & Zannon, 2001). As origens dessa escala remontam o Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1985) citado por Savoia (1999).

Figura 2. Escala *Likert* de 5 Pontos Utilizada na EMEP

1 Eu nunca faço isso	2 Eu faço isso um pouco	3 Eu faço isso às vezes	4 Eu faço isso muito	5 Eu faço isso sempre
----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Trata-se de um questionário tipo Likert de cinco pontos. Compõe-se de 45 itens que englobam pensamentos e ações das quais as pessoas fazem uso para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico. A versão adaptada e validada da EMEP para a população brasileira identifica quatro modos de enfrentamento, a saber:

1) Estratégias de Enfrentamento Focalizados no Problema: composta por 18 itens que englobam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo no sentido de solucionar o problema, lidar ou manejar a situação estressora. Incluem também itens que envolvem esforços ativos eminentemente cognitivos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo positivo.

2) Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção: composta por 15 itens que incluem reações emocionais negativas como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos e irrealistas voltados para a solução mágica do problema, respostas de esquiva e reações de culpabilização de outra pessoa ou de si próprio. Abarcam, portanto, estratégias cognitivas e comportamentais que podem cumprir função paliativa no enfrentamento e/ou resultar em afastamento do estressor.

3) Práticas religiosas / Pensamento Fantasioso: composta por 7 itens que abarcam pensamentos e comportamentos religiosos que possam auxiliar no enfrentamento do problema, pensamentos fantasiosos permeados por sentimentos de esperança e fé.

4) Busca de Suporte Social: composta por 5 itens que representam a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação.

Ao fim da aplicação dos 45 itens da escala, são realizadas as seguintes questões abertas: “Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade? Você está utilizando outras formas de lidar com a situação?” Com isso, uma análise qualitativa, complementar, enriquece os resultados obtidos com a aplicação dos itens.

As entrevistas individuais buscaram identificar as repercussões psicossociais da histerectomia nas pacientes entrevistadas. Foi adotado o modelo de entrevista semi-estruturada, caracterizada pela combinação de perguntas abertas e fechadas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem condições pré-fixadas pelo pesquisador (Minayo, 1998).

Segundo Triviños (1992), a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios de que dispõe o investigador para a coleta, considerando que valoriza a presença consciente e atuante do investigador e favorece a espontaneidade e liberdade do entrevistado. Para este autor, a entrevista semi-estruturada é aquela que:

(...) parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as repostas do informante. Desta forma, o informante, seguindo a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (Triviños, p.152, 1992).

Neste caso de entrevista semi-estruturada, o pesquisador mantém uma presença atuante ao mesmo tempo em que permite a relevância do entrevistado, o que favorece tanto as descrições dos fenômenos sociais como as possíveis explicações e a compreensão de sua totalidade (Triviños, 1992).

O roteiro de entrevistas, formulado especialmente para fins deste estudo, dividiu-se em três partes: a primeira parte foi buscou a investigação sobre as características biodemográficas dos participantes, tais como sexo, idade, estado civil, escolaridade, quantidade de filhos e nível sócio-econômico e servem para melhor caracterização da amostra. A segunda parte abarcou o evento da histerectomia, tendo como objetivo conhecer a história clínica e os correlatos emocionais de cada acontecimento relacionado ao adoecimento. A terceira parte, constando de duas questões norteadoras (*Como está sua vida hoje?; O que mudou após a histerectomia?*), foi realizada decorridos os 6 meses do ato cirúrgico, visando a avaliação das conseqüências da cirurgia na vida das pacientes.

Desta forma, as questões iniciais objetivam uma caracterização clínica, ou seja, conhecer o processo da descoberta da doença e como se deu a indicação da histerectomia. As questões subseqüentes versam sobre os diversos aspectos relacionados ao foco do estudo, tais como: as alterações trazidas pela histerectomia, os modos de enfrentamento, os relacionamentos interpessoais, o suporte social, a auto-imagem, a auto-avaliação quanto à própria vida e os planos/expectativas para o futuro. E a terceira parte, na avaliação/confirmação de mudanças na vida da pessoa decorrentes da cirurgia.

4.4 Procedimento para coleta dos dados

Tratou-se de uma pesquisa longitudinal, sendo a primeira intervenção realizada no momento do pré-operatório e a segunda transcorridos seis meses após a cirurgia.

Inicialmente, foi solicitada autorização ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Após a autorização (Anexo 3), a diretoria do hospital foi contatada pela pesquisadora portando uma carta de apresentação, contendo os objetivos da pesquisa e solicitando a colaboração desta instituição.

Após a aprovação do diretor geral do hospital, foi iniciada a fase de coleta de dados em que a pesquisadora buscou fazer um levantamento das pacientes que estavam internadas no hospital para a cirurgia de histerectomia. Vale ressaltar que este levantamento foi realizado continuamente já que o tempo de internação das pacientes era muito curto e a rotatividade era grande.

Identificadas as pacientes, a pesquisadora solicitou a colaboração destas na pesquisa informando-as os objetivos do estudo, bem como a confidencialidade dos dados e do anonimato da sua colaboração. Após o consentimento, tendo lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), as pacientes foram submetidas à Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas e, em seguida, a entrevista semi-estruturada. Esta aplicação foi realizada de forma individual, sem tempo determinado, na sala do serviço de Psicologia.

Para a determinação do número de entrevistas, foi adotado o critério de saturação que, na concepção de Sá (1998), refere-se à equivalência entre a representação advinda de certo número de indivíduos e um maior número destes. Tal critério justifica-se a partir da repetição dos mesmos temas emitidos pelos respondentes, quando entrevistar um maior número de sujeitos não significaria um crescimento significativo dos conteúdos. Então, foram realizadas entrevistas até o momento em que os dados começaram a se repetir que no caso dessa pesquisa após a realização de dez entrevistas.

A segunda parte da coleta ocorreu 6 meses após a cirurgia, com a realização de entrevista visando a confirmação ou refutação das vivências.

4.5 Análise dos dados

Na Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), Inicialmente foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando identificar eventuais omissões de respostas. Em seguida, procederam-se as análises estatísticas descritivas para verificação de associações entre as variáveis do estudo. As respostas às questões abertas sobre enfrentamento foram analisadas quanto aos temas, categorias e sub-categorias identificados, com base em recursos metodológicos sugeridos por Bardin (1979) para análise de conteúdo.

Em Dados Bio-Demográficos foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude).

Nas entrevistas - o material de áudio obtido com a entrevista foi submetido à Análise de Conteúdo com o objetivo de inferir novos conhecimentos a partir das respostas das pacientes que emergiram na entrevista.

Este procedimento, que se insere na modalidade de pesquisa qualitativa, tem como eixo norteador a busca das unidades de sentido que emergem do discurso das entrevistadas, buscando atingir um nível mais aprofundado que ultrapasse os significados manifestos. Ainda, articula a análise das narrativas com os fatores que determinam suas características: variáveis pessoais, contexto sócio-cultural e processo de produção de mensagem (Minayo, 1998).

Para tanto, realizou-se a transcrição literal das mesmas para, finalmente, iniciar a análise dos dados. A análise dos discursos foi realizada com base em Categorias determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas e processada em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993), conforme Quadro 2.

Figura 3 - Etapas do Procedimento de Análise de Conteúdo do Material Transcrito nas Notações

	TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL
PRIMEIRA FASE (Sessões/Sujeitos)	A. Leitura Inicial B. Marcação C. Corte D. Primeira Junção* E. Notação F. Organização e Primeira Síntese
	SEGUNDA JUNÇÃO**
SEGUNDA FASE (Conteúdos)	G. Leitura Inicial H. Organização I. Notação J. Redação Final

* Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

** Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

Na primeira fase as entrevistas foram analisadas individualmente e a junção concentrou conteúdos comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada entrevista realizada, referindo-se às questões particulares de cada indivíduo. Compreendeu as seguintes fases:

A. **Leitura Inicial:** Nessa primeira leitura, foram identificados alguns pontos preliminares, ligados às Categorias, realizando anotações à respeito de aspectos relacionados à situação da entrevista, como rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo.

B. **Marcação:** Foram selecionados alguns trechos da entrevista que correspondam às Categorias pré-estabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes.

C. **Corte:** Os trechos selecionados foram retirados do texto.

D. **Junção:** Os trechos selecionados foram agrupados, ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.

E. **Notação:** Foram realizadas observações marginais sobre os trechos, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto do grupo.

F. **Discussão:** As observações foram discutidas para que se pudesse fazer a segunda junção, onde foram agrupados os trechos de todas as entrevistas em relação a uma mesma categoria.

Na segunda fase as entrevistas não foram consideradas individualmente e a junção se referiu aos conteúdos comuns a todas as entrevistas. Assim, as junções que foram realizadas na primeira etapa foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiram as seguintes fases:

A. **Leitura Inicial:** Foi realizada uma leitura para identificar os trechos cujos conteúdos são comuns, dentro de cada Categoria.

B. **Organização:** Esses trechos foram, então, agrupados e classificados em sub-categorias com base em protocolos especiais.

C. **Notação:** Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às sub-categorias.

D. **Discussão Final e Redação:** Foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados que foram obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiram durante as entrevistas.

4.6 Aspectos éticos

Considerando os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Foi solicitado às participantes que assinassem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

O documento explicita a solicitação às pacientes para participação no estudo e gravação da entrevista, por via escrita (assinada), informando, ainda, que o consentimento garante ao entrevistado o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso implique em constrangimento de qualquer ordem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Perfil da amostra

5.1.1 *Perfil sócio-demográfico dos participantes*

As mulheres participantes deste estudo tinham, em média, 46 anos e 7 meses (DP = 6,5), variando de 41 a 61 anos, são casadas, com ensino fundamental incompleto, 90% intitulavam-se donas de casa e apenas uma tem como atividade a pesca de mariscos. A renda familiar declarada varia entre menos de um salário mínimo (70%) a 1 salário mínimo (30%).

Estas mulheres tinham em média 4 filhos (DP=1,05), variando de 3 a 6. A maioria professava a fé católica (90%), com exceção de uma evangélica, mas apenas 30% afirmava ser praticante.

Retratando sobre os dados, em relação à faixa etária dessa amostra, observa-se que se trata da época em que se iniciam os programas de controle e prevenção contra o câncer, onde as mulheres sentem-se mais vulneráveis às doenças mais graves. Quanto à questão da baixa escolaridade da amostra, tal fato pode estar relacionado locus do estudo, que era público e atende a população geral do município, na sua maioria de baixa renda.

O contexto sócio-cultural também é considerado por Araújo e Aquino (2003) como um fator de risco para a cirurgia de histerectomia de extrema importância que deve ser observado, uma vez que é aí que se realizam as práticas de saúde voltadas às mulheres e que podem influenciar na realização da cirurgia, as possibilidades de acesso a serviços de saúde, a filiação a plano de saúde privado e até as características dos gestores de saúde e da visão dos médicos a respeito desde procedimento cirúrgico.

Nos estudos acima citados, os fatores de risco foram avaliados em 373 mulheres de 30 a 54 anos de idade, na cidade de Recife. Os fatores de risco para a histerectomia (HTM) apreendidos foram: a renda familiar baixa (deixando de usar serviços de saúde); a nuliparidade, não que a falta de filhos ensejem a HTM, por questões ligadas à gravidez, mas também por processos das vidas destas mulheres. Também são considerados fatores de risco a paridade de até três filhos; a demanda por cuidados médicos por problemas menstruais, o antecedente de distúrbio menstrual ou de morbidade do colo uterino, a hospitalização por causa ginecológica e a presença de laqueadura tubária antes dos trinta anos, supostamente por efeitos adversos da laqueadura tubária.

Em relação à religiosidade, os dados do presente estudo demonstraram que a maioria das mulheres, apesar de afirmarem ter uma religião (católica ou evangélica), apenas 30% destas são praticantes. Entretanto, o fato de não freqüentarem uma igreja não parece diminuir o benefício de sua crença religiosa, visto se tornarem fonte de esperança, uma forma de enfrentamento e alívio para o sofrimento, medo e angústia.

No tocante aos processos cirúrgicos, o tempo médio de diagnóstico foi de 1 anos e 5 meses ($DP = ,52$), variando de 3 meses à 2 anos. Das participantes, 60% destas mulheres afirmaram já terem se submetido à outra cirurgia, em sua maioria ginecológica (períneo, laqueadura, parto cesariano) e, a maioria, diz conhecer outra pessoa que já se submeteu à cirurgia de histerectomia (90%). A causa das cirurgias das 10 participantes foi por miomatoses uterinas, submetendo-se a histerectomias totais e por via abdominal.

O fato de já terem se submetido a uma cirurgia ou ter conhecido alguém que já se submeteu à histerectomia pode ser um fator positivo para o enfrentamento. Com essa relação às cirurgias anteriores, 40% das participantes não tiveram experiência anestésico-cirúrgica anteriormente e 60% tiveram algum tipo de intervenção cirúrgica (laqueadura tubária, parto cesariano, cirurgia ortopédica), o que é um número representativo de

participantes com experiência prévia ao fator estressor, aqui representado como o procedimento cirúrgico de histerectomia e todas suas implicações. Não se pode desconsiderar que a incidência de intercorrências em cirurgias anteriores, ou seja, anormalidade diante do procedimento imediato, pode agravar e influenciar na reavaliação feita pelo paciente, na nova experiência a que será submetido, tornando-se, para ele, muito mais ameaçador. Esse fato pode influenciar, sim, na avaliação da situação e nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes (Peniche, 2005).

Apesar das influências negativas que um evento possa transparecer, a própria ameaça favorece para um enfrentamento antecipado, possibilitando um planejamento para vencer as adversidades que estejam por vir (Lazarus & Folkman, 1984).

Observando o enfrentamento das mulheres pesquisadas e diante de estudos lidando com o enfrentamento em processos saúde-doença (Bergamasco, 1999; Ferreira, 2003), observa-se que a avaliação cognitiva feita pelas pessoas ao se depararem com essa situação estressora de cirurgia de retirada do útero, pode ser feita de três tipos: *“aquelas que se referem a dano, a ameaça ou a desafio”*, confirmando a teoria de Lazarus e Folkman (1984). Trazendo esses três tipos de avaliação para a mulher histerectomizada, pode-se inferir que os danos estão ligados aos sinais e sintomas, dentre eles, a possibilidade de cicatrizes no abdome; a ameaça pode estar ligada a possibilidade de mexer na sua sexualidade e o desafio que seria passar pelo processo de hospitalização, cirurgia e retorno desejado para sua vida cotidiana.

Sendo assim, a realização de outra cirurgia pode desencadear, dependendo da subjetividade de cada pessoa, um misto de emoções, gerando medos e desconfianças ou esperança e segurança na cura e/ou tratamento, independente do porte cirúrgico ao qual a pessoa foi submetida, pois em qualquer situação, serão mobilizados esforços cognitivos ou comportamentais para proteger o corpo.

Em relação às causas das cirurgias, todas as participantes submeteram-se a histerectomia por problema de miomatose uterina, o que se confirma nas literaturas existentes cuja prevalência dessas causas recorrentes de cirurgia se dá pela existência de miomas (Halbe, 1993; Lemgruber, 1996; Lemgruber & Lemgruber, 2000; Novak, 1990; Schaffer, 2002), causando grandes complicações no corpo da mulher, sendo a maioria delas advindas de enfermidade benigna (DATASUS, 2007) e em semelhança com dados de outros países (Araújo & Aquino, 2003; Treloar, Do, O'Connor, O'Connor, Yeo & Martin, 1999).

Segundo Paula (2005), os miomas ocorrem em mulheres, na sua maioria, durante a idade de reprodução e diminui de tamanho ou desaparecem com a involução do útero depois de encerradas as funções ovarianas. Além do mais, a cirurgia de histerectomia por esses miomas deve ser feita se os miomas estão suficientemente grandes para preencher toda a pelve, se crescerem depois da menopausa e se o sangramento não puder ser controlado por tratamento clínico medicamentoso.

Em relação ao tipo de cirurgia, todas as mulheres foram submetidas a cirurgia de histerectomia total que consiste na retirada de todo corpo uterino e do colo, parte que fica em contato com a vagina e podendo ou não incluir a retirada dos anexos, ou seja, ovários e trompas (Paula, 2005). No caso somente da retirada dos miomas, chama-se de miomectomia, preservando o útero, com sua função menstrual e reprodutiva da mulher e que pode ser realizada quando está em questão à infertilidade, caso contrário, a histerectomia (HTM) total é o tratamento mais adequado (Halbe, 1993; Lemgruber & Lemgruber, 2000; Paula, 2005).

Nesse sentido, Flory, Bissonnette & Binik (2005) buscaram avaliar se havia diferenças psicossociais quanto ao tipo de cirurgia de HTM realizada, seja total ou subtotal e concluíram que não tinha nenhuma evidência que histerectomia subtotal produzisse

resultados psicossociais mais favoráveis que histerectomia total, nem há qualquer evidência de que qualquer tipo de histerectomia resulte em efeitos adversos.

As cirurgias das participantes do presente estudo foram por via abdominal, sendo uma prática bastante utilizada nas cirurgias ginecológicas de HTM desde o final do século passado. Segundo Costa, Amorim e Cursino (2003), as cirurgias de histerectomia por via abdominal são eficazes, mas a HTM por via vaginal ainda tem diversas vantagens, como menor volume de perda sanguínea intra-operatória, menor intensidade da dor pós-operatória, menor frequência de solicitação de analgésicos e menores tempos de retorno às atividades após a cirurgia. Portanto, a via vaginal pode substituir com vantagens a via abdominal em pacientes com indicação de histerectomia.

5.2 Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP

5.2.1 *Modos de Enfrentamento: médias e correlações*

Entendendo o procedimento cirúrgico de histerectomia como sendo parte de um momento estressor vivenciado pelas pacientes estudadas, essa ocasião desperta nas participantes ações e comportamentos de enfrentamento.

Os modos de enfrentamento diferenciam-se de pessoa a pessoa, pois depende de vários fatores como o estressor e suas características, a quantidade e qualidade da percepção da ameaça percebida; possibilidades de opções para resolver a situação e os recursos e barreiras encontrados para vencer a situação estressora (Lararus & Folkman, 1984). Depende das experiências vividas pelas crenças, valores, pela visão de si e do mundo.

Os quatro modos de enfrentamento medidos pela EMEP nesta pesquisa – estratégias de enfrentamento focalizadas no problema; estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção; práticas religiosas/pensamentos fantasiosos e; busca de suporte social - foram inicialmente avaliados em função de suas médias, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Análises Descritivas das Estratégias de Enfrentamento Medidas pela EMEP

Fatores	Média	DP	Amplitude
Focalizado no Problema	3,33	0,51	2,22 - 3,94
Focalizado na Emoção	2,24	0,57	1,67 – 3,40
Religioso/Fantasioso	3,75	0,43	3,29 – 4,57
Busca de Suporte Social	2,52	1,04	1,20 – 4,20

Nota: Escores variam de 1 a 5

Os resultados mostraram que a modalidade de enfrentamento mais usada foi busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 3,75$; $DP = 0,43$), seguida de enfrentamento focalizado no problema ($M = 3,33$; $DP = 0,51$). Estratégias focalizadas na busca de suporte social ($M = 2,52$; $DP = 1,04$) e na emoção ($M = 2,24$; $DP = 0,57$) foram relatadas em menor frequência no conjunto da amostra estudada. Observou-se, ainda, maior variabilidade de busca de suporte social, indicada pelos valores do desvio-padrão e da amplitude.

Os determinantes das formas de enfrentamento à doença são preditos por fatores de diferenças individuais e experiências de vida (Lazarus & Folkman, 1984). Sendo assim, a constatação de que as participantes deste estudo utilizam mais freqüente do enfrentamento através da busca religiosa e menos estratégias focalizadas na emoção pode estar associada ao próprio perfil das participantes, no que tange a baixa escolaridade e a condição socioeconômica de gênero. Foi observado no estudo de Saldanha (2003) com mulheres

soropositivas de baixa escolaridade e renda, que o enfrentamento à doença se dá principalmente através da religião. Muitos estudos abordam as diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretem a experiência da doença e modificam a maneira pela qual o doente e o meio social definem o problema. Para Lévi-Strauss (1967), as teorias religiosas *curam* ao impor ordem sobre a experiência caótica do doente e da família:

“É um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens, através das formulações e de conceitos de ordem de existência geral, e vestindo estas concepções com tal aura de fatalidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas”. (Gertz, 1989, p.104-105).

Quanto ao pouco enfrentamento focado na emoção, observa-se que a maioria dos conteúdos dos itens da EMEP que mensuraram essa modalidade de enfrentamento expressa sentimentos de culpa em relação a si próprios e ao outro, emoções negativas e comportamento de esquiva. Visto que as patologias associadas à cirurgia de histerectomia não têm caráter voluntário, não dependendo do comportamento das pessoas, provavelmente não incitariam tais respostas.

Em relação à busca de suporte social, ressalta-se uma especificidade em relação aos demais que é o de não depender de si, ou seja, pressupõe o contato com outro em busca de ajuda, estando relacionado com a qualidade e quantidade de recursos disponíveis ou características pessoais concernentes aos padrões de relacionamentos interpessoais.

Em relação a essas diferentes formas de enfrentar as situações adversas, Peniche (2005) faz um paralelo e afirma que também os órgãos e sistemas reagem de forma diferente, pois uns têm reações emocionais manifestadas no sistema gastrointestinal, outros no músculo-esquelético outros no cardiovascular, assim como o foco dos enfrentamentos podem ser diferentes a partir do modo como o estressor é vivenciado pela pessoa. No caso

da pesquisa de Peniche, por exemplo, observou-se a ansiedade de pacientes cirúrgicos e foi constatado que as estratégias mais utilizadas pelos pacientes foram de resolução de problemas que descreve comportamentos que levam a pessoa a lidar com o estresse de maneira mais efetiva e adaptada, voltada a uma resolução e de suporte social que pode estar relacionado ao suporte encontrado no ambiente ou nas pessoas.

Segundo Cade (2002), citado por Peniche (2005), há vários estudos que tentam explicar quais os modos de enfrentamentos mais utilizados, tanto em situações específicas como em situações gerais, mas os resultados são realmente difíceis de serem generalizados, por conta das diferentes amostras, nos instrumentos utilizados para a verificação das estratégias, além das diferenças individuais, ligadas aos valores e as crenças.

Buscando definir em que medida a variação de respostas de cada um dos fatores avaliados pela EMEP é seguido de uma alteração proporcional nos demais fatores, investigou-se a associação entre as estratégias avaliadas mediante análise de correlação de *Pearson*, cujos resultados encontram-se descritos na Tabela 4.

Tabela 4 - Análise de Correlação de *Pearson* Entre os Fatores da EMEP

	Problema	Emoção	Religioso/Fantasiioso
Emoção	-,737* (,015)		
Religioso/Fantasiioso	-,598 (,068)	,269 (,452)	
Suporte Social	,110 (,761)	-,225 (,532)	,212 (,556)

*Correlação significativa ao nível de 0.05

Os coeficientes de correlação de *Pearson* mostraram a presença de associação negativa significativa entre enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção ($r = -0,73$; $p < 0,015$). Evidenciou-se, portanto, que de modo geral, escores elevados no primeiro estiveram associados a escores baixos no segundo, apontando relativa incompatibilidade desses dois tipos de estratégia. Assim, o enfrentamento ativo,

voltado para o manejo da situação e para uma nova maneira de perceber o problema, pareceu se contrapor ao enfrentamento focalizado na emoção.

A associação negativa entre essas duas modalidades era um resultado esperado, indicador de alguma incompatibilidade entre estas estratégias de enfrentamento, também verificado Seidl (2005) ao estudar o enfrentamento de pessoas vivendo com HIV/Aids e também por Endler e Parker (1999), com amostras de pessoas adultas da população geral, utilizando o *Coping Inventory for Stressful Situations*, cujas subescalas – enfrentamento orientado para a tarefa e enfrentamento orientado na emoção – apresentam conteúdos semelhantes aos dois fatores da EMEP.

Emergiu, ainda, uma correlação com coeficiente de confiabilidade reduzida entre enfrentamento no problema e busca de práticas religiosas/fantasiadas ($r = 0,59$; $p < 0,06$), indícios do uso complementar dessas modalidades de enfrentamento pelos participantes. Não se observou associação significativa entre as demais modalidades de enfrentamento.

Objetivando maior aprofundamento em relação aos resultados da EMEP, os itens que compõem cada um dos fatores do instrumento foram analisados em função da intensidade com que foram utilizados pelo grupo de participantes deste estudo. Para tanto, utilizou-se a caracterização de itens descrita por G. Silva (2005).

5.2.2 Enfrentamento através de pensamentos religiosos/fantasiados

A busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, definido como adoção de práticas religiosas ou pensamentos de conteúdo fantasioso como modos de enfrentamento do estressor foi predominante pelas mulheres deste estudo. Tais resultados vão ao encontro de estudos da literatura sobre *coping* que apontam a busca da religiosidade no

enfrentamento de estressores percebidos como incontroláveis, como uma enfermidade crônica grave ou uma intervenção cirúrgica (Seidl, 2005).

Esse enfrentamento mais ligado nos pensamentos religiosos/fantasiosos pode estar relacionado à renda familiar, uma vez que há a busca nos pensamentos de alívio como aqueles ligados à fé, ou seja, quanto menor a renda familiar, mais os indivíduos enfrentavam a situação estressora buscam pensamentos fantasiosos e mais focam suas estratégias na resolução de problemas (Fávero, 2005). Nesse sentido, fazendo uma contextualização acerca do enfrentamento com o dado bio-demográfico religião desta pesquisa (abordado na descrição das participantes), todas relatam que seguem uma religião, 90% são católicas e 10% protestante e apenas 30% afirmam ser praticantes, o que se infere que para estas participantes, a religião representa uma forma de consolo e pode tornar o sofrimento do processo cirúrgico menos sofrível.

A religião torna-se um meio através do qual as mulheres procuram ajuda e, sobretudo, tranqüilidade e essa busca no apoio religiosos significa um grande auxílio para enfrentar um procedimento cirúrgico, mesmo que a crença em algo superior que possa lhe favorecer seja intensificada pelo surgimento de algo estressor e mobilizador, como por exemplo, a necessidade uma cirurgia (Ferreira, 2003; Moraes & Peniche, 2003; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

Uma análise preliminar sobre a variabilidade das respostas mostrou que era viável tratar os pontos 1, 2 e 3 em conjunto como negativos (AV-) e os pontos 4 e 5 como positivos (AV+). Sendo assim, quanto mais alto o escore, maior o uso da estratégia de enfrentamento descrita no item. A descrição dos itens que compõem o fator Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Análise descritiva dos itens do fator: práticas religiosas/pensamento fantasioso

Itens	M	Md	DP	Amplitude	AV+	AV -
26 - Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	4,3	4	0,67	3 - 5	90%	10%
8 - Eu rezo/oro.	4,1	4	0,31	4 - 5	100%	-
44 - Eu me apego a minha fé para superar esta situação.	4,1	4	0,99	2 - 5	80%	20%
6 - Espero que um milagre aconteça.	3,6	3,5	0,96	2 - 5	50%	50%
41- Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	3,6	4	0,84	2 - 5	60%	40%
21- Pratico mais a religião desde que tenho este problema.	3,3	3	1,16	2 - 5	40%	60%
27- Tento esquecer o problema todo.	3,3	3,5	0,82	2 - 5	50%	50%

De acordo com a tabela 5, observa-se que os itens mais assinalados pelas participantes deste estudo foram:

Eu rezo/oro” - item 8

“Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou” - item 26

“Eu me apego em minha fé para mudar a minha situação” - item 44

“Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo” - item 41

Estes itens indicam grande utilização da religião (itens 8 e 44), mas, ao mesmo tempo, discorrem sobre o pensamento fantasioso (itens 26 e 41), ou seja, que algo mágico acontecesse, retirando-as desta situação. Este resultado indica o emprego de estratégias cujo contato não é o enfrentamento ao evento estressor e, sim, à fuga dele.

Em relação ao item menos citado - 21- *Pratico mais a religião desde que tenho este problema* - as participantes afirmam que a cirurgia não intensificou a sua religiosidade, ou seja, não foi este evento que as tornou religiosas.

5.2.3 *Enfrentamento focalizado no problema*

O segundo modo de enfrentamento mais utilizado pelas participantes deste estudo foi focalizado no problema, constituindo-se em um esforço para atuar na situação que deu origem ao *stress*, tentando mudá-la, ou seja, consistem em estratégias comportamentais que representam aproximação em relação ao estressor, voltadas para o seu manejo ou solução, bem como estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação e ressignificação do problema.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), estas participantes utilizaram este enfrentamento centrado no problema na tentativa de resolvê-lo, escolhendo e efetivando uma ação para tal. São estratégias voltadas para a realidade, sendo mais adaptativas, capazes de modificar as pressões ambientais diminuindo ou eliminando a fonte de estresse.

As participantes deste estudo destacam como estratégias mais utilizadas os itens (Tabela 6):

“Aceito a simpatia e a compreensão de alguém” - item 19

“Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedida” - item 24

“Eu levo em conta o lado positivo das coisas” - item 1

“Eu sairei desta experiência melhor do que entrei nela” - item 39

“Eu me concentro nas coisas boas da minha vida” - item 17

Tabela 6 - Análise descritiva dos itens do fator: focalizado no problema

Itens	M	Md	DP	Amplitude	AV+	AV -
15 - Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	4,2	5	1,31	2 - 5	70%	30%
19 - Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	4,2	4	0,63	3 - 5	90%	10%
1 - Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	4	4,5	1,41	1 - 5	80%	20%
39 - Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	4	4	0,94	2 - 5	80%	20%
17 - Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	3,9	4	1,10	2 - 5	80%	20%
24 - Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedida.	3,9	4	1,10	1 - 5	90%	20%
40 - Eu digo a mim mesma o quanto já consegui.	3,9	4	0,99	2 - 5	70%	30%
28 - Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	3,6	4	0,96	2 - 5	70%	30%
10 - Eu insisto e luto pelo que quero.	3,5	3,5	1,08	2 - 5	50%	50%
32 - Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	3,5	3,5	0,53	3 - 4	50%	50%
36 - Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	3,5	3,5	1,08	2 - 5	50%	50%
3 - Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	3,4	4	1,17	1 - 5	60%	40%
45 - Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	3,3	3,5	0,82	2 - 5	50%	50%
16 - Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	3	3	0,66	2 - 4	20%	80%
42 - Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	2,8	3	0,91	1 - 4	20%	80%
33 - Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	2,2	2	1,03	1 - 4	10%	90%
14 - Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1,5	1	0,70	1 - 3	-	100%
30 - Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser pior.	1,5	1	1,08	1 - 4	10%	90%

As estratégias mais assinaladas neste fator reforçam o foco nos aspectos positivos da vida com o objetivo de manterem-se fortes e, portanto, aptas a enfrentar o problema (itens 1;15; 17 e 24). Refere-se, também, a existência de uma reavaliação positiva diante das vivências do adoecer, com a possibilidade de amadurecimento e de perceber em uma situação negativa, algo de positivo (itens 3; 28; 39) e relatam, ainda, possuírem uma postura de aceitação de suporte social disponível.

Em relação aos itens com menor intensidade de respostas, destaca-se:

“Encontro diferentes soluções para o meu problema” - item 14

“Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser pior” - item 30

“Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo” - item 33

“Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo” - item 42

“Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida” -

item16

Estes itens referem-se, em geral, a uma postura ativa diante do problema. O escore menor conferido a estes itens pode estar relacionado ao fato de que as decisões já foram tomadas, a cirurgia é iminente visto já encontrarem-se no pré-cirúrgico e, portanto não mais passível de mudança de acordo com a sua vontade. Os caminhos percorridos foram determinados por decisão médica e ditados pela circunstância da doença, não havendo, portanto, probabilidade de outras soluções.

5.2.4 Enfrentamento focalizado na busca de suporte social

A busca de suporte social emergiu como o terceiro fator mais significativo no enfrentamento à cirurgia por estas mulheres. No entanto, de acordo com a média geral do fator e das médias de cada item, observa-se que nenhum atinge o ponto de corte especificado para a confirmação positiva de enfrentamento (Tabela 7), sendo utilizado por poucas mulheres do grupo estudado.

Tabela 7 - Análise descritiva dos Itens do Fator: Busca de Suporte Social

Itens	M	Md	DP	Amplitude	AV+	AV -
7 - Peço conselho a um parente ou amigo que eu respeite.	2,70	3	1,33	1 – 5	40%	60%
9 - Converso com alguém sobre o que estou sentindo.	2,6	3	1,50	1 – 5	30%	70%
4 - Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesma.	2,5	2	1,08	1 – 5	10%	90%
43 - Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	2,5	2	1,35	1 - 5	30%	70%
31 - Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	2,3	2	1,49	1 – 5	30%	70%

Os itens 4 - *Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesma*; 7 - *Peço conselho a um parente ou amigo que eu respeite* e; 9 - *Converso com alguém sobre o que estou sentindo* referem-se a busca de apoio emocional, sendo os itens 7 e 9 caracterizados por uma busca ativa de desse apoio e o item 4 pela medida em que a participante deseja tal apoio. Estes itens estão mais voltados às questões subjetivas relacionadas a cirurgia de HTM. Enquanto os itens 31 – *Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema* e; 43 – *Converso com alguém para obter informações sobre a situação*, referem-se à busca de suporte social instrumental e informativo, ou seja, à busca

de apoio no sentido de sentirem-se preparadas para alcançar o sucesso nas questões objetivas relacionadas à cirurgia.

Observa-se que, apesar de uma leve superioridade dos escores relacionados ao apoio emocional sobre o apoio instrumental e informativo, esta diferença não foi suficiente para dispersar os valores para além da faixa média. Estes resultados podem estar associados ao fato destas mulheres buscarem conversar mais com seu grupo de iguais trocando experiências com quem já vivenciou igual situação, do que com os profissionais de saúde que poderiam estar esclarecendo sobre os procedimentos adotados em sua doença.

Este fato pode estar relacionado à barreira existente entre o médico e o paciente, no qual o comprometimento dos profissionais com seu trabalho e o compromisso que têm com o paciente não pode ser confundida com uma atitude de verdadeira escuta, com a priorização das informações do paciente com base na sua vivência. Em geral, a utilização pelo profissional de um vocabulário especializado e as explicações dadas ao paciente, varia de acordo com sua classe social. Não são dadas explicações efetivas senão àqueles que julgam capazes de entender e, geralmente, as explicações vêm em forma de ordens imperativas, ao invés de um aconselhamento em duplo fluxo de linguagem (Saldanha, 2004).

A barreira mais visível entre o médico e o paciente, de acordo com Minayo (1998), se dá através de um código de linguagem fechado e específico que, em primeiro lugar, se atém ao contorno biológico e individual do doente, explicando o fenômeno saúde/doença como o bom funcionamento dos órgãos e como responsabilidade individual, separando o sujeito do seu meio, de suas experiências, de sua classe e dos condicionantes de sua situação. Em segundo lugar, reduz o conceito de doença à especificidade de um determinado órgão, objeto de um saber fragmentado. Em terceiro lugar, a práxis médica

chega a prescindir da realidade mais imediata e sensível que é o corpo e seus sintomas, voltando-se para as mensagens infracorporais fornecidas pelos equipamentos laboratoriais.

A comunicação é um fator importante, seja com o paciente que precisa de apoio e orientação, seja para o médico, que precisa estabelecer uma relação de confiança e empatia para poder compreender o processo saúde-doença como um todo. Para Lazarus e Folkman (1984), a comunicação efetiva e o comportamento são facilitadores na formação de vínculos consistentes e aumentam a possibilidade do indivíduo pedir suporte em situações estressantes. Possivelmente, foi essa situação vivenciada pelas participantes deste estudo, mesmo sendo um modo de enfrentamento pouco manifestado (Ferreira, 2003).

5.2.5 *Enfrentamento focalizado na emoção*

O conjunto de itens apontado com menor intensidade pelas participantes deste estudo foi o enfrentamento focalizado na emoção, indicando a vivência de emoções negativas a partir do contato com a situação-problema, caracterizado por estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva ou negação, expressão de emoções negativas, autculpabilização e/ou culpabilização de outros, com função paliativa ou de afastamento do problema. Dentre os quinze itens que conformam este fator, apenas três deles obtiveram pontuação acima da média do fator, nenhum deles assinalados por mais de 50% da amostra (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise descritiva dos itens do fator: focalizado na emoção

Itens	M	Md	DP	Amplitude	AV+	AV -
35 - Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	3,6	3	1,07	2 - 5	40%	60%
38 - Penso em coisas fantásticas ou irreais (sobre uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	3,3	3	1,42	1 - 5	40%	60%
11 - Eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo.	3,1	3	0,87	1 - 4	30%	70%
18 - Eu desejaria mudar o modo como me sinto.	3	3,5	1,25	1 - 4	50%	50%
22 - Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	2,6	2,5	1,58	1 - 5	40%	60%
2 - Eu me culpo.	2,5	2,5	1,43	1 - 4	40%	60%
12 - Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que eu devo fazer.	2,2	2	0,92	1 - 4	10%	90%
5 - Procuro um culpado para a situação.	2,1	2	1,10	1 - 4	10%	90%
23 - Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	2	1,5	1,15	1 - 4	10%	90%
37 - Descubro quem mais é ou foi responsável.	1,9	1,5	1,10	1 - 4	10%	90%
13 - Desconto em outras pessoas.	1,8	1	1,32	1 - 4	20%	80%
34 - Procuro me afastar das pessoas em geral.	1,6	1	1,07	1 - 4	10%	90%
20 - Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1,4	1	0,96	1 - 4	10%	90%
25 - Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1,3	1	0,67	1 - 3	-	100%
29 - Eu culpo os outros.	1,2	1	0,63	1 - 3	-	100%

Ainda com intensidade de respostas abaixo da média, ou seja, com assinalamentos inferiores à 50% das participantes, os itens mais utilizados dentre o enfrentamento focalizado na emoção foram:

“Eu desejaria mudar o modo como me sinto” - item 18

“Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer” - item 35

“Penso em coisas fantásticas ou irreais (sobre uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor” - item 38

“Eu me culpo” - item 2

“Percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim” - item 22

Observa-se que os itens 18; 35 e 38 enfatizam a utilização de pensamentos fantasiosos acerca do procedimento cirúrgico, provavelmente com a função de reduzir a ansiedade frente ao procedimento cirúrgico e à própria doença. Já os itens 2 e 22 dizem respeito à autoculpabilização, a atribuição de culpa somente para si, sendo reforçado pela negação de 100% das participantes aos itens 25 - *Eu acho que as pessoas foram injustas comigo e 29 – Eu culpo os outros* e pelos demais itens referentes às estratégias de culpabilização dos outros, confrontação, desamparo e afastamento social que foram intensamente rejeitados.

Segundo G. Silva (2005), lidar com todos os sentimentos frente a um processo cirúrgico leva as pessoas a buscarem modos de enfrentarem que possibilitem vencer o sofrimento e o fator estressor através da busca da distração e fuga de sentimentos negativos. Isso trata da estratégia focalizada na emoção que propõe a evitação, a mudança em seu estado emocional, é um paliativo e não a busca de resolução do problema.

5.2.6 Categorias de respostas à questão aberta do EMEP

A análise das respostas obtidas a partir da questão aberta final da EMEP *“Você está utilizando outras formas de lidar com a situação? Se sim, quais?”* com o objetivo de abordar possíveis modos de enfrentamento não incluídos nos itens do instrumento foi respondida somente por dois participantes e fizeram emergir uma categoria, descrita aqui como COMPORTAMENTOS, cujos discursos versavam sobre as mudanças de comportamento que estavam acontecendo naquele momento. São exemplos:

“...eu sei é que to com medo mesmo de fazer essa cirurgia, mas já que tem que fazer eu pego meu cigarrinho e vou descansar (...) quando eu to fumando fico só pensando como vai ser”. (Participante 5)

“...parece que quando a gente fica doente, todo mundo fica triste e eu vi mesmo que tava mais conversando com todo mundo (...)tava mais junta do povo lá de casa”. (Participante 5)

“...esses dias, antes de vir para cá, parece que alguma cosia mudou em mim, eu toda hora comia (...) era um comer sem fim, e eu gostava viu, por isso até posso engordar”. (Participante 8)

5.3 Entrevistas

Serão apresentadas categorias emergentes a partir dos discursos da entrevista realizadas nesta pesquisa, em primeiro lugar uma entrevista no pré-operatório e depois, aos 6 meses após a cirurgia uma outra entrevista para confirmação ou refutação dos dados.

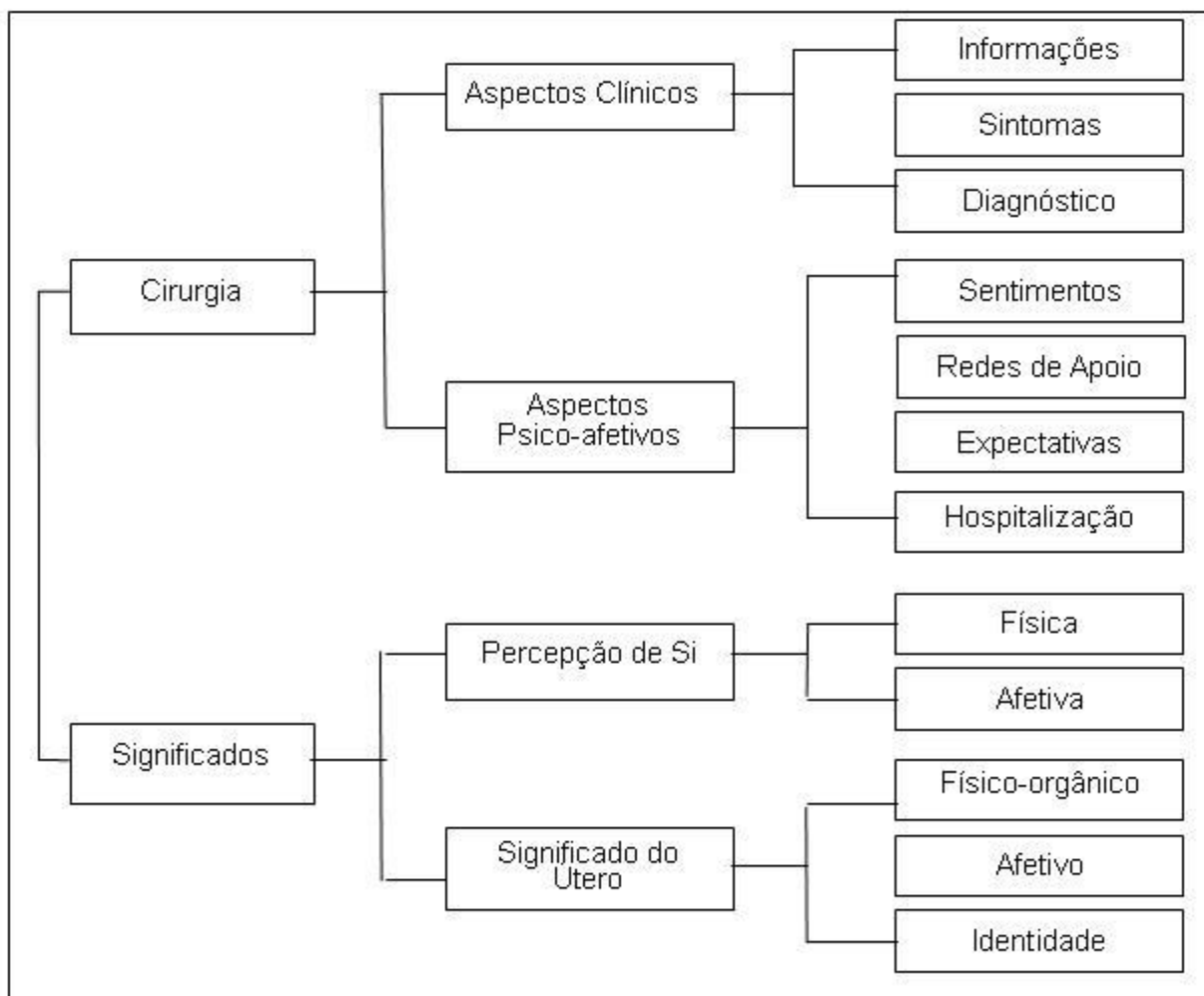
5.3.1 Entrevista no pré-operatório

Com base nos materiais coletados pelas entrevistas e ponderados pela análise de conteúdo, resultaram em duas classes temáticas (**Cirurgia e Significados**), os quais resultaram em quatro categorias empíricas (**Aspectos Clínicos, Aspectos Psico-afetivos, Percepção de Si, Significado do Útero**) e, por conseguinte, desdobrou-se em onze subcategorias (**Informações, Sintomas, Diagnóstico, Sentimentos, Rede de Apoio,**

Expectativas, Hospitalização, Física, Afetiva, Físico-orgânico, Afetivo, Identidade).

Estes dados podem ser observados na Figura 4.

Figura 4 - Classes, categorias e sub-categorias emergentes da entrevista no pré-operatório.



A primeira classe temática, referente à **CIRURGIA**, subdividiu-se em duas categorias. A primeira foi denominada de **Aspectos clínicos**, e possui três sub-categorias: informações sobre a cirurgia, sintomas e diagnóstico.

A sub-categoria “**Informações sobre a cirurgia**” diz respeito à presença ou mesmo a ausência de informações sobre a doença e a cirurgia. As informações sobre a doença e, sobretudo, o procedimento cirúrgico ao que pessoa será submetida, como os reais motivos, tipo de anestesia, local de incisão do corte, possíveis dias de internação, probabilidade de complicações dentre outras informações, são importantes e permeiam seus pensamentos, além de serem também um fator que mobiliza modos de enfrentamentos para superar a situação (Peniche, 2005)

A informação, em si, não está associada ao bom ou mau ajustamento psicossocial, mas devem-se compreender as razões individuais de aproximação ou recusa destas informações, a fim de que possa entender a função que este enfrentamento tem na vida de cada pessoa.

“...O médico me disse que era mioma, ele me falou, mas foi bem pouquinho (...) se desse eu queria saber mais pra eu ficar sabendo de tudo, mas eu vou perguntar”. (Participante 4).

“...O médico me disse que era mioma, é só isso que sei, mas vou perguntar outra coisa quando ele chegar na sala para eu ficar sem isso na cabeça”. (Participante 5)

Diante de um procedimento cirúrgico, a pessoa afetada por uma enfermidade vê-se perante dúvidas e necessita de informações para clarear suas idéias, mesmo que tente expressar que não as quer. Informações sobre o pré-operatório e esclarecimentos de dúvidas para os pacientes cirúrgicos nesta fase são importantes, mas devem ser manifestadas de forma que o paciente possa interagir e participar (Peniche, 2005).

Nesse sentido, G. Silva (2005) afirma que a busca de informações sobre a doença e a cirurgia permite o resgate do sentimento de controle sobre as possibilidades de

manutenção de saúde e que, quando as informações internalizadas são positivas (como possibilidade de tratamento e cura), restabelece-se sentimentos de segurança e tranquilidade.

Por mais que os pacientes sejam leigos tecnicamente, querem saber informações sobre sua cirurgia e, mesmo sabendo algumas destas informações nas consultas no pré-operatório, ainda perguntam no dia da cirurgia **o que têm, se vão fazer mais algum exame e para quê, quantos dias vão ficar, quando terá alta hospitalar**. Estas pessoas ao demonstrarem tais dúvidas, também transparecem suas ansiedades e preocupação e esperam dos profissionais outras informações para se acalmarem, além do conforto de uma relação empática. Segundo V. C. E. Silva (2005), cabe ao enfermeiro, na sua conduta profissional, uma tomada de decisão quanto à informação que será fornecida com o intuito de favorecer o bem-estar do paciente, mas o enfermeiro por vezes em atitude de defesa, afirma que tais questões devem ser esclarecidas com o médico, o que esse passar de bola de um profissional para o outro também pode provocar fantasias sobre seu caso.

Em relação às essas informações, a maior parte dos discursos das participantes deste estudo referiam-se às poucas informações que tinham emitido pelos médicos. São exemplos de discursos:

“ O doutor disse que eu tinha mioma e tinha que fazer uma cirurgia. Aí eu to aqui (...) mas eu queria sabe mais da cirurgia, já pensou, era bom (...) se eu sabsesse de alguma coisa a mais eu ia ficar mais calma, não sei de nada ”. (Participante 3)

“...O que eu sei é prá não ter mais menino, é tirar os ovários, útero, tirar as coisas, acho que é isso. O médico me disse alguma coisa, mas não entendi ”. (Participante 6)

Em relação à sub-categoria “**Sintomas**”, as participantes verbalizavam seus sintomas mais freqüentes. São exemplos de discursos:

“...Ó, é assim, eu já tava muito ruim, não sabe?. Eu já vinha com minha menstruação muito bagunçada, uns dias vinha, outros não, era uma danada”. (Participante 5)

“...Eu tenho essas dores, sabe, faz um tempo, mas tem uns seis meses que vem piorando, é um caso sério (...) chego a pensar que meu sangue vai acabar”. (Participante 2)

“...Desde muito tempo eu tenho umas coisas ...(demonstrou embaraço pois referia-se à menstruação)...é uma hemorragia, era muito sangue todo mês (...) dói a barriga, as pernas, parece dengue todo mês”. (Participante 10)

“...Sinto dores há mais de doze anos”. (Participante 7)

Esses discursos referentes aos sintomas das participantes correspondem aos da literatura que colocam como mais freqüentes sintomas os sangramentos uterinos disfuncionais, hemorragias, dores pélvicas crônicas dentre outros (Halbe, 1993, Lemgruber & Lemgruber, 2000; Novak, 1990; Paula, 2005).

Em relação à sub-categoria “**Diagnóstico**”, foram verbalizadas como se deu o enfrentamento diante do exames e do diagnóstico da doença. Neste caso, houve muitas verbalizações de participantes que evitaram a doença por longo tempo, sabendo do diagnóstico, mas tentando esquecê-lo, como uma forma de enfrentamento ligada a emoção. São exemplos:

“Eu fiz (exames) e nem fui olhar o resultado, aí relaxei, né? (...) eu sei que afirmou que era útero crescido... ela disse que era mioma (...) mas tem que tirar”. (Participante 1)

“ Eu vim fazendo os exames bem rápido, mas teve um probleminha e, já deu até medo, porque a gente vai deixando pra depois...depois...depois até, pronto, tem que cuidar. Mas fiquei assustada (...) quando a médica me disse, fiquei...só pensando, parada”.

(Participante 2)

“Desde não sei quando que os médicos me disseram que eu tinha mioma, mas eu não cuidei, fui deixando, deixando, a te que tô aqui hoje (...) eu não me cuidei”. (Participante 7)

Houve também verbalizações de participantes que buscaram o auxílio dos médicos logo depois de ficarem sabendo do diagnóstico, na busca de tentar melhorar o mais rapidamente.

“Corri lá no médico para ver se dava para me cuidar (...) e fui muitas vezes”.

(Participante 4)

“Fui lá pra me tratar, a gente tem que se tratar de tudo (...) é melhor prevenir do que remediar”. (Participante 6)

“ Fiz os exames e me mandaram par cá...(retratado-se do hospital)...Já que tem que fazer, é fazer mesmo e pronto, nem tem choro nem choro, eu fechei os olhos e pronto”.

(Participante 9)

A transmissão do diagnóstico de uma doença e supostamente a necessidade de uma cirurgia é um momento de muita angústia tanto para o paciente quanto para o profissional médico que participa de todo o processo, acompanhando desde o diagnóstico até a recuperação. O interesse pelo estudo desta área de diagnóstico vem crescendo, uma vez que já se faz uma relação entre implicações psicológicas, físicas e sociais, podendo gerar

conflitos, alterar na sintomatologia, no prognóstico e até na auto-percepção do paciente e na atitude de pessoas do seu meio (V. C. E. Silva, 2005).

É um momento de revelação de que algo de fato não está bem no corpo e para dar esta informação, é o médico a pessoa mais capacitada para dizer o diagnóstico de uma patologia (Bergamasco, 1999; Petrilli, 2000) e tem a responsabilidade de transmitir esse resultado de forma cautelosa. Cada indivíduo reage de diferentes formas diante da situação, depende de questões muito pessoais, de crenças, da cultura, da educação, das relações familiares, por isso, não existe uma conduta profissional específica para tratar de todos os casos. Além de tudo isso, segundo Neder (1992), a comunicação efetiva ainda irá depender de quem comunica, de como, quando e o que se comunica, dependendo da relação entre o comunicador do diagnóstico, do paciente e da equipe que irá participar deste processo.

A segunda Categoria, **Aspectos psico-afetivos**, foi subdividida em quatro subcategorias: sentimentos quanto à cirurgia, redes de apoio, expectativas e hospitalização.

Referindo-se à primeira sub-categoria “**Sentimentos quanto à cirurgia**”, vários foram as verbalizações manifestadas pelas participantes deste estudo, dentre elas medos, preocupação, ansiedade, e principalmente o medo diante da anestesia, uma vez que esse método causa sensações de temor diante do inesperado (Peniche, 2005).

O medo pode ser definido por Leon (2007) como “*estado emocional inspirado pela presença real ou persistida de um perigo concreto, é uma reação emocional aprendida com estímulos que denotam o advento de dor ou estímulos nocivos*”.

“...Agente fica um pouco tensa, pensando como vai ser (..) eu só tenho medo da aplicação da anestesia, da furada.....(fez silêncio)... anestesia é coisa perigosa”. (Participante 8)

“A cirurgia em si não é muito ruim, não (...) mas nessa, sei não, a anestesia.... É uma furada, não incomoda em nada, não dói muito, mas dá um dedo, um frio na barriga”.
(Participante 7)

“Fazer uma operação dá um nervosismo só, vice? (...) a tal da anestesia, aquela agulhada, o povo fala muito...viji”. (Participante 9)

“...Aquele bicha que vem e a gente não sabe se vai acordar...”. (Participante 5)

Sentimentos de ansiedade também foram representativos nos discursos das participantes, seja ela em relação ao procedimento cirúrgico em si, ou mesmo aos processos de hospitalização e de procedimento anestésico-cirúrgico. Define-se estado de ansiedade como uma reação emocional percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos apreensivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, podendo estas respostas ser emanadas de forma física por frequência cardíaca, padrão de respiração e pressão arterial, inquietação, tremores, sudorese, náusea, diarreia, boca seca, insônia (Leon, 2007; Peniche, 2005). Afirma que a percepção da ameaça feita pelo indivíduo é muito maior que a própria ameaça e que esses comportamentos dependem também de experiências anteriores.

Segundo Leon (2007), a ansiedade é um sentimento desagradável e difícil de definir de forma rigorosa, podendo ser trabalhada de duas formas: por *traço* ou por *estado de ansiedade*. O *traço* significa a percepção individual que a pessoa tem sobre determinada situação e *estado de ansiedade* é uma reação a uma situação tensa e ameaçadora, que é o caso estudado neste estudo. Reforça ainda a diferença entre o medo e a ansiedade quando menciona que o medo é uma reação a um perigo específico e a ansiedade é um sentimento de incerteza e impotência diante da ameaça.

“O médico disse que tinha que fazer a cirurgia (...) só em pensar dá um frio na boca do estômago”. (Participante 8)

“É um negócio sério, não é? Assim ter que fazer...pois é, dá um medo, lá no fundo, uma coisa pro dentro, um frio na barriga”. (Participante 3)

Segundo Peniche (2005), a ansiedade não interfere somente em parâmetros clínicos dos pacientes em período de pré-operatório, mas também no pós-operatório, podendo influenciar no aparecimento de complicações neste período e em suas estratégias de enfrentamento. Trazendo a ansiedade para o estudo, pode-se inferir que a ansiedade interfere nos estados psicológicos diante da cirurgia.

As participantes do estudo também associaram a histerectomia com um câncer ou AIDS, podendo ser associado à falta de informações concretas a cerca de seu diagnóstico.

“Dá um medo mesmo, porque tem tanta gente que tem problema de câncer, não é”. (Participante 5)

“o que importa é não ser alguma coisa mais grave, já pensou, eu estar com uma coisa grave, assim, um câncer. Tem gente que quando vai fazer uns exames desses vê que tem essa doença ruim”. (Participante 10)

“Fiquei até com medo de uma coisa mais grave, sei lá, né? Um bichão, essa doença ruim por aí que mata todo mundo, sem contar com a AIDS”. (Participante 7)

Embora a cirurgia não seja de alta complexidade, os temores quanto à morte também são presenciados, como no exemplo a seguir:

“ Vou fazer a operação, mas, assim, a gente fica pensando se não vamos morrer (...) lá no fundo a gente pensa isso ”. (Participante 4)

“Operar pode dar alguma coisa errada, aí dá medo (...) até pensar em morte, a gente pensa ”. (Participante 10)

Com estas definições, é possível entender o porquê é importante trabalhar os aspetos psico-emocionais e sociais de paciente cirúrgicos, os sentimentos manifestos que podem ser apontados como um dos causadores de complicações pós-operatórias podem ser minimizados ou até evitadas, com a utilização de modos de prevenções educativas ou mesmo de saúde de prevenção aplicadas em pré-operatório.

Desta forma, pode-se perceber que vários sentimentos emergiram quanto à realização da cirurgia de histerectomia, o que demonstra o quão mobilizadora é esta cirurgia na vida destas participantes.

Quanto à sub-categoria de **“Rede de apoio”**, as participantes desse estudo mostraram que sentiam-se mais apoiadas pelos filhos e esposos, mas algumas delas demonstravam também que embora processassem do apoio dos seus companheiros, estes mostram-se ausentes em alguns momentos de suas vidas, são dispersos e dão pouca atenção para elas, podendo levar ao temor quanto à infidelidade dos maridos. Entretanto, alguns estudos (Chou et al., 2006) mostram que os maridos também sofrem ao ver a esposa ter que passar pela HTM, uma vez que eles não têm conhecimento sobre o processo cirúrgico, sobre possíveis alterações nas funções sexuais da mulher, inclusive sobre desordens uterinas e têm até medo de ferirem suas mulheres durante o ato sexual, uma vez que elas não têm mais o útero (Anker, 1993; Novoa, 1991), mas podem apoiar tomando decisões necessárias, assegurando a segurança da esposa depois da operação.

No estudo de Saldanha (2003), comprovou-se que, para muitas mulheres, os filhos

servem como maior motivação para a vida, fonte de enfrentamento, trazendo a vontade para superação da crise.

“... É, eu tenho pensado nos meus filhos, minha casa, meu marido (...) no geral todo mundo me apóia”. (Participante 3)

“...Pelo menos eu tenho minha família para me ajudar, eles são tudo pra mim”.
(Participante 8)

“ Eu penso que Deus vai me dar forças para eu agüentar esse sofrimento, passar por mais essa”. (Participante 9)

“ ... Bem meu marido está e apoiando, então estou mais tranqüila porque ele tá do meu lado”. (Participante 7)

“ ...Gente tem que cuidar do que é nosso ... (retratando do marido)... se não , assim, vem as donas e olhe ... (fez sinal de mão chamando)... venha”. (Participante 5)

Quanto a sub-categoria “**Expectativa**”, foi predominante nesse estudo as mais ligadas ao aspecto positivo.

“...Vou ficar boa, sem senti dor, as dor que tenho e ainda vou ficar sem aqueles negócios ruins de dor toda hora. Mas eu também vou ficar com o corte, né?”. (Participante 2)

“ Eu só quero que Deus me ajude, me leve logo para casa boa e com saúde para criar meus netos, da minha casinha, das minhas coisas, num sabe”. (Participante 5)

Mas alguns aspectos negativos surgem relacionados aos efeitos imediatos à cirurgia, que é de curto prazo e também sobre as crenças que têm das consequências ligadas à sexualidade.

“...Por causa de tudo já penso que vou fica sem fazer as cosias de casa”. (Participante 1)

“...Penso agora se não vai ficar assim um buraco, uma cosia vazia, sei lá, vão tirar tudo. Penso se eu vou mudar alguma coisa que meu marido não vai gostar de mim”. (Participante 10)

“...Penso assim num vazio, deve ficar um oco”. (Participante 7)

“...Deve ter um mote de gente que pensa desse jeito,que vai ficar sem prazer com o marido”. (Participante 8)

Em relação à sub-categoria “**Hospitalização**”, surgiram das participantes várias verbalizações expondo suas experiências ulteriores e as percepções que têm do processo de hospitalização. São exemplos:

“...É muito ruim ficar no hospital, viu? É um lugar de muito sofrimento, umas pessoas ficam boas logo, outras não, olhe é muito triste.” (Participante 5)

“...Olhe, esse caso de eu vir para cá é só porque é o jeito, hospital tem uma cosia ruim, é m lugar tão triste, a gente não ta em casa, só tem doença”. (Participante 7)

“... Já é ruim sair de casa, ir para um hospital, quer dizer, um lugar que ninguém quer ir, ô lugarzinho que a gente só vai quando tem que ir. Já é ruim porque a visita é bem curtinha, demora tanto para chegar e quando chega passa logo. Aí a gente passa o dia todo só. É ruim”. (Participante 8)

A segunda classe temática, denominada **SIGNIFICADOS** revela também duas categorias. A primeira categoria, **Percepção de si**, é dividida em duas sub-categorias: física e psico-afetiva.

A sub-categoria “**Percepção de si**” retrata como as participantes se vêem físico e afetivamente. É o que Kebbe (2006) retrata em seu estudo sobre imagem corporal de mulheres com câncer de mama. Isso porque a imagem corporal faz parte não só da identidade feminina, mas de todo ser humano e que é afetada neste momento de expectativa de mudanças com a cirurgia. Este autor conceitua a imagem corporal como a figuração que a pessoa tem do seu corpo, seja em termo de aparência física ou em funcionalidade, é representativo da subjetividade da pessoa, além de que está relacionada diretamente com a experiência individual da pessoa com seu universo de inter-relações sociais e culturais.

Segundo o mesmo autor, podem ocorrer problemas com a imagem corporal quando há uma discrepância exagerada entre a imagem corporal existente na mente da pessoa e as expectativas nele depositada, ainda referente à questão física ou de funcionalidade. Desta forma, a possibilidade de quaisquer modificações que comprometam o corpo pode provocar a sensação de temor na mudança nessa sua imagem, especialmente em parte que culturalmente são supervalorizadas, como mama, membros e útero, levando o indivíduo a um “desencaixe” pessoal e social.

Esse aspecto também emergiu neste estudo, a partir do momento em que as mulheres temem pelas mudanças que possam acontecer no seu corpo e desde antes da cirurgia já estão mobilizadas quanto a sua imagem corporal.

São exemplos de discursos:

“... Agora sou um pedaço de carne cortada (...) gorda, pobre, não tenho nada.”

(Participante 6)

“... Vejo eu e meu sofrimento, mas sou uma pessoa feliz (...) to é com medo mesmo.”

(Participante 9)

A segunda categoria, **“Significado do útero”**, divide-se em três sub-categorias, denominadas: **“Físico-orgânico”** para representar as verbalizações concernentes às concepções do útero segundo aos aspectos físicos do útero, a sub-categoria **“Afetivo”** para os aspectos afetivos e a sub-categoria **“Construção de Identidade”** para as verbalizações que remontam a relação do útero com a identidade feminina. São exemplos destas respectivas sub-categorias:

“...Penso que seja para guardar o filho (...) até mesmo para menstruação, né?”.

(Participante 9)

“...Ele não significa nada para mim, nada, nada, pois ele vai ser tirado, eu não vou mais ter filhos, não vou mais menstruar...”. (Participante 8)

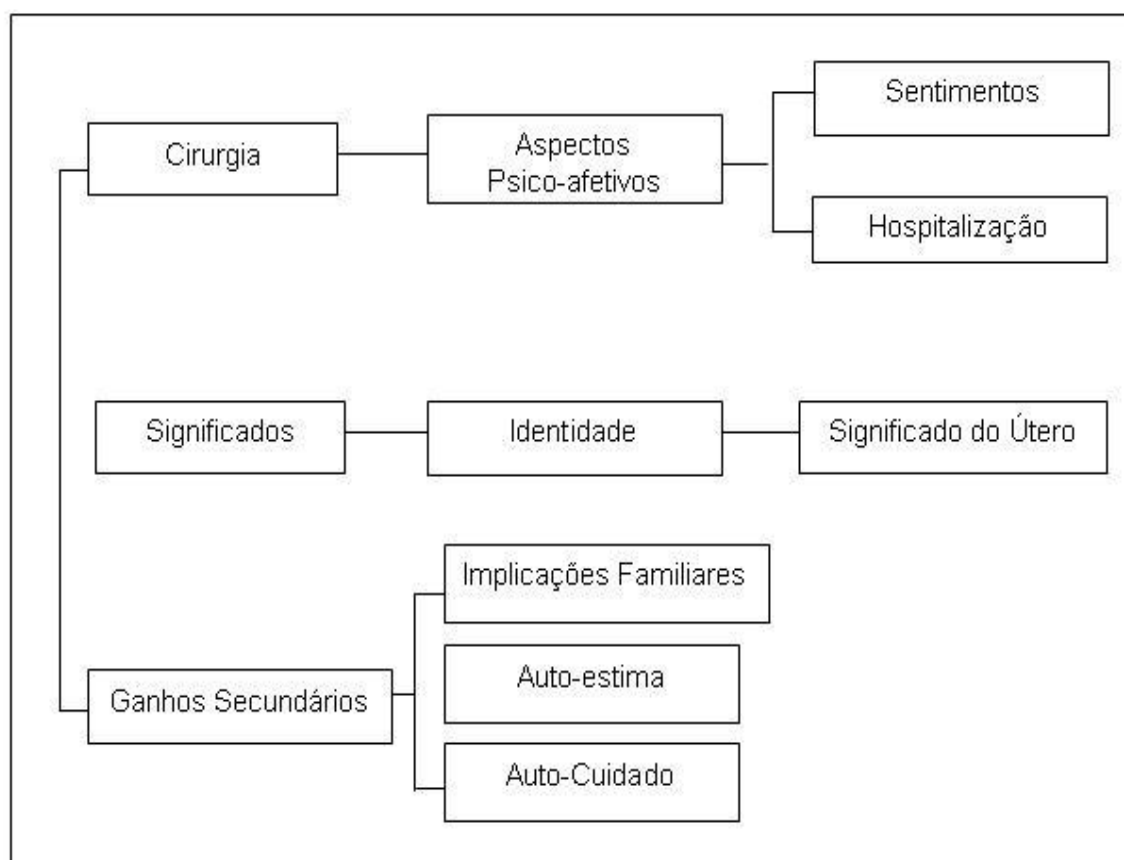
“...Para mim, útero é uma coisa de mulher, significa que sou mulher”. (Participante 2)

Essas verbalizações coincidem com a exposição teórica realizada no início deste trabalho, onde foi explanado como o útero faz parte da identidade feminina. O sentimento de que este órgão representa historicamente o feminino, a sexualidade e a maternidade, vê-se ameaçado com a cirurgia, mas até mesmo antes da cirurgia, questões podem não ter sido bem esclarecidas e ocorre à relação direta, útero-mulher.

5.3.2 Entrevista no pós-operatório

Os enunciados das entrevistas resultantes da segunda parte da pesquisa, aos 06 seis meses do pós-operatório, permitiram a construção de três classes temáticas: **Cirurgia, Significados e Ganhos Secundários**. Este conhecimento resultou em 05 categorias empíricas (**Aspecto Psico-Afetivos, Identidade, Implicações Familiares, Auto-Estima e Auto-Cuidado**), das quais emergiram 03 sub-categorias (**Sentimentos, Hospitalização e Significado do útero**), conforme observado na Figura 5.

Figura 5 - Classes, categorias e sub-categorias emergentes da entrevista no pós-operatório.



5.3.2.1 Cirurgia

A primeira classe temática, referente à **CIRURGIA**, retrata os aspetos emocionais, ligados a fatores psico-afetivos, tanto referentes aos sentimentos em geral quanto ao conceito que tiveram de hospitalização.

Nessa classe temática emergiu uma categoria empírica, denominada de **Aspectos psico-afetivos**, a qual subdividiu-se em duas sub-categorias: **Sentimentos** e **Hospitalização**.

5.3.2.1.1 Sub-categoria de sentimentos

Esta sub-categoria demonstra a forma pelo qual um procedimento cirúrgico provoca diversos sentimentos nas pessoas. Frequentemente, as pessoas que são admitidas em instituições hospitalares para submeterem-se a um procedimento cirúrgico tendem a sentir-se ameaçadas na sua integridade física e emocional, podendo até alterar sua imagem corporal e, assim, ter diversos sentimentos, como medo, ansiedade, culpa, angústia etc. (Sebastiani & Maia, 2005; Melo Filho, 1992).

Nesta pesquisa, verificou-se duas unidades de análises nos enunciados, uma referente a sentimentos daquele momento de sua vida e outra referente a sentimentos de recordações da cirurgia a qual se submeteram, como pode ser observado no Quadro 3.

Figura 6 - Unidades de análise da sub-categoria de sentimentos

UNIDADES DE ANÁLISE	EXEMPLOS DE ENUNCIADOS
SENTIMENTOS ANTIGOS	MEDO - “só o medo que eu senti foi demais, tinha medo da anestesia, ficava só pensando (...)”. (Participante 1)
SENTIMENTOS NOVOS	CULPA - “eu devia ter procurado os médicos antes, mas tudo bem, da próxima vez eu é que quero saber das coisas da operação (...)”. (Participante 2)

Quanto aos “Sentimentos Antigos” relativos ao procedimento cirúrgico de histerectomia pela quais as participantes passaram, verificou-se que estes voltaram a ser enunciados, mesmo passados 6 meses do ato cirúrgico. São lembranças de uma experiência vivida, a exemplo dos sentimentos de medo, da ansiedade e da insegurança.

O sentimento de medo esteve presente em vários enunciados, mais precisamente em 8 das 10 participantes. Exemplos:

“Só o medo que eu senti foi demais, tinha medo da anestesia, ficava só pensando, da véspera eu nem consegui dormir direito, de tanto pensar”. (Participante 1)

“O medo mesmo era de morrer, no fundo era isso, acho que para todo mundo (...) tem medo de morrer, porque a gente vive ouvindo falar das coisas acontecendo por aí”. (Participante 2)

“Já ouvi falar que se a pessoa pega uma danada de uma infecção fica é ruim, sei não, não queria de jeito nenhum pegar essa danada”. (Participante 5)

A ansiedade entendida como reação emocional e comportamental consciente com sentimentos de apreensão e medos, por exemplo, pode trazer alterações físicas como aumento da frequência cardíaca, da respiração ou de sudorese (Moraes & Peniche, 2003).

Este sentimento foi também enunciado trazendo recordações dos estados das participantes quando da cirurgia.

“Também eu estava com um medo tão grande que eu me tremia toda”. (Participante 2)

“Eu tinha era muito medo, lá antes da operação fiquei foi suando. (...) Eu tomei banho e nem adiantou, suei pra poxa”. (Participante 3)

“Tava mais ou menos calma (...) mas de todo jeito dá um friozinho na barriga”.
(Participante 10)

Quanto ao sentimento de insegurança, este foi trazido abrangendo ainda conteúdos referentes a questões de dúvidas que tiveram quanto o diagnóstico e tratamento, visto que na entrevista no pré-operatório as participantes também manifestaram essas dúvidas, bem como uma inquietude com relatos de amigos/familiares quanto às mudanças negativas que esta cirurgia poderia causar.

“Vinha um e falava uma coisa, vinha outro e falava outra, e eu ficava era aperrada pensando como não ia ser essa tal da operação”. (Participante 2)

“Na época, fiquei logo que ele me disse fiquei pensando que, tanta gente hoje tem câncer, né, então fiquei pensando se eu não tinha essa doença”. (Participante 10)

A presença desses sentimentos que retomam a experiência vivenciada provavelmente demonstra o quanto um procedimento cirúrgico ainda é um ato que desestrutura, desarruma o íntimo das pessoas.

Já a unidade de análise de “Sentimentos Novos” refere-se aos sentimentos atuais, presentes nesse estágio de pós-operatório da histerectomia e, segundo os discursos, tiveram a culpa e a satisfação/alívio como os principais sentimentos manifestados.

O sentimento de culpa/arrependimento foi trazido nos discursos partindo do pressuposto de que as participantes culpavam-se por não cuidarem de sua saúde o suficiente ao ponto de necessitar submeter-se a uma cirurgia.

“Vendo, se a gente deixa para depois é pior. Eu deixei pronto, uma hora tinha que cuidar, aí quando eu vim já teve que tirar tudinho”. (Participante 2)

A partir dos enunciados, também se observa que as participantes sentiam-se culpadas por terem ficado doentes.

“Ta vendo que eu não deveria ter deixado ficar assim tanto tempo. Eu fui descuidando, descuidando, aí fiquei ruim esse tempo todo”. (Participante 3)

“É descuido mesmo, ia no médico e pronto, ficar boa, a gente tem que ir quando estamos sentindo mais ou menos”. (Participante 9)

Havia também por parte das participantes um sentimento de satisfação, de alegria e de alívio por ter transcorrido àqueles momentos dolorosos e de desprazer que sentiam antes da cirurgia. Relatavam de sinais e sintomas que possuíam e que buscaram tratamento.

“... Aqueles negócios de bolos, aquelas coisas, sabe, a menstruação de muito, nada mais. Estou boa”. (Participante 3)

“...É que, Fiquei melhor (...)a vista do que eu tava antes não tem comparação porque a minha situação era muito triste, eu sangrava demais, era muito ruim, passava do normal, sabe? (...) Vigí, era demais”. (Participante 4)

“To aqui, melhor do que antes. A vista do que eu tava....chipá ... (onomatopéia)..... to bem mais melhor “ To na minha, aqui na minha casa, em paz, boa de saúde, cuidando da minha casinha que a senhora pode ver que é simples mas é arrumadinha”. (Participante 6)

As próprias limitações que as mulheres apresentavam antes da cirurgia foram conduzidas a uma melhora após o tratamento cirúrgico e isto também se tornou motivo de alívio, uma vez minimizados os transtornos.

“As coisas de casa eu faço agora, mas antes eu fazia muito pouco porque os ossos doíam, doíam demais, mas fui fazendo as coisas aos pouquinhos e pronto”. (Participante 2)

Mas essa alegria toda não foi “de graça” uma vez que após uma cirurgia alguns sintomas podem surgir devido ao procedimento ser invasivo como surgimento de gases, coceiras na região da incisão abdominal, enrijecimento do local da cirurgia etc. Desta forma, passados esses momentos, as participantes relataram a satisfação de sentirem-se melhor, mas não esqueceram dos momentos de pós-operatório imediato (24h após a cirurgia).

“Bem logo depois da cirurgia que eu fiquei meio assim (...) doia nas partes, assim por baixo (...) mas diziam que era normal, era só uma indisposição”. (Participante 8)

“Tava cuidando bastante da barriga porque logo uns dias ficou doendo, saindo um puszinho mas fiquei tomando uns remédio e foi embora, fiquei melhor de tudo”.
(Participante 10)

“Só tenho essa coisa fedendo mesmo (...) esse negócio do meu imbigo, por causa dessa gordurinha e ele (...) até me mandou emagrecer antes da cirurgia. Mas é fogo, mexer na fome é difícil”. (Participante 7)

Embora, no geral, as paciente relatassem que se sentiam bem, pode-se observar através destes enunciados que as mulheres não sabiam os motivos pelos quais estavam acontecendo algumas intercorrências em seus corpos. Isso pode ser explicado porque a comunicação entre o médico e a paciente continua falha, elas não sabem o que têm: “essa coisa fedendo” (infecção?); “diziam que era normal” (era uma informação segura?), “saindo um pus” (por quê?). Ou seja, elas continuam seguindo as prescrições normativas dos profissionais sem entenderem exatamente o que passa com elas.

Essa relação médico-paciente é muito importante para o estabelecimento de um trabalho conjunto para que ambos possam dar suas contribuições na atuação do tratamento a ser seguido. Mesmo o paciente não podendo compreender amplamente sobre os cuidados clínicos, motivos específicos e dados técnicos, ele passa a assumir uma postura de menos leito e mais conhecedor do seu próprio corpo, conhecendo algumas limitações e possibilidades de ocorrências não previstas.

5.3.2.1.2 Sub-categoria de hospitalização

Esta sub-categoria retrata os aspectos psico-afetivos da hospitalização, observando como as participantes perceberam o processo de hospitalização e tratamento e qual a

imagem que preservarão deste momento, é o que Lazarus e Folkman (1984) consideram como resultado do *coping*, ou seja, uma reavaliação geral de um estressor.

Conforme já citado anteriormente nos referenciais teóricos (pág.33), a hospitalização é um momento difícil na vida de uma pessoa, onde ela se vê diante de alterações e repercussões físicas, emocionais e também sociais, alterando seus estados emocionais, havendo rupturas de cotidiano, deixando seus lares e trabalhos, enfim, modifica toda uma estrutura antes estável, dando lugar ao inesperado e indesejado processo de internação e tratamento (Angerami-Camom, 1996; Cury, 2000; Montgomery et al., 2000).

Na sub-categoria “Hospitalização”, as participantes enunciaram em seus discursos suas experiências quanto ao processo de hospitalização, como perceberam a hospitalização e como foram tratadas segundo a experiência vivenciada há 6 meses atrás. Grande parte dos discursos versava sobre a própria questão da ambientação hospitalar, com aparências de ser lugares tristes, causadores de solidão, cheios de doenças e onde as pessoas eram “estranhas”.

“ O negocio é que a gente tem muito medo de hospital (...) a gente fica com medo, e aí só pensa em coisa ruim, é câncer, é morte, é só tristeza e pronto ”. (Participante 7)

“Só em estar no hospital até pra fazer uma visita a pessoa já sente que o lugar é pesado. Logo, todo mundo lá tá cheio de problema”. (Participante 10)

“Lá é um lugar assim meio sem nada (...) só pensamos em coisa ruim, sai de reto!!!!!!
“O povo geme pra lá, pra cá, sei não”. (Participante 6)

Os temores de uma hospitalização podem ser por diversos motivos, inclusive pela questão das vestimentas dos profissionais de saúde que usam fardas, na grande maioria de

cor branca, representativo da área da saúde. Esse tipo de temor foi enunciado por algumas participantes, o que demonstra quão essa temática provoca abalos emocionais em pacientes internos em hospitais e/ou clínicas especializadas de saúde.

“ (...) para mim toda cirurgia é ruim, tem que ficar num dito hospital véio branco, corredor feio (...) mas ainda bem que foi rápido, porque você sabe...hospital é hospital, tudo fede a coisa ruim”. (Participante 1)

“Ah você sabe, hospital tem aquele negócio de ter medo, né, de tristeza, tudo é tão ruim, todo mundo é estranho (...) que tudo é brancão, todo mundo”. (Participante 4)

Como se é de esperar, a hospitalização também provoca um estado de solidão nas pessoas que são internas, uma vez que estas tendem a ficar sozinhas no leito, a não ser se for idoso, maiores de 50 anos, como previsto no Estatuto do Idoso, segundo a Lei 10.741 do Estatuto do Idoso de Outubro de 2003 (Brasil, 2007) ou se for criança, segundo a Lei 8.069 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2008). Além de todos os transtornos que a doença causa, as pessoas se vêem diante da solidão, sem estarem em suas casas, juntos aos seus filhos e maridos, sentindo-se de fato sozinha em meio às pessoas totalmente desconhecidas e que, agora, são pessoas responsáveis pelo cuidado de sua saúde.

“Vixi, não tinha era ninguém mesmo, assim de mim, só gente estranha”. (Participante 2)

“Mas fiquei lá, quietinha, tomei meus remédios, fiquei sozinha, mas é porque hospital não é lugar de gente estar ficando”. (Participante 3)

A percepção que uma pessoa faz da hospitalização pode ser bem assustadora, diante da experiência vivida ou mesmo por relatos de amigos e familiares que se

submeteram a situação de internação/tratamento hospitalar e consideraram negativos. Entretanto, cada experiência é única e com ela o estressor surge de acordo com o caso a ser tratado, com o momento vivido, a rede de apoio oferecida e, assim, meio a esse processo de hospitalização, pode-se fazer uma reavaliação desse evento em experiências futuras para ver até que ponto o estressor tem a mesma potencialidade, neste caso, ver se a hospitalização ainda é tão negativa (Antoniuzzi et al., 1998).

“ Até menos ruim que pensava, os pessoal era bom, aí ficava menos ruim de ficar lá”.

(Participante 1)

“Foi tudo bem, o pessoal por lá me recebeu parecendo uma rainha, nem parecia o que o povo falava (...) A gente não pode dar ouvido não”. (Participante 2)

Apesar de essas mulheres ficarem doentes e terem que se submeter um procedimento cirúrgico, enfrentando todo o processo de hospitalização, tratamento e recuperação, isso não as tirou de sua esfera privada, fazendo-as lembrarem de suas tarefas e afazeres familiares (Saldanha, 2003). Após esses seis meses de cirurgia, ainda lembraram das dificuldades que tiveram em deixar seu seio familiar para fazerem seus tratamentos de saúde com a hospitalização.

“...Deu uma trabalhadeira só sair daqui de casa, porque a gente buta muita coisa, a casa fica sozinha, quem faz a comida? Quem arruma a casa? Quem faz as coisas?”.

(Participante 7)

“Não queria deixar as coisas não, fiquei foi preocupada com todo mundo, que ia fazer o comer, as coisas”. (Participante 10)

Isso se explica pela pertença da mulher a esfera privada da sociedade, caracterizada pela interiorização, pela participação do núcleo familiar, com responsabilidades centrais ser esposa, mãe e dona de casa, organizado em torno da comunidade de afetos, a educação dos filhos e gestão doméstica, oposição à exterioridade da vida pública. As mulheres têm, por fim, o papel de “cuidadora”, como é o caso das mulheres deste estudo (Saldanha, 2003).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), os eventos estressores, a princípio são vistos pelo indivíduo como uma ameaça, transformando-se a seguir em desafio. A hospitalização é um período que provoca abalos psico-emocionais e que também desafia a pessoa a ter que sair desse processo ileso emocionalmente. Este desafio mostra-se presente nas mulheres deste estudo porque elas querem desejam ficar saudáveis e têm a necessidade de manter seus vários papéis na estrutura familiar que tinham antes da hospitalização – esposa, mãe, filha, dona de casa, dentre outros. O que se confirma com Saldanha (2003) quando afirma que o enfrentamento de uma doença por mulheres mexe com um todo, não somente de si e que pode ser *“permeada por uma mescla de sentimentos híbridos, conflitivos e contraditórios, onde ao mesmo tempo em que vivem momentos de esperança, de superação de problemas, vêem um amanhã incerto”* (Saldanha, 2003, p 127).

5.3.2.2 **Significados**

Essa classe temática retrata aspectos de **Identidade**, emergindo, mais especificadamente, relatos característicos de **Significados do útero**.

Desde a antiguidade, o útero esteve associado a algo sagrado na mulher, entretanto, elas só se davam conta da sua existência quando precisavam engravidar, a maternidade como um dos poderes maiores da feminilidade, ou quando precisam retirá-lo (Santos,

2005). Em percurso histórico, esse contexto não foi modificado, pois as mulheres continuam entendendo o útero como a função maior de reprodução.

Através dos enunciados desta pesquisa, pôde-se perceber que a cirurgia de retirada desse útero, corpo tão importante para a mulher e representante de sua vitalidade, repercutiu no tocante a como se sentiam sem esse útero. Havia um mescla de significados, onde as participantes retratavam vários momentos de reflexões sobre a cirurgia: momentos em que se sentiam mulheres iguais a antes da cirurgia, inclusive com melhoras se comparados a antes do processo cirúrgico e outros momentos em que não sentiam falta desta parte do corpo, mas, sobretudo, havia outros momentos em que temiam ficar “diferentes”.

Tratando dessas significações do útero, inicialmente observou-se que as mulheres acreditavam terem ficado iguais a antes do procedimento cirúrgico, identificando-se ainda como mulheres “normais”, sem alterações pela retirada do útero.

“Não teve problema maior não, sou uma mulher normal, igual as outras, não te nada de diferente, só porque tirou o útero. Pelo amenos por enquanto eu to boa”. (Participante 1)

“a gente pensa que vai ser a pior coisa do mundo, que a gente vai ser outra pessoa, que nada, fica igual-igual. Aquela história de mulher sem sabor e seca não existe. Tiraram o útero, foi isso, mas to boazinha da silva”. (Participante 6)

A significação de que a cirurgia acarretou em melhoras quanto a sua feminilidade também foi apresentada, como exemplificado a seguir:

“Sou igualzinha a antes, quer dizer posso dizer que até me animei mais porque eu era muito relaxada, eu ficava muitos dias parada, com dores em tudo que é canto”.
(Participante 3)

“To boa mesmo, tudo igualzinho a antes, até mais bacana porque to sem dor nem nada”

(Participante 6)

Alguns discursos relatavam, inclusive, que houve uma percepção diferente quanto à sexualidade e quanto à identidade de ser mulher, pois imaginavam que a cirurgia acarretaria em diminuição da libido relacionada, preocupadas de como ficariam as relações sexuais em si.

“Olhe que ele não tem reclamado. Assim, das zueiras nossas, aquelas das noitinhas”. (...)

Só eu que, de vez em quando, pensava assim, lá quietinha comigo, se eu ia ficar daquele jeito, fria, oca”. (Participante 3)

“Estou bem sim, meu marido está bem, ele não reclamou nada não, nadinha (...) tá bom

do jeito que tá. Tô bem agora, mais que antes”. (Participante 7)

As participantes ressaltavam também em seus discursos que não sentiam falta do útero retirado, após a cirurgia tudo transcorria bem e que estavam com quadro geral de saúde estável, o que não as faziam sentir a ausência do órgão.

“Eu me lembro que eu ficava só pensando se ia me fazer falta (...) mas passou, to boa, boa”. (Participante 1)

“Tirou direitinho e até agora nem sinto falta (...) parece que tiraram mais coisas (...) to boa desse jeitinho”. (Participante 8)

“Eu sei que eu fiz e to boa, o útero não faz falta nenhuma”. (Participante 9)

Embora o útero tenha sido extirpado do corpo destas mulheres e estas estivessem com um quadro de saúde melhor, ele não perdeu seu significado de essencial e primordial na vida de uma mulher, mas foi re-significado na vida de cada uma delas, pois, havia uma preocupação que precedia a cirurgia e que permaneceu após a mesma, a partir do momento em que enunciavam que temia ficar “diferentes”.

“... De vez em quando eu pensava assim, num sabe, quem sabe eu fosse ficar diferente, mas que nada”. (Participante 2)

“Não pensava que fosse ficar assim, eu achava que ia ficar meio diferente, assim, mulher diferente, porque você sabe, me tiraram tudo, é uma modernidade, mesmo”. (Participante 4)

“Pensava de não ser mais mulher, né possível, só faltam tirar o que mais (...) Tiram tudo e assim, a gente fica assim, ainda boa, né?”. (Participante 5)

Vale salientar que a preocupação anterior à cirurgia era justamente de como seriam após a histerectomia, com a ausência do útero, se mudariam no corpo e na questão “ser mulher”. Passados os meses de pós-operatório, perceberam as modificações nos corpos e retomavam na lembrança os temores que tinham.

“Lembro que pensei se ia ficar assim alguma coisa diferente, mas não parece é que sou uma menininha de 15 anos, tô jovem-jovem”. (Participante 8)

Enfim, o útero era e continua sendo um órgão de extrema relevância para a mulher e a sua retirada causa temores quanto a transformação da feminilidade desta mulher, temores estes que ficam guardados na memória. Vale salientar que essas questões não

foram perguntadas na entrevista, mas foram colocadas pelas mulheres espontaneamente, o que se infere o quanto essa temática é importante em suas vidas.

5.3.2.3 **Ganhos secundários**

A terceira classe temática - **Ganhos Secundários** - refere-se alguns ganhos que as mulheres obtiveram com todo o processo de hospitalização, tratamento e recuperação da cirurgia de histerectomia, principalmente no que tange as questões de atenção familiar e atenção para si.

O conceito de ganho secundário refere-se às vantagens ou benefícios obtidos pela pessoa através de todas e quaisquer formas que possam ter ganhos diretos ou indiretos, da condição de enfermo, de sintomas, exames, etc (Soar Filho, 1998). São relativamente freqüentes os casos de pessoas que, em função de seus problemas de saúde, passam a deter um enorme poder no interior das relações familiares, mantendo com isso muitos privilégios pessoais.

Ainda segundo Soar Filho (1998), a doença pode ser fonte de gratificações para o paciente também entendidas como ganhos secundários e que nesta pesquisa pode ser observada a partir do surgimento de uma classe específica para tratar destes ganhos. Nesta classe temática emergiram três categorias de ganhos: a primeira, denominada **Implicações Familiares**, a segunda categoria denominada **Auto-Estima** e a terceira categoria denominada **Auto-Cuidado**.

5.3.2.3.1 Sub-categoria de implicações familiares

Esta categoria aborda alguns ganhos secundários que as participantes tiveram relacionados a implicações familiares, estando esta categoria presente nos discursos de quase toda amostra, apresentando uma alta frequência.

Sabe-se que uma cirurgia implica em momentos de mudanças que por vezes são abruptas e inesperadas e que afeta não somente os pacientes, mas todos os que participam do contexto familiar do paciente. Segundo Silva e Shimizu (2007), o apoio social constitui-se em um processo de interação entre pessoas ou grupos, onde estabelecem vínculo de auxílio mútuo e oferecem apoio afetivo ou material. É também caracterizado como qualquer atividade que permita, num espaço de tempo, compartilhar vivência com familiares, amigos, grupos religiosos, entre outros grupos. Tem um efeito direto sobre o bem estar, fomenta a saúde, sobretudo, a melhoria dos aspectos psico-emocionais. Nesse sentido, promove a adaptação dos indivíduos, quando estes são confrontados com situações difíceis, imposta pela doença e neste caso, todo o processo de tratamento, hospitalização e recuperação.

A família é um dos fatores atenuadores do impacto negativo do processo de hospitalização, sendo um recurso que pode facilitar o processo de adaptação ao tratamento e segundo os enunciados desta pesquisa, este apoio foi proveniente de dois grupos: a família e o companheiro (Remor, 2002).

A família emergiu, neste estudo, como uma das mais fortes redes de apoio considerada pelas mulheres, corroborando estudos anteriores (Sousa, Kantorski & Bielemann, 2004; Saldanha, 2003). Este apoio lhes dá o suporte para lutar dia a dia pela manutenção da vida, suportar as dificuldades transmitidas pela doença e, portanto, lidar melhor com o tratamento e a recuperação.

“A sorte é que minha família esteve sempre do meu lado, família é a melhor coisa do mundo viu”. (Participante 1)

“Minha mãe nem se fala, coitadinha, cuidou tanto de mim, ela foi lá me visitar”.
(Participante 2)

Segundo Spiegel (1997), a valorização da família como fonte de apoio aos pacientes contribui para o equilíbrio físico e mental do mesmo, surgindo como uma unidade de cuidado e é também como uma fonte de ajuda para o indivíduo em tratamento. Este apoio, contudo, não oferece um antídoto mágico, mas em conjunto com o tratamento convencional favorece o indivíduo para uma recuperação mais saudável.

Esta atenção da família já indica um ganho secundário que as mulheres obtiveram com o processo de intervenção cirúrgica, o que as proporcionou um bem-estar e, uma atenção privilegiada da família que antes não a tinha.

“Aqui em casa todo muito ajudou, o pessoal todo não me deixou sentir nem dizer um “ai” que tavam por perto, meus filhos então!!!!”. (Participante 8)

Os depoimentos evidenciam que a família desenvolve um papel fundamental no processo de recuperação do paciente, criando mecanismos de união e força entre seus integrantes, concluindo-se que a família é um elemento importante em todo o processo da vida, facilitando a integração da experiência da doença à vida destas mulheres.

Em relação ao apoio conjugal, pode-se observar que algumas mudanças ocorreram após a histerectomia realizada nas mulheres pesquisadas. Segundo alguns relatos, os mitos e temores que tinham antes da cirurgia foram desfeitos passados esses seis meses de pós-operatório.

O que foi observado é que houve também ganhos secundários quanto às implicações no relacionamento conjugal a partir do momento em que perceberam que seus maridos/companheiros comportavam-se melhor que antes, como pode ser visto nos discursos a seguir.

“Até meu marido que eu pensei que ia descuidar de mim, ficou foi preocupado, do jeito dele (...) graças a deus ele me surpreendeu, ficou me ajudando no repouso (...) e sem pensar ele me perguntando se eu queria alguma coisa, aí era que eu gostava”.
(Participante 1)

“Pelo menos ficou em casa”. (Participante 2)

“Meu marido me ajuda mais nas coisas de casa. Arrumar-arrumar mesmo ele não arruma não, mas ajuda um bucado, e isso é um milagre, porque você sabe, esse homens de hoje em dia são uma miséria, né?”. (Participante 3)

O apoio do companheiro torna-se também importante dentro do contexto familiar, pois estes fazem parte do vínculo de afetos e vida dessas mulheres que encontram no “outro” uma forma de suporte, onde este outro demonstra o afeto e atenção especial pelo momento vivenciado e, assim, tentam se apoiar mutuamente, conseguindo de certa forma obter os ganhos que a doença traz. Este apoio acalma e sua recuperação tende a ser mais rápida e eficaz. Além disso, percebe que o procedimento cirúrgico não afeta a sua feminilidade e sexualidade, um dos grandes temores das mulheres que se submetem a cirurgia de histerectomia.

Segundo Biffi (2003), a participação efetiva e afetiva de companheiros de mulheres em tratamento de saúde em nível cirúrgico, possibilita uma recuperação em condições melhores e mais saudáveis. Esse suporte do parceiro sexual demonstra que estes se

reconhecem como elementos de apoio, oferecendo afeto, estímulo no auto-cuidado e nos afazeres domésticos e outras formas de ajuda, como tomada de decisões familiares. As mulheres reconhecem esse apoio dos parceiros e a preocupação deste com elas, ingredientes que se constituem em conteúdos e qualidade de suporte social.

“Já veio todo mansinho, fui toda paparicada. Até hoje ele faz as coisas para mim (...) Eu quero assim por vida. Mas ele sempre me apoiou muito, pense muito bom (...) Meu marido também é demais, foi um anjo para mim”. (Participante 8)

Isto demonstra que houve possibilidades de enfrentamento de dinâmica familiar, em decorrência da doença da esposa e foram percebidas pelos companheiros ao revelarem sinais de flexibilidade diante do quadro de instabilidade de saúde que atinge toda a família, mesmo algumas mulheres percebendo que esse momento é focal e particular ao processo de saúde vivenciado por ela e pela família naquele período da vida e que os ganhos podem ser temporários.

“Me ajudou bastante (...) ficou mais perto, não me deixou com raiva (...), mas o gostinho tá acabando porque já bagunçou tudo hoje e já fiquei com raiva”. (Participante 5)

“A gente brigava muito (...) bater, ele não me bate não, agora, porque depois da operação eu fiquei mais quieta”. (Participante 6)

Entretanto, Oliveira e Bastos (2000) afirmam que, não só a própria família, incluindo parentes e companheiros, são essenciais no processo de apoio ao paciente cirurgiado. Segundo os referido autores, mulheres com perfil de classe baixa, como é o caso desta pesquisa, utilizam-se de toda a rede de apoio social disponível como de vizinhos

e amigos que, segundo Biffi (2003), são pessoas consideradas importantes dentro do contexto sócio-cultural do indivíduo.

Estes representantes da extensão familiar também se fizeram presentes nos enunciados deste estudo, embora com frequência baixa de enunciados.

“Logo que eu cheguei mesmo, teve uma vizinha minha que veio me ver, se não fosse isso ela ia estar mal”. (Participante 2)

“Tem uma vizinha minha que me ajudou muito bastante, muito mesmo, me ajudava no curativo e tudo. O pessoal da igreja, nem se fala, são demais, oraram por mim, oração eleva as pessoas para um plano maior, perto de Deus”. (Participante 4)

A religião também surgiu como apoio, representando uma importante rede de suporte emocional. A fé na cura se assenta na crença num poder superior, que lhes dá esperança e crédito. Este apoio teve uma frequência baixa, o que pode ser explicado pela real e atual despreocupação pela melhora no quadro de saúde das mulheres, diferenciando-se do pré-operatório onde temiam pela sua vida, tinham medo da cirurgia e da hospitalização e recorriam ao apoio espiritual para sentirem-se aliviadas.

A religião, como perfil da amostra aqui estudada, segundo Pinezi-Barbosa (1999), além de atuar como fonte de orientação para que o indivíduo se reconcilie com Deus por meio da conversão, é também um espaço em que socialmente são construídas regras de conduta e padrões de vida compatíveis com os preceitos divinos interpretados, em alguns casos seguidos e em outros adaptados ou desobedecidos.

“Como eu rezei, meu Deus, ficava assim só pensando em Deus me ajudar...e olhe eu aqui, boa-boa”. (Participante 2)

“To boa pra de-del. Também vou contar, viu, rezei, pedi a Deus proteção”. (Participante 5)

Segundo Silva & Shimizu (2007), as crenças religiosas auxiliam as pessoas hospitalizadas ou em tratamento médicos, dando-lhes força nos momentos de dificuldades e proporciona sustentação para a esperança e para o enfrentamento das situações adversas e conflitantes.

5.3.2.3.2 Sub-categoria de auto-estima

Esta categoria aborda a elevação da auto-estima como possível ganho secundário que as mulheres obtiveram submetendo-se a cirurgia de histerectomia.

Neste caso, um ganho secundário que foi percebido nas mulheres pesquisadas foi a elevação da auto-estima, conceituado como a opinião, um sentimento que cada um tem de si; é uma avaliação subjectiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau.

Passada a cirurgia, o desejo da mulher histerectomizada foi de voltar as suas actividades normais e deixar de lado as ameaças que lhe causaram temores antes da cirurgia que alterou o ritmo de vida, sua auto-estima, identidade, acompanhada pelo sentimentos de perda da feminilidade, por se sentirem menos mulher e não mais desejada sexualmente.

“Tô aqui agora, boa e enxutona (...) novinha em folha”. (Participante 7)

“Tô mais nova que antes, se eu era enxuta agora sou um adolescente”. (Participante 8)

“Tô no ibope ainda”. (Participante 9)

Tudo isso está também relacionado à questão da imagem-corporal destas mulheres, uma vez que também foi afetada com a cirurgia, temendo alterações danosas e irreversíveis quanto ao seu corpo. Segundo Valenzuela (2007), a imagem corporal pode ser considerada como uma fotografia mental que a pessoa elabora de acordo com a percepção que tem do seu corpo, ou seja, de sua auto-imagem.

“Cheguei a pensar que ia ficar até gordinha (...) se eu ficasse gordinha não tinha nada não, mas to bem do jeito que estou agora, nem gorda, nem magra, assim fofinha”.
(Participante 2)

“Nem ficou o corte direito! Eu pensava nisso (...) é porque eu estou tão boa que nem ligo para o corte”. (Participante 3)

Esta imagem-corporal, embora afetada com os temores e preocupações das repercussões da cirurgia em seus corpos, foi recuperada após a mesma. Como visto nos enunciados supracitados, o que antes era ameaça, tornou-se melhoria de auto-imagem, ou seja, a auto-estima ficou melhorada, o que relaciona Valenzuela (2007) quando afirma que a auto-imagem corporal pode ser alterada a partir das experiências vividas.

5.3.2.3.3 Sub-categoria de auto-cuidado

Nesta categoria, aborda-se o auto-cuidado como fator de ganho secundário que as mulheres pesquisadas obtiveram após a cirurgia.

O auto-cuidado é definido como o cuidado desenvolvido pelo indivíduo, em benefício próprio, por meio de atividades ou ações, capazes de satisfazer às necessidades

do próprio ser, a partir de determinados requisitos ou condições, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais (Melo Fialho, Pagliuca & Soares, 2002).

Nesta pesquisa, as mulheres hysterectomizadas passaram a cuidar-se, pensam em tratar de suas vidas e sua saúde, coisa que antes estavam esquecidas, ou adormecidas.

“Vim logo para casa e me recuperei logo, fiquei indo no posto de saúde toda vez que eu me sentia mal, sei lá, né, se alguma coisa vai me fazer mal”. (Participante 1)

“Vou continuar indo no médico e quando puder no PFF para ir me consultando vou fazer o tal do chek-up”. (Participante 3)

A partir do momento em que estas mulheres passam a cuidar-se, elas fazem uma análise sobre seu posicionamento pessoal diante das situações vivenciadas e buscam alternativas para melhorar o processo de viver, estimulando na decisão de assumir, a partir de então, novos papéis, responsabilidades e compromissos com si próprias.

Com a cirurgia, essas mulheres puderam experienciar um momento de abalo e com isso, pode ter havido um processo de crescimento, amadurecimento e cuidar-se a partir de então foi um ganho que obtiveram. Segundo Neves e Wink (2007), esse auto-cuidado surge como um processo cognitivo, afetivo e comportamental desenvolvido ao longo da vida que se consolida quando a pessoa compromete-se em assumir responsabilidade pessoal pela condução da sua própria vida em direção à conquista da integralidade nas relações consigo e com o mundo no qual se encontra inserida.

“Quero continuar cuidando das minhas coisas, minha casinha e agora cuidar também mais da minha saúde”. (Participante 5)

Isso é o que tratam, também, Castiel e Vasconcellos-Silva (2002) quando trabalham com a temática de auto-cuidado e afirmam que uma forma de auto-cuidar-se em saúde é através de medidas como a evitação de riscos. Neste caso, seja por qualquer forma, o desejo de cuidar-se já é um passo dado por estas mulheres no caminho do auto-conhecimento e, assim, na prevenção e promoção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou investigar as construções de enfrentamento e repercussões psicossociais da cirurgia de histerectomia na vida de mulheres da cidade de Cabedelo - Paraíba. Nesse sentido, para poder compreender melhor o processo de enfrentamento numa situação de estresse como é o caso de um procedimento cirúrgico, procurou-se conhecer a realidade destas mulheres e suas histórias clínicas, verificar os eventos estressores relacionados à histerectomia, identificar os modos de enfrentamento a essa cirurgia e avaliar as principais consequências psicossociais da cirurgia de histerectomia. Para alcançar estes focos, utilizou-se dois instrumentos para a coleta de dados empíricos, a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e entrevistas em pré e pós-operatório.

Em relação aos eventos estressores nessa pesquisa, esta investigação revelou que a possibilidade de submeter-se a uma cirurgia, qualquer que seja, pode ser provocadora de situações de estresse. Sendo assim, a histerectomia, torna-se um evento mobilizador por tratar-se de um procedimento cirúrgico invasivo, causador de inúmeros momentos de angústia que vão desde o recebimento do diagnóstico, o processo de internação hospitalar até a cirurgia (com todos os seus aparatos e estranhezas que deixam os pacientes mobilizados) e a recuperação acrescida pela crença de que a retirada do útero trará a perda da identidade feminina.

Para as participantes desta pesquisa, a histerectomia abala a mulher não somente por ser uma cirurgia, mas por ser um procedimento que as leva crer na perda da feminilidade, com a retirada do útero, corpo que é historicamente representativo do “ser mulher”, importante na sexualidade, maternidade e até mesmo na auto-estima. Este fato pode ser observado no discurso diferenciado destas mulheres nos dois momentos das

entrevistas. No pré-operatório, havia todo um temor e um desespero por parte destas mulheres na crença de que iriam tornar-se diferentes, deixariam de ser mulheres e ficariam frígidas o que poderia, inclusive, ter como consequência a perda de seus maridos. Entretanto, essa percepção foi refeita nos discursos do pós-cirúrgico, quando constataram que se sentiam mulher como antes, que todos os medos eram infundados decorrentes principalmente da falta de conhecimento técnico e clínico sobre as repercussões da histerectomia.

No pré-operatório, as mulheres sentem a situação nova de doença e hospitalização como uma ameaça a sua integridade física e emocional e tentam ultrapassar esse momento que é um desafio em suas vidas. A partir dos resultados da EMEP (Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas), pôde-se averiguar que um dos recursos mais utilizados pelas mulheres no enfrentamento destes momentos estressores foi a busca de práticas religiosas, também afirmado no perfil bio-demográfico. Entretanto, com os resultados das entrevistas passados 6 meses do pós-operatório, observou-se que essa busca pela religiosidade não foi mencionada, podendo-se inferir que tratou-se realmente de um recurso utilizado pela adversidade da doença e do momento pré-cirúrgico.

No conjunto dos depoimentos no pré e pós-operatório, pôde-se verificar um leque de percepções, sentimentos e transformações que puderam ser modificados depois da cirurgia, após uma segunda avaliação do enfrentamento. No enfrentamento à situação da cirurgia, os discursos manifestaram sentimentos dos mais variados como medos do câncer, da anestesia e da morte, insegurança e ansiedade, sentimentos estes que, dependendo do grau de intensidade, podem afetar o quadro clínico, com possibilidade da não correspondência dos tratamentos medicamentosos e, se mais grave, como por exemplo, um processo depressivo, o estabelecimento de um quadro infeccioso.

Após a cirurgia, o sentimento de culpa foi manifesto, podendo estar relacionado com o perfil das mulheres que são donas de casa, têm renda familiar menor de um salário mínimo, escolaridade baixa e, provavelmente, não tiveram acompanhamento constante de saúde, e sentem-se culpadas por ter deixado o problema evoluir até a necessidade de uma cirurgia. O alívio também foi manifesto no sentido de satisfação e sucesso pela realização do procedimento e pelo restabelecimento da saúde.

Com tamanha mobilização que a cirurgia causou para estas mulheres, este estudo mostrou que houve também alguns ganhos secundários, com a obtenção de mais atenção da família e de amigos, aumento da auto-estima e, uma postura de auto-cuidado, com a conscientização da necessidade de prevenção aos agravos da saúde.

A questão da hospitalização, antes percebida com muito temor pela hostilidade do ambiente, principalmente para quem nunca se submeteu a uma cirurgia, foi refutada porque suas vivências atuais foram positivas, o que as levou a repensar sobre o que seria todo o processo de saúde-doença-hospitalização e recuperação e a importante relação da equipe de saúde com sua co-participação.

A equipe de saúde é, pois, um dos grandes alicerces na promoção de saúde de uma pessoa enferma, uma vez que a ela é entregue várias responsabilidades de cuidados essenciais para a manutenção da saúde destas pessoas. Também lhes são entregues a confiança de que possam cuidar da vida de cada paciente e, neste sentido, essa relação equipe de saúde-paciente está permeada por um mote primordial nas relações: a comunicação. Este que é um tema tão importante e necessário nas relações humanas e que, focado na saúde, tem um valor ampliado porque pode tratar e recuperar vidas, podendo auxiliar numa informação que o paciente não sabe ou tem dúvida, favorecendo na compreensão da doença, minimização da angústia e alívio da dor. Acredita-se, neste estudo, que a percepção da hospitalização como positiva, tenha sido em função desta

relação favorável entre equipe e paciente, ainda que a comunicação não tenha se estabelecido de forma totalmente eficiente.

Nesse sentido, torna-se relevante reafirmar a importância de equipes multidisciplinares em hospitais e/ou locais de cuidados de saúde, uma vez que o foco principal no trabalho com pessoas acometidas por uma enfermidade não é a doença em si, mas elas mesmas. É necessário, por exemplo, mais que um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta, mas sim uma equipe que possa ver em sua frente uma pessoa que está com problemas, que sofre, tem angústias, que quer ser ouvida.

Aí está o papel também do profissional psicólogo, que não só favorece ao paciente à escuta direcionada, a compreensão de um tratamento e a cooperação na recuperação. Embora não seja novidade que o SUS (Sistema Único de Saúde) enfrenta dificuldades sobre questões de pagamentos por consulta, isso não se torna justificativa para que o profissional, hoje, não tenha um olhar dito, mais humanizado. Humanização, não como uma palavra caída no consenso comum, mas como algo que está intrínseco a cada ser humano.

Este estudo dá visibilidade aos profissionais de saúde no que diz respeito à questão que pode ser resolutive dentro de tantas dificuldades e enfrentamento que as pessoas têm diante de um procedimento cirúrgico: informação, ou mais diretamente, a falta dela. A comunicação, como já foi citada, facilitaria vários processos aqui demonstrados que desestruturam as pessoas acometidas por uma doença.

A partir deste estudo, pretende-se subsidiar programas de intervenção psicossocial pré, trans e pós-cirúrgico, bem como a capacitação de profissionais de saúde no atendimento à mulher. Os pacientes cirúrgicos podem, sim, ser mais informados sobre seu estado de saúde em atendimentos pré-operatórios para haja maior êxito não somente no

final do tratamento, mas também antes e durante o processo, proporcionando o seu bem-estar bio-psico-social.

Como uma das limitações deste estudo aponta-se para os restritos estudos nacionais ligados aos aspectos psicossociais dessa cirurgia, sendo necessário o desenvolvimento e aprofundamento de novas pesquisas que abranjam este universo tão vasto do mundo feminino.

REFERÊNCIAS

- Angerami-Camon, V. A (1996). O doente, a psicologia e o hospital. São Paulo: Editora Pioneira.
- Angerami-Camon, V. A. (1998). Urgências psicológicas no hospital - as cirurgias ginecológicas: Uma questão para a psicologia. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Anker, L. W. (1993). Vivências psicológicas associados à histerectomia: Um enfoque psicanalítico. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 5, 20-3.
- Antoniazzi, A. S., Dell' Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Arán, M. (2003). Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. *Revista Estudos Feministas*, 11(2), 399-422.
- Araújo, T. V. B. & Aquino, E. M. L. (2003). Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Caderno de Saúde Pública*, 19(Supl. 2), 407-417.
- Balint, M. O (1998). Médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Bandeira, D. S. L. (2003). A construção feminina do tempo. *Revista Labrys, Estudos Feministas*, 3, janeiro/ julho. Acessado 22 de março de 2007, disponível em <<http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys3/web/bras/deis1.htm>>
- Bahia, C. & Ferraz C. (1999). Entre a exceção e a regra: A construção do feminino na polícia civil baiana. *Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração*, Rio de Janeiro, 23.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bergamasco, R. B. (1999). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- Biasoli-Alves, Z. M. M. (2000). Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 233-239.
- Biffi, R. G. (2003). 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, São Paulo.
- Brasil (2003). Estatuto do idoso. Dispositivo Constitucional Pertinentes. Normas Correlatas. Índice Temático. Brasília.
- Brasil (2007). Estatuto da Criança e do Adolescente. Acessado em janeiro-10, 2008, disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>
- Brito, M. N. C. (2001). Gênero e Cidadania: Referenciais Analíticos. *Estudos Feministas*, 1, 291-294.
- Caixeta, M. (2005). *Psicologia médica*. São Paulo: Editora Guanabara Koogan.
- Caliri, M. H. L. (1994). Tentando resolver incertezas: Trajetórias de mulheres ao enfrentarem o processo de histerectomia. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Canguilhem, G. (2000). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cánovas, M. R., Moix, J., Cos, R. & Foradada, C. (2001). Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Clínica y Salud*, 12, 71-89.
- Castiel, L. D. & Vasconcellos-Silva, P. R. (2002). Internet e o autocuidado em saúde: Como juntar os trapinhos? (Versão eletrônica). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(2), 291-314.
- Chou, C.C.; Lee, T.Y.; Sun, C.C.; Lin, S.S. & Chen, L.F. (2006). Husband's experiences before wives' hysterectomy. *Journal of Nursing Research*, 14(2), 113-22.
- Coelho, J. A. M. (2005). Coping, ansiedade e depressão em jovens do ambiente urbano e rural frente à expectativa de inserção ocupacional. Tese de mestrado, Pós-Graduação

em Psicologia Social, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba.

Coelho, M. T. A. D. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneo de referência científica. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 9(2), 315-333.

Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V. & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47(4), 23-34.

Corleta, H., Chaves, E. B. M. C., Krause, M. S. & Capp, E. (2007). Tratamento atual dos miomas (Versão eletrônica). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(6), 324-328.

Costa, R. (2004). Sociedade de controle. *São Paulo em Perspectiva*, 18(1), 161-167.

Costa, A. A. R.; Amorim, M. M. R. & Cursino, T. (2003). Histerectomia vaginal versus histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital, em maternidade-escola do Recife: Ensaio clínico randomizado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(3), 169-176.

Cozby, P. C. (2003). Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas.

Cury, A. F. (2000). Aspectos emocionais da cirurgia ginecológica. *Femina*, 28(9), 509-511.

DATASUS (2007). (Departamento de Informática do SUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS) Banco de Dados. Agosto 2007, disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>.

Dell' Aglio, D. B. & Hutz, C. S. (2002a). Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e com adultos. *Revista de Psicologia da USP*, 13(2), 203-225.

- Dell’Aglia, D. D. & Hutz, C. S. (2002b). Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 5-13.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1999). Coping inventory for stressful situations (CISS). Manual Second Edition. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Fávero, M. A. B. (2005). Trajetória e sobrecarga emocional da família de crianças autistas: Relatos maternos. Dissertação de mestrado, Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP, Universidade de São Paulo.
- Ferreira, C. B. (2003). Representação social de mulheres frente a admissão hospitalar para realização de cirurgia de câncer de mama. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e Aids. Um estudo diferencial. *Medicina*, 26(3), 393-407.
- Flory, N.; Bissonnette, F. & Binik, Y. M. (2005). Psychosocial effects of hysterectomy: Literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 59(3), 117-29.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination (Versão eletrônica). *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R.L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes (Versão eletrônica). *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

- Fonseca, J. A. S. (2004). Histerectomia vaginal e a gestão assistencial à saúde pública: Seus custos e benefícios. Acessado em janeiro-20, 2008, disponível em <<http://www.sogise.com.br/verartigo.php?id=18>>
- Freud, S. (1914). Luto e melancolia. V. XIX, Edição Standart Brasileira das Obras completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Fuks, L. B. (2005). Diferentes momentos da evolução feminina. In: IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise. Recuperado em 23 de janeiro, disponível<http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Lucia_Barbero_Fuks.php>.
- Gertz, C. (1989). A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar.
- Giffin, K. M. (2001). Nosso corpo nos pertence: A dialética do biológico e do social. Caderno de Saúde Pública, 7(2), 190-200.
- Gimenes, M. M. G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In Gimenes, M. G. G. & Fávero, M. H., A mulher e o câncer, (pp. 171-195). Campinas: Psy.
- Guedes, C. R. (2003). A psicologia médica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro: um estudo de caso. Psicologia & Sociedade, 15(1), 161-181.
- Halbe, H. W. (1993). Tratado de ginecologia. São Paulo: Roca.
- Holanda, F. B & Veloso, C. E. V. T. (1972). Esse cara. In Caetano e Chico juntos e ao vivo (Disco). Bahia: Universal Music Brasil.
- Kebbe, L. M. (2006). Desempenho de atividade e imagem corporal: Representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeira Preto, Universidade de São Paulo.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging (Versão eletrônica). American Psychologist, 38(3) 245-254.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Co.
- Lemgruber, I. (1996). Histerectomia total versus histerectomia conservadora. *Femina*, 24, 375.
- Lemgruber, I & Lemgruber, M. (2000). Histerectomias. In: Oliveira, H. C., Lemgruber, I. & Costa, O. T., *Tratado de Ginecologia*, (1383-1386). Rio de Janeiro: Ed. Revinter. Vol. 2.
- Leon, M. D. (2007). Ansiedade e medo pré-operatório de cirurgia cardíaca: Intervenção de enfermagem na abordagem psicossocial. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem.
- Lévi-Strauss (1967). *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Lorencetti, A. & Simonetti, J. P. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 944-950.
- Loureiro, M. C. (1997). Histerectomia e possíveis alterações sexuais e influências do nível sócio-econômico. *Revista Ciência e Profissão*, 17(3), 12-19.
- Marçolla, B. A. (2005). Olhar múltiplo percorre a linha do tempo: Higienismo e eugenia no Brasil (Versão eletrônica). *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 12(2), 555-556.
- Martins, A. P. V. (2005). A ciência dos partos: Visão do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Revista Estudos Feministas*, 13(3), 645-666.
- Medeiros, V. C. C. & Peniche, A. C. G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 86-92.

- Melo Fialho, A V.; Pagliuca, L M. F. & Soares, E. (2002). Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum . Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10(5), 715-720.
- Melo Filho, J. (1992). Psicossomática hoje. Arte Médicas: Porto Alegre.
- Minayo, M. C. S. (1998). O Desafio do conhecimento científico pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Montgomery, M., Berenstein, E. & Marcolini, T. M. (2000). Aspectos psicossomáticos e sexuais da cirurgia ginecológica. In: Oliveira, H. C. H. C, Lemgruber, I. & Costa; O. T. (2000). Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, Vol. 2.
- Moraes, L. O. & Peniche, A. C. P. (2003). Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 3(3), 54-62.
- Nahás, E. A. P., Pontes, A., Traiman, P., Nahás Neto, J., De Luca, L. A., Borges, V. T. M. & Carvalho, L. R. (2002). Efeitos da histerectomia total abdominal sobre o fluxo sangüíneo ovariano. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 24(5), 329-334.
- Neder, M. (1992). A comunicação de diagnóstico em oncologia: Questões, reflexões e posicionamentos. Revista de Psicologia Hospitalar, 2(2), 28-30.
- Neves, A. B. (2002). Identidade feminina: Uma santa na rua e uma prostituta na cama. CienteFico, 2 (1). Psicologia.Artigo Reflexão Crítica em Sexualidade. Acessado em novembro-25, 2005, disponível em < <http://www.cientefico.frb.br>>
- Neves, E. P. & Wink, S. (2007). O autocuidado no processo de viver: Enfermeiras compartilham concepções e vivências em sua trajetória profissional. Texto & Contexto – Enfermagem, 16(1), 172-179.
- Novak, E. R., Jones, G.S & Jones H.W. (1990). Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A.

- Novoa, A. M. (1991). Histerectomia: Efeitos emocionais na identidade feminina Opinião, 6, 93-5.
- Oliveira, M. L. S. & Bastos, A. C. S. (2000). Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: Um estudo comparativo de casos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 13(1), 97-107.
- Paula, K. B. (2005). Repercussões psíquicas da histerectomia por miomatose uterina. Acessado em setembro-15, 2005, disponível em <<http://www.revistapsicologia.com.br/revista45G>> In Revista Eletrônica Catharsis.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual (Versão eletrônica). Revista de Psiquiatria Clínica, 34(Supl.1), 126-135.
- Peniche, A. C. G. (2005). A ansiedade e o paciente cirúrgico: Análise das variáveis intervenientes. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Perestelo, D. A (1989). A medicina da pessoa. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Petrilli, A. S. (2000). O processo de comunicar e receber diagnóstico de uma doença grave. Diagnóstico e tratamento, 5(1), 35-39.
- Pinezi-Barbosa, A. K. P (1999). A família de fé em tempos modernos: Uma interpretação sobre a constituição familiar, relações de gênero e sexualidade entre presbiterianos. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Priore, M. D. (1999). Viagem pelo imaginário do interior feminino. Revista Brasileira de História, 19(37), 179-194.
- Reis, M. M. F. (2002). Mulher: Produto com data de validade. São Paulo: O nome da Rosa.

- Remor, E. A. (2002). Aspectos Psicossociais na Era dos Novos Tratamentos da Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 283-287.
- Roos, N. P. (1984). Histerectomies in One Canadian Province: A new look at risks and benefits (Versão eletrônica). *The Journal of the American Medical Association*, 74 (1), 39-46.
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(4) 256-263.
- Sá, C. P. (1998). *A Construção do Objeto de Pesquisa em representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Saad, A. A. C. (2005). A difícil relação homem-mulher: As vicissitudes do convívio com as diferenças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39(3), 67-74.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável*. Tese de doutorado, Pós Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Santos, R. C. (2005). Mitos sobre a retirada do útero. Acessado em setembro-15, 2005, disponível em http://www.unicamp.br/unicamp_hoje/ju/agosto2004/ju260pag4a.html
- Santos, A. F. & Alves Júnior, A. (2007). Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 104-113.
- Santos, J. R. & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: Seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 411-425.
- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2(2), Edição Especial.

- Sbroggio, A. M. R. (2004). Mito em relação à retirada do útero em mulheres hospitalizadas no período pré-operatório. Tese de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Sbroggio, A. M. R.; Osis, M. J. M. D. & Bedone, A. J. (2005). O significado da retirada do útero para as mulheres: Um estudo qualitativo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(5), 270-274.
- Schaffer J, (2002). Word A. Hysterectomy - Still a useful operation (Versão eletrônica). *New England Journal of Medicine*, 347(17), 1360-2.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Sebastiani, R. W. & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde—hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(Supl.1), 50-55.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Silva, D. (2003). Os diversos papéis das mulheres e os seus efeitos para o bem-estar psicológico: Um estudo comparativos entre mulheres com trabalho pago e donas de casa. Dissertação de mestrado em Psicologia Social, Pós-Graduação em Psicologia Social, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal da Paraíba.
- Silva, G. (2005). Processos de enfrentamento em pós-tratamento de câncer de mama. Dissertação de mestrado, Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- Silva, S. G. (2000). Masculinidade na história: Construção cultural da diferença entre sexos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(3), 14-19.
- Silva, T. G. (2004). *Feminismo e liberdade: Seu sujeito total e tardio na América Latina*. Tese de doutorado, Pós-Graduação em Sociologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba.
- Silva, V. C. E. (2005). *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeira Preto.
- Silva, A. L. & Shimizu, H. E. (2007). A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 307-311.
- Soar Filho, E. J. (1998). A interação médico-cliente *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1), 35-42.
- Sória, H., Fagundes, D. J., Sória-Vieira, S., Cavalli, N. & Santos, C. R. C. (2007). Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: O que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(2), 67-73.
- Sousa, A. S, Kantorski, L. P. & Bielemann, M. L. V. (2004). A Aids no interior da família: Percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Maringá*, 26(1), 1-9.
- Spiegel, D. (1997). Apoio social: Como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In Golleman, D. & Gurin, J. (Orgs.), *Equilíbrio mente e corpo: Como usar sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro: Campus.
- Tamayo, M. C. & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1).

- Teitelroit, B. (1980). Histerectomia e revivência da fantasia de castração: Exploração através do Rorschach. *Psico*, 1(2).
- Treloar, A. S.; Do, K. A.; O'Connor, V. M.; O'Connor, D. T.; Yeo, M. A. & Martin, N. G. (1999). Predictors of hysterectomy: An Australian study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160, 945-954.
- Triviños, A. N. S. (1992). Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas.
- Urrutia, M. T. & Araya, A. A. (2005). Sexualidad em mujeres histerectomizadas al tercer mês posterior a la cirugía. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(3), 160-165.
- Urrutia, M. T., Araya, A., Villarroel, L. & Viñales, D. (2004). Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 69(4), 301-306.
- Valenzuela, M. L. R. G. (2007). Auto-imagem, auto-estima e relacionamento conjugal como dimensões de qualidade de vida de um grupo de mulheres mexicanas mastectomizadas: Uma visão sociocultural. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.