MARIA DA PENHA DA ROSA SILVEIRA NUNES

REPRESENTAÇÕES DE MULHERES ACERCA DA HISTERECTOMIA EM SEU PROCESSO DE VIVER

RIO GRANDE

2008

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

REPRESENTAÇÕES DE MULHERES ACERCA DA HISTERECTOMIA EM SEU PROCESSO DE VIVER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dr[a.] Vera Lúcia O. Gomes

RIO GRANDE
2008

N972 Nunes, Maria da Penha da Rosa Silveira
Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver / Maria da Penha da Rosa Silveira Nunes. -- Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2008.
98p. ; 29,7 cm.

Orientador: Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2008.
Anexos: f. 98
Apêndices: f. 93-97
Referências bibliográficas: f. 88-92

1.Histerectomia. 2. Saúde da mulher. 3. Sexualidade. 4. Rio Grande. I. Gomes, Vera Lúcia de Oliveira. II. Universidade Federal do Rio Grande. CDU 618.1

Catalogação na fonte :Bibliotecário Gilson Borges Corrêa CRB 10/1213

MARIA DA PENHA DA ROSA SILVEIRA NUNES

"REPRESENTAÇÕES DE MULHERES ACERCA DA HISTERECTOMIA EM SEU PROCESSO DE VIVER"

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 27 de março de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:

Drª. Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Presidente (FURG)

Drª.Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Membro (UFSC)

Drª. Adriana Dora da Fonseca
Membro (FURG)

Drª. Giovana Calcagno Gomes
Suplente (FURG)

Dedico este trabalho em especial a Deus pela sua benção divina, me dando força e coragem para superar os obstáculos da vida. À minha mãe, Dalva, por sua imensa fé, seu apoio e sua dedicação comigo.

AGRADECIMENTOS

À minha filha Júlia, mais que uma benção em minha vida, me ensinou a repensar os verdadeiros valores da vida;

Ao meu esposo, Juliano, pelo seu companheirismo, apoio, carinho e compreensão em todos os momentos;

Aos meus irmãos, Rita e Ricardo por fazer parte da minha história;

À minha orientadora, Professora Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes, pelo incansável apoio, dedicação e compreensão, nos momentos mais difíceis, no decorrer desta trajetória;

Aos colegas de curso João Renan e Silvana, que fizeram parte do meu processo de mestranda, compartilhando os momentos de grupo, a horas de alegria e os momentos difíceis;

À Coordenação de Enfermagem do H.U., pela compreensão e apoio que me foi concedido;

À Coordenação de Saúde Mental da SMS, na figura da Psicóloga Dra. Ceres Arejano, pelo incentivo, apoio e carinho dispensado a mim;

As minhas colegas enfermeiras Leonídia, Janete e Rosângela que fazem parte do meu quotidiano profissional, pelo apoio e disponibilidade, seja nas coberturas de plantões, seja nos espaços de escuta ou nas palavras de incentivo durante a minha caminhada;

À Médica Msc. Tânia Vieira da Fonseca, pelas palavras de incentivo e apoio, disponibilizando ferramentas na operacionalização da etapa final;

Aos professores da banca, pela disponibilidade e dedicação, oferecendo contribuições preciosas ao trabalho;

A todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa, mesmo estando em um momento tão delicado de sua vida, sem elas este estudo não seria realidade hoje.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

NUNES, Maria da Penha da Rosa Silveira. **Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

O presente estudo teve como objetivo compreender as representações sociais que as mulheres possuem acerca da histerectomia, antes e após o procedimento cirúrgico. Caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa, descritiva, tendo como base teórico-metodológica a Teoria das Representações Sociais. Foram sujeitos deste estudo, treze mulheres em processo de histerectomia, residentes em Rio Grande e em São José do Norte - RS. A coleta de dados efetuou-se em dois momentos, utilizando-se entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas. Os dados do pré-operatório foram colhidos no ambulatório de ginecologia do H.U e do pós-operatório, na área acadêmica e no domicílio das informantes. Utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática para o tratamento dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade do Rio Grande - FURG. Apreendeu-se por meio deste estudo que as representações sociais das mulheres variaram em função da presença ou ausência de filhos(as), do motivo da primeira consulta e da patologia de base, evidenciando os diferentes olhares frente ao impacto da retirada do útero. No pré-operatório, as mulheres sem filhos(as) manifestaram sentimentos de insatisfação, lamentando a impossibilidade de cumprirem seu papel social por meio da maternidade e assim realizarem seu sonho. A maioria das participantes, com filhos(as), demonstrou satisfação e alívio, pela solução dos problemas advindos do quadro clínico. As questões relacionadas à sexualidade mostraram-se carregadas de preocupação e insegurança com os aspectos relativos à vida sexual e afetiva. Os mitos, crendices e tabus referentes à histerectomia, não guardaram relação com a maternidade, gerando incertezas quanto às conseqüências da histerectomia. Em relação aos seus companheiros, a maioria concordou com a realização do procedimento, no entanto, referiram-se apenas ao corpo biológico e ao desempenho sexual. No pós-operatório imediato, as mulheres que não possuíam filhos(as), objetivaram queixa de dor intensa e persistente, caracterizada em alguns casos como dor psíquica. Por outro lado, as participantes mães objetivaram tal queixa, a partir da patologia de base, manifestando dor, frente a um câncer, e ausência de dor na miomatose uterina. No pós-operatório mediato distinguiram-se repercussões negativas, ancoradas na impossibilidade de tornarem-se mães, na incapacidade de manterem o casamento, nas incertezas de sentir prazer e serem aceitas socialmente. E repercussões positivas, referentes a solução de problemas e alívio de sintomas, medidas preventivas, cuidado de si, resgate da auto-estima, desmistificação, vida conjugal e afetiva, incluindo aspectos emocionais e sociais. Nesse sentido, percebeu-se que o comportamento da mulher frente à histerectomia, manifestado pelo êxito e satisfação, foi reconstituído a partir de suas vivências. Tal comportamento não se ancorou nos tabus e preconceitos e sim no bem-estar readquirido após terem vivenciado o processo cirúrgico. No entanto, a representação expressou o significado e valor que cada mulher atribui ao seu útero, inspirado no seu contexto de vida e nas suas relações sociais. Dessa forma, entende-se que a problematização das questões imbricadas na prática da histerectomia contribui para

que a mulher tenha uma representação menos traumática frente à indicação de retirada do útero. Evidencia-se a enfermagem como coadjuvante na prática do cuidado em saúde a clientes em processo de histerectomia.

Palavras–chave: Histerectomia. Saúde da Mulher. Sexualidade.

RESUMEN

NUNES, Maria da Penha da Rosa Silveira. **Representaciones de las mujeres acerca de la histerectomía en su proceso de vida**. 2008. 98 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudio tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales que tienen las mujeres acerca de la histerectomía, antes y después del procedimiento cirugico. Se caracteriza por una investigación cualitativa, descriptiva, teniendo como base teórico-metodológica la Teoría de las Representaciones Sociales. Fueran sujetos de este estudio, trece mujeres en el proceso de histerectomía, residentes en *Rio Grande* y *São José do Norte* - RS. La colecta de datos fue realizada en dos etapas, mediante entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas. Los datos del pre-operatorio fueron recogidos en el ambulatorio de ginecología del HU y del post-operatorio en los medios académicos y en los hogares de los informantes. Fue utilizado el análisis de contenido en la modalidad temático para el tratamiento de los datos para el tratamiento de los datos. La investigación fue aprobada por el comité de ética de *la Fundacão Universidade de Rio Grande*. Aprehendiese a través de este estudio que las representaciones sociales de las mujeres varían en función la presencia o ausencia de los hijos(as), del motivo de la primera consulta y de las patologías de base, evidenciando las diferentes visiones frente al impacto de la retirada del útero. En el pre-operatorio, las mujeres sin hijos (as) expresaron sentimientos de insatisfacción, lamentando la imposibilidad de cumplir con su papel social por medio de la maternidad y, por tanto, alcanzar su sueño. La mayoría de las participantes, con hijos (as), mostró satisfacción y alivio, para la solución de los problemas derivados de la situación clínica. Las cuestiones relacionadas con la sexualidad apareció cargado de incertidumbre y preocupación por los aspectos relacionados con la vida sexual y la vida afectiva. Los mitos, creencias y tabúes en relación con la histerectomía, no mantiene relación con la maternidad, generando incertidumbre sobre las consecuencias de la histerectomía. Para sus compañeros, la mayoría concordó con la realización del procedimiento, sin embargo, refiéranse apenas al cuerpo biológico y el desempeño sexual. En el post-operatorio inmediato, las mujeres que no tienen hijos (as), tuvieran quejas de dolor intenso y persistente, caracterizado en algunos casos, como el dolor psíquico. Además, las participantes madres tuvieran tal queja partiendo de la patología de base, expresando dolor, frente a un cáncer, y ausencia del dolor en la miomatosis uterina. En el post-operatorio mediato demostraran repercusiones negativas, basada en la imposibilidad de convertirse en madres, el fracaso para mantener el matrimonio, la incertidumbre de sentir placer y ser aceptadas socialmente. Y efectos positivos, para la solución de problemas es el alivio de los síntomas, las medidas de prevención, el cuidado de sí mismos, el rescate de la autoestima, la desmitificación, el matrimonio y la vida afectiva, incluyendo aspectos emocionales y sociales. En ese sentido, percibiese que el comportamiento de la mujer frente a la histerectomía, es expresada por el éxito y satisfacción, fue reconstituida a partir de sus experiencias. Ese comportamiento no se fijó en los tabúes y los prejuicios, pero en el bienestar readquirido después de tener experimentado el procedimiento quirúrgico. Sin embargo, la representación expresó el significado y valor que cada mujer da a su útero, inspirada en su contexto de vida y sus relaciones sociales. De este modo, se entiende que la problematización de las cuestiones interrelacionadas en la práctica

de una histerectomía, contribuye a que la mujer tenga una representación menos traumática, frente a la indicación de la extracción del útero. Evidenciase la enfermería, como la coadyuvante en la práctica de la atención de la salud a los clientes en el proceso de histerectomía.
Palabras clave: histerectomía. Salud de la Mujer. Sexualidad.

ABSTRACT

NUNES, Maria da Penha da Rosa Silveira. **Women's representations about the hysterectomy on their life.** 2008. 98f. Dissertation (Masters in Nursery) – Post graduation in Nursery program, Fundação Universidade do Rio Grande, Rio Grande.

The goal of the study is to understand the social representations that women have before and after the hysterectomy. It is a descriptive and a qualitative research, which bases on the Social Representations Theory. Thirteen women who are in the hysterectomy process were the people of this study and they live in Rio Grande and in São José do Norte – RS. The data were collected by semi-structured interviews that were recorded and typed. The preoperative center data were collected at the gynecology ambulatory from the HU and the data from the postoperative center were collected at the academic area and at the informer's homes. We used the content analysis into thematic modalities to analyze the data. The ethics committee from Fundação Universidade do Rio Grande approved the research. The study allows knowing that the social representations of women change according to three reasons: the children presence or absence, the reason why women first go to the doctor and base pathology, noticing the different views toward the hysterectomy impact. In preoperative, women who do not have children show dissatisfaction and they felt sorry because they cannot be mothers and then, they do not play their social role as mothers. Most of women who have children showed satisfaction and relief by solving clinical problems. They were very concerned and insecure in despite of questions about sexuality, and they were insecure about their sexual and affective life aspects. Myths, beliefs and taboos did not relate to motherhood, creating doubts about the hysterectomy consequences. Most of women agreed with the procedure when they thought about their partners, however, they referred just to the biological body and the sexual acting. In immediately postoperative center, women who do not have children, complained about an intensive and a permanent pain named as a psycho pain. On the other hand, this complainant was due to the base pathology, women manifest pain toward cancer and they manifest no pain toward the uterine miomatose. Negative repercussions were differed in the promptly postoperative. That is because women cannot have children, they also are not able to keep on married, and they are not sure about feeling pleasure and about being socially accepted. Positive repercussions referred to solve problems, symptoms relief, prevention ways, self-care, self-esteem rescue, and demystification, affective and conjugal life including social and emotional aspects. Under this sense, we realized that women's behavior in front of hysterectomy is showed by the success and by the satisfaction, and it was reconstructed through their experiences. Such behavior was not linked to taboos and bias but it was linked to the reacquired welfare after women had experienced the surgery process. However, the representation expressed the meaning and the value that each woman gave to her uterus inspired by her life context and by her social relationships. Thus, it is possible to understand that the questions about the hysterectomy practice problematization contribute for the woman to have a less

traumatic representation toward the advice of to take the uterus off. Nursery is helpful in the health care practice to clients in the hysterectomy process.

Key words: Hysterectomy. Woman Health. Sexuality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS 15
2 REVISÃO DE LITERATURA 20
2.1 HISTERECTOMIA DO PONTO DE VISTA CONCEITUAL..... 20
2.2 A MULHER E A HISTERECTOMIA..... 24
2.3 GÊNERO E A HISTERECTOMIA..... 29
2.4 SEXUALIDADE, CORPO E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER SUBMETIDA À HISTERECTOMIA..... 33
3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 39
3.1 ORIGEM E CONCEITUAÇÃO..... 39
3.2 CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 42
4 PERCURSO METODOLÓGICO 49
4.1 ESPAÇO DA PESQUISA 50
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA..... 50
4.3 COLETA DE DADOS 52
4.4 ANÁLISE DOS DADOS..... 53
4.4.1 Pré-análise 54
4.4.1.1 Leitura flutuante..... 54
4.4.1.2 Constituição do corpus 55
4.4.1.3 Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos 55
4.4.2 Exploração do Material..... 56
4.4.3 Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação 56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 57
5.1 PERFIL DAS INFORMANTES 57
5.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA HISTERECTOMIA..... 58
5.2.1 Expectativas das Mulheres no Período Pré-operatório de Histerectomia.... 59
5.2.1.1 Motivo da Consulta Ginecológica 60
5.2.1.2 Possíveis Consequências da Histerectomia..... 64
5.2.1.3 Vida conjugal e afetiva: percepções do parceiro e de pessoas do círculo social 66
5.2.2 Vivências das Mulheres Submetidas à Histerectomia..... 72
5.2.2.1 Pós-operatório imediato 73

5.2.2.2 Pós-operatório mediato 75
5.2.2.3 Repercussões negativas 75
5.2.2.4 Repercussões positivas..... 78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 86
REFERÊNCIAS..... 89
APÊNDICE A: Roteiro da entrevista 94
APÊNDICE B: Consentimento livre e esclarecido de mulheres em processo de histerectomia. 96
APÊNDICE C: Perfil das informantes 98
ANEXO: Parecer do comitê de ética..... 99

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Enquanto acadêmica, desde meus primeiros contatos com os(as) clientes durante os estágios curriculares, sempre procurei assisti-los(as) holisticamente, considerando a individualidade de cada um(a), de maneira que suas necessidades humanas básicas fossem atendidas.

Ao concluir, em 1999, o Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, comecei a executar os primeiros cuidados na qualidade de enfermeira. Naquela ocasião, percebi que meu comprometimento com o cuidado do(a) outro(a) passou a ser maior. Em março de 2004, fui nomeada e lotada no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), assumindo o cargo de enfermeira responsável pelo Centro Cirúrgico (CC), passando, assim, a integrar a equipe daquele setor. Tive, então, a oportunidade de vivenciar uma nova prática profissional: assistir clientes durante a intervenção cirúrgica.

Naquele momento passei a perceber que toda a cirurgia gera estresse e ansiedade, que podem ser manifestados sob a forma de silêncio, riso, choro, tristeza, entre outras. Frente a tais manifestações, emergiram em mim inquietações que me levaram a perceber a existência de fatores que influenciavam nesses comportamentos, uns relacionados ao próprio sujeito, como os biológicos e psicológicos, outros relacionados ao ambiente, como os sócio-eco-culturais. Essa percepção desencadeou inúmeros questionamentos, entre eles: como os(as) pacientes são preparados(as), psicológica e emocionalmente, para enfrentar uma cirurgia? Quais as conseqüências que o estresse cirúrgico poderá acarretar em suas vidas?

A partir dessas inquietações, e extremamente incomodada com as situações vivenciadas, percebi o quanto era necessária a realização de um trabalho que interviesse nessa problemática. Ou seja, a necessidade da operacionalização de uma proposta que contribuísse para a melhoria da qualidade do serviço prestado às(aos) pacientes cirúrgicas(os), e que buscasse amenizar os momentos de nervosismo e até mesmo pânico por elas(es) vivenciados.

Em outubro de 2004, uma pessoa da minha família foi submetida a uma intervenção cirúrgica; e pude, com isso, compreender melhor e até mesmo valorizar mais os sentimentos de cada cliente. Passados dois meses, a mesma pessoa submeteu-se a nova intervenção, com a possibilidade de evoluir para uma histerectomia. Certamente eu a orientei quanto aos aspectos do procedimento. Dias antes da cirurgia, ela, com aparente tranqüilidade verbalizava: -"Se tiver que tirar, pode tirar". Porém, no pós-operatório imediato, sua reação foi inesperada, permaneceu muito triste, por vezes chorosa, expressando o descontentamento pela perda de seu útero, que, segundo ela, havia "gerado seu filho e suas filhas".

Esse fato me abalou profundamente por evidenciar que um procedimento que transcorrera em apenas 40 minutos, fora capaz de trazer à tona emoções e sensações até então desconhecidas, as quais desencadearam, nela e em mim, muita angústia e sofrimento. Percebi, então, que a histerectomia tem um significado diferente do atribuído a outras cirurgias, pois em torno dela há todo o valor simbólico do útero como gerador de vida, de maternidade.

Minhas inquietações se tornaram ainda mais evidentes durante o segundo semestre de 2004, quando associei minha vivência pessoal e profissional às leituras e discussões promovidas pela disciplina Gênero e Sociedade, que cursei na qualidade de aluna especial do Mestrado em Enfermagem da FURG. A partir daí, ficou evidente a necessidade de valorizar as questões de gênero no processo de cuidar de mulheres submetidas à histerectomia. Percebi, nitidamente, que havia uma lacuna entre o conhecimento que eu vinha adquirindo e o cuidado prestado por mim e por toda a equipe a essas mulheres.

Acreditando que a mulher, ao ser submetida à histerectomia, necessite ser cuidada a partir de suas relações sociais, familiares e até mesmo conjugais, e reconhecendo que sua assistência precisa ser pensada e discutida sob a ótica das questões gênero que permeiam tais relações, ao ingressar como aluna regular no Curso de Mestrado, no ano de 2005, propus-me a pesquisar **“quais as representações sociais das mulheres acerca da histerectomia antes e após a cirurgia?”**.

Por outro lado, procurei investigar a relevância do tema escolhido avaliando tanto a freqüência de realização dessa cirurgia, quanto suas implicações no universo feminino. Na cidade do Rio Grande/RS, junto ao Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., foram realizadas 152 histerectomias no período compreendido entre

março de 2004 e fevereiro de 2005, o que equivale a 10,40% do total de cirurgias ginecológicas feitas na Instituição. (NUNES; GOMES, 2005).

Situação semelhante vem ocorrendo tanto no Brasil quanto no exterior. Segundo Sbroggio (2005), em nosso país, a cada ano, cerca de 150 mil mulheres recebem a indicação de histerectomia e acabam na sala de cirurgia. Para o Sistema Único de Saúde (SUS), a histerectomia representa a segunda cirurgia mais realizada entre mulheres em idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesárea. Dados divulgados pelo DATASUS em 1999 evidenciam que naquele ano foram realizadas 93.597 histerectomias em unidades hospitalares do SUS. (ARAÚJO; AQUINO, 2003). Nos Estados Unidos, são notificados anualmente 200 mil casos de remoção de útero.

Reconhecendo que essa temática está diretamente relacionada às questões de gênero, pois envolve a mulher a partir das suas relações e representações sociais, procurei fundamentá-la nas concepções de Joan Scott, estudiosa feminista e historiadora influente nos estudos de gênero. Adepta da vertente pós-estruturalista, Scott (1988) se propõe a desconstruir a lógica dos sistemas tradicionais de pensamento. Dessa forma, gênero é compreendido como uma construção e interpretação social do biológico, não estando relacionado com a visão funcionalista da sexualidade. Ainda nesta visão, a definição de gênero reside em uma conexão integral entre duas proposições: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças entre os sexos, e gênero é a maneira primordial de significar relações de poder, em que as representações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis. (SCOTT, 1988).

Analisando a histerectomia a partir das questões do corpo, é possível notar também que há uma forte relação, visto que essa prática envolve a retirada de um órgão relacionado à feminilidade e sexualidade, modificando assim a imagem corporal da mulher. Novoa (1996) considera que o útero, além de suas funções biológicas, associa-se ao conceito de feminilidade, por relacionar-se ao papel reprodutor da mulher e à sua vida sexual. O autor acredita ainda que as mulheres podem perceber o útero como um aspecto importante da feminilidade, de maneira que a sua perda refletirá sobre sua capacidade como fêmea, incluindo o desejo sexual e a libido. Nesse sentido, refere que as mulheres só se dão conta da importância do útero, como garantia de ser mulher, após a sua retirada; por conseguinte, sofrem abalo em sua identidade feminina, pois para elas o útero

simboliza a capacidade sexual. Após sua retirada, a mulher passa a sentir-se diminuída, pois acredita estar incapacitada sexualmente para sentir e dar prazer.

O estudo sobre a sexualidade da mulher histerectomizada implica o conhecimento dos valores que regem o comportamento sexual humano, que pode ser definido como “fruto do aprendizado, e como tal é ditado pela cultura em que cada indivíduo está inserido; portanto, os comportamentos podem ser diferentes em culturas diferentes e não têm necessariamente a finalidade procriativa”. (MACHADO, 2000, p. 2). Enxergar o sexo apenas com uma ótica biológica – o que funciona ou não funciona – não contempla o todo, pois o comportamento sexual vai além da manifestação das necessidades físicas, ele vem coberto de uma roupagem cultural. (MACHADO, 2000). Assim, a sexualidade é resultado dos valores e mitos construídos socialmente, sendo manifestada diferentemente por homens e mulheres. Acredito ser de suma importância considerar essas concepções na abordagem de questões relativas à sexualidade e afetividade da mulher histerectomizada.

Conforme as abordagens citadas anteriormente, foi percebido que a realização de uma cirurgia de retirada do útero produz emoções conflitivas, traumáticas, de insegurança e ansiedade. Além dos medos que tradicionalmente uma intervenção cirúrgica pode despertar, a histerectomia é acrescida de dúvidas e inquietudes em relação à condição de mulher. Para Cosmo e Carvalho (2000), as possíveis indagações, dúvidas e inseguranças das mulheres frente a um diagnóstico que implica a retirada do útero, poderão desencadear mudanças no padrão sexual, por acreditarem na perda do desejo e na remoção de estruturas vitalmente necessárias para a atuação sexual.

Frente a um diagnóstico que requeira a remoção do útero, a mulher começa a reagir positiva ou negativamente, a partir de seu conhecimento, técnico ou popular. Junto às suas reações, a mulher poderá exteriorizar seus conflitos, suas inquietações, seus sentimentos, a partir de suas Representações Sociais, que, por sua vez, constituem-se de suas vivências, percepções e mitos, bem como da cultura na qual está inserida, influenciada pelo seu contexto social.

Portanto, reconhecendo que o útero é um órgão biologicamente associado à reprodução e socialmente vinculado à feminilidade e sexualidade, percebemos sua extirpação como um ato agressivo e mutilante, que interfere tanto na expressão da sexualidade feminina, na imagem de corpo, quanto na sua vida social. Partindo dessa premissa, pressupomos que as mulheres histerectomizadas apresentem

necessidades e comportamentos diferentes das submetidas a outras cirurgias, pressupomos ainda que esta cirurgia, a partir de suas inúmeras questões imbricadas, venha a interferir nas questões de gênero e sexualidade, podendo até mesmo gerar conflitos no seu relacionamento conjugal. Assim foi realizado este estudo com o seguinte objetivo geral:

-Compreender as Representações Sociais que as mulheres possuem acerca da histerectomia, antes e após o procedimento cirúrgico.

E com os seguintes objetivos específicos:

-Reconhecer as crenças, os anseios e mitos, expressos por mulheres frente à histerectomia.

-Identificar alguns fatores que interferem no comportamento das mulheres submetidas à histerectomia.

-Comparar expectativas de mulheres no pré-operatório de histerectomia com vivências do pós-operatório tardio.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTERECTOMIA DO PONTO DE VISTA CONCEITUAL

Nas concepções de Sbroggio, Osis e Bedone (2005), desde a antiguidade, o útero esteve associado a algo sagrado do corpo feminino. Para os autores, as mulheres só se dão conta da existência desse órgão quando precisam engravidar ou retirá-lo. Nesse sentido, a histerectomia, cirurgia que consiste na remoção do útero, pode e deve ser abordada nas dimensões biológica e psicossocial, uma vez que tal prática cirúrgica envolve tanto as questões relacionadas à função reprodutiva quanto às associadas à feminilidade.

Do ponto de vista biológico, a histerectomia classifica-se em total ou subtotal. Na primeira, são extirpados o corpo e o colo do útero; e na segunda, apenas o corpo do útero é dissecado. Na dimensão psicossocial são consideradas todas as implicações decorrentes do significado deste órgão para cada mulher, bem como para o seu companheiro e para a sua família, ou seja, as crenças e representações dessa cirurgia no contexto social de cada cliente.

Na maioria das vezes, a histerectomia é feita por meio de uma incisão no abdome, sendo denominada histerectomia abdominal. Em outros casos, pode ser realizada por via vaginal, sendo chamada de histerectomia vaginal. Há, ainda, aquela realizada por videolaparoscopia, na qual, por meio de pequenos orifícios incisos no abdome, o útero é visualizado, sendo a sua retirada efetuada pela vagina. Quando a cirurgia é acompanhada da retirada dos ovários e trompas, denomina-se histerectomia total com anexectomia bilateral. Na maioria dos casos, a histerectomia pode ser a única opção para preservar a vida da paciente, como em neoplasias ou mesmo patologias que podem levar ao câncer de útero; câncer dos ovários; hemorragias intensas pós-parto e infecções pélvicas severas. (CTM-CENTRO DE TRATAMENTO DE MIOMAS, 2005).

Lemgruber (1995) aborda ainda a histerectomia radical, na qual, além do corpo uterino, parte da vagina, trompas e gânglios linfáticos são removidos. Esse tipo de cirurgia é indicado em casos de câncer. O autor discorre também sobre a

histerectomia fúndica, como uma cirurgia conservadora em que é retirado apenas o fundo do útero, permanecendo, assim, a função menstrual do órgão.

A presença de mioma no corpo uterino é a causa mais comum para uma histerectomia. Para Frederickson (1992, p. 37), “o mioma também chamado de fibromioma ou leiomioma é um tumor uterino benigno, composto de músculo liso e de elementos do tecido conectivo”. A presença de vários miomas denomina-se miomatose uterina, patologia essa que representa**,** atualmente, a principal causa da histerectomia no serviço de cirurgia ginecológica do Hospital Universitário da FURG (NUNES; GOMES, 2005).

A sintomatologia dessa afecção pode ser abordada de acordo com suas formas de apresentação. Existem miomas grandes praticamente assintomáticos, outros de tamanhos variados, que podem provocar dor, pressão e aumento do sangramento uterino. Dependendo da localização, os miomas podem produzir sintomas urinários ou queixas retais, se o tumor está na parede do útero pode produzir sangramento anormal, infertilidade e aumento do fluxo menstrual, ocasionando hemorragias sucessivas que podem levar a mulher a um quadro de anemia crônica. Além disso, os miomas podem trazer complicações, se presentes durante a gravidez, como abortamentos e trabalho de parto prematuro (PAULA, 2001).

Comumente, o mioma surge em mulheres durante a idade de reprodução e, em geral, diminui de tamanho ou desaparece com a involução do útero depois de encerrada a função ovariana. Uma vez que não evolua dessa forma, a cirurgia passa a ser o método de tratamento mais comum, sendo indicada quando os miomas se apresentarem suficientemente grandes, de forma a preencherem toda a pelve, assim como crescerem, após a menopausa ou ainda quando o sangramento não for controlado pela terapia clínica. Nesses casos, os miomas podem ser removidos isoladamente por meio da miomectomia, com preservação do útero, da função menstrual e reprodutiva da mulher. Essa prática, geralmente, é realizada quando a fertilidade da mulher está em questão; caso contrário, a histerectomia total passa a ser o tratamento mais utilizado. (GREER, 1994).

É comum ouvirmos que uma vez completada a família, o útero é considerado um corpo estranho “ninho de bebês ou de câncer”, que deve ser removido. Paula (2001) não defende essa idéia, pois em sua opinião, mesmo para a mulher que não deseje mais ter filhos, o útero não é um órgão a ser descartado levianamente.

Lemgruber (1995) também considera que não tem sentido a retirada do útero sem uma causa concreta que realmente justifique tal conduta, como, por exemplo, para a prevenção de um possível câncer.

Em consonância com Paula (2001) acreditamos que a decisão por uma histerectomia requer indicação precisa e inquestionável, caso contrário estará reduzindo a mulher à simples dimensão biológica, ou seja, desconsiderando seu universo psíquico e sua sexualidade.

De acordo com Greer (1994), o câncer de útero é o que mais acomete mulheres em idade fértil. No entanto, a prevenção desse tipo de câncer não deve ser realizada por meio de histerectomia. Tal prevenção requer que se desenvolvam ações coletivas e individuais, ou seja, que se realizem programas educativos com o objetivo de diagnóstico precoce, acompanhado de ações individuais, direcionadas às mulheres acometidas por essa patologia.

Certamente, uma equipe comprometida com as questões de saúde, em especial da mulher, pode garantir, por meio da informação e da abertura de espaços, o alívio de suas angústias, medos e anseios, além de proporcionar um melhor entendimento dos motivos e conseqüências biológicas, psicológicas e sociais de uma histerectomia.

Como principais conseqüências biológicas da histerectomia, cabe citar aquelas relacionadas às questões hormonais, uma vez que, havendo a retirada dos ovários – ooforectomia - a mulher perde sua fonte do hormônio feminino, o estrogênio. Nesse caso, haverá a possibilidade de reposição por meio de uma Terapia de Reposição Hormonal (TRH); caso contrário, ocorrerá menopausa instantânea, aumentando a chance do desenvolvimento de osteoporose e enfartes cardíacos. O relato de sintomas, como fadiga, ganho de peso, dores articulares, alterações urinárias e depressão, é comum mesmo entre as pacientes que não tiveram seus ovários extirpados. (CTM, 2005).

Quanto às possíveis complicações de uma histerectomia, Nettina (1999) apresenta a infecção incisional/pélvica, hemorragia e lesões das vias urinárias. A autora americana também recomenda alguns cuidados às mulheres em processo de histerectomia, de acordo com os diagnósticos de enfermagem, previamente definidos. Entre eles estão os distúrbios de auto-estima e a disfunção sexual, devido a alterações dos órgãos femininos e da função reprodutora, respectivamente.

Observamos que, por parte de Nettina (1999), há uma importante preocupação em indicar os cuidados de enfermagem com base nas alterações físicas e psicológicas. Como intervenções para melhorar a auto-estima, a autora recomenda: permitir à paciente discutir sentimentos a respeito de si própria, enfocando sua percepção como mulher, tranqüilizá-la de que ainda é feminina; bem como estimulá-la a discutir tais sentimentos com o esposo ou outra pessoa amiga. Em relação à retomada da função sexual, a autora aborda a importância de discutir as alterações relacionadas ao funcionamento sexual, devido ao encurtamento da vagina e a possível dispareunia, conseqüente ao ressecamento vaginal. Nettina (1999) sugere ainda o esclarecimento à mulher acerca de algumas medidas para melhorar o funcionamento sexual como o uso de lubrificantes hidrossolúveis e a mudança de posição durante o ato sexual.

Em relação ao processo educativo, a autora enfatiza os cuidados em saúde indispensáveis à atenção à mulher em processo de histerectomia. Entre os principais cuidados estão: comunicar à paciente quanto às chances de apresentar menopausa cirúrgica devido às alterações hormonais; tomar medidas que previnam tromboembolia; evitar movimentos que produzam esforço da musculatura abdominal inferior, como dirigir automóveis; informar a possibilidade de sensação de cansaço, desânimo, e depressão; sendo necessário ainda, englobar entre os cuidados, informações sobre a cirurgia, reforçando as instruções fornecidas pelo cirurgião, orientando quanto a identificação e relato de sinais e sintomas de infecção, salientando também a importância dos exames de rotina. (NETTINA, 1999).

Frente às questões abordadas anteriormente, quanto aos cuidados de enfermagem, notamos que os mesmos contemplam os aspectos relacionados à qualidade de vida da mulher em processo cirúrgico de histerectomia, uma vez que há um olhar não apenas para as questões biológicas, indispensáveis a essa prática, mas também para os aspectos psicossociais, que englobam a auto-estima e a sexualidade.

2.2 A MULHER E A HISTERECTOMIA

Alguns estudos brasileiros abordam a histerectomia a partir de outros aspectos, além dos biológicos. Entre eles, Bunchaft (2005 p.1) relata:

> Apesar de, na literatura médica, nada indicar que a histerectomia leve a alterações sexuais, a associação psicológica entre a procriação e a sexualidade pode afetar as mulheres submetidas a essa cirurgia nos seguintes aspectos: autoconceito, sintomas depressivos, relacionamento sexual e conjugal, sintomas psicossomáticos etc.

Araújo e Aquino (2003), a partir de um estudo realizado com usuárias do setor público de saúde do Recife, apresentam como fatores de risco para histerectomia: a renda familiar per capita relativamente maior, a nuliparidade e a paridade de até três filhos, a demanda por cuidados médicos devido a problemas menstruais, bem como o antecedente de distúrbio menstrual ou de morbidade do colo uterino, aparecendo ainda como fatores de risco; a hospitalização por causa ginecológica e a presença de laqueadura tubária antes dos trinta anos. Por outro lado, as autoras identificam a história prévia de natimorto e a menopausa como fatores de proteção. Analisando o elenco de fatores apresentados, é possível acreditar que, na realidade, eles representam as situações em que houve maior incidência de histerectomias, bem como os elementos de proteção entre as integrantes do estudo, pois o conceito de risco, segundo Ferreira (2005), consiste naquilo que vem contribuir para um resultado, interferindo, direta ou indiretamente, tanto na causa e no desenvolvimento de uma determinada doença quanto no seu desfecho.

Caliri (1994) realizou um estudo junto a mulheres submetidas à histerectomia em decorrência de leiomiomas, tumor benigno de musculatura lisa, com o objetivo de compreender e de descrever o processo vivenciado por essas mulheres sob suas próprias perspectivas. A autora comenta que, para elas, existia uma situação de ambigüidade, ou seja, por um lado, reconheciam a necessidade de submeterem-se à histerectomia, a fim de resolver os problemas que as impediam de ter uma vida "normal", por outro, manifestavam a incerteza sobre as conseqüências de ficar sem o útero. Caliri (1994) comenta ainda que as situações de incerteza surgiam em conseqüência da tensão entre o "*self* privado" e a "identidade pública" de mulher histerectomizada, freqüentemente manifestada por meio de estereótipos, como

mulher "vazia", "fria", e "diferente" das outras. Tais situações vieram direcionar as ações e interações das participantes, caracterizando o processo central vivenciado pelas mulheres, a fim de tentar resolver as incertezas frente à histerectomia.

Com o intuito de ilustrar as manifestações apresentas pelas mulheres submetidas a essa cirurgia, apontamos o estudo do tipo qualitativo, desenvolvido por Sbroggio; Osis e Bedone, (2005), no qual buscaram identificar os mitos cultivados por dez mulheres hospitalizadas em pré-operatório de histerectomia, no que se refere ao significado da perda do útero em suas vidas. Elas exteriorizaram como crenças mais recorrentes, em relação à extirpação do útero, a perda da feminilidade, a frigidez, a sensação de não ser mais a mesma, a possibilidade da mudança na imagem corporal, como “ter um buraco”, ou ficar oca, vazia, e ainda expressaram o que pensam, tanto sobre a interferência na vida afetiva e sexual quanto sobre a percepção que os companheiros poderão ter a seu respeito como senti-las ocas, frias e sem interesse sexual. Desse estudo, foi possível apreender que as mulheres apresentam mitos quanto à retirada do útero, os quais podem estar relacionados tanto ao desconhecimento acerca da fisiologia da resposta sexual quanto às possíveis repercussões em suas relações de gênero.

Em estudo realizado junto a mulheres mexicanas em idade reprodutiva, que, por complicações durante o parto, foram submetidas à histerectomia, Cuamatzi (2004) procurou conhecer tanto o significado da perda do útero quanto os indicadores de mudanças de vida após a cirurgia. As unidades temáticas identificadas convergiram para três categorias: a percepção dos motivos da histerectomia; a perda como motivo de sofrimento e as mudanças no corpo físico e no corpo social. De maneira geral, os motivos de tal mutilação não eram previamente esclarecidos para as mulheres pois, ao tomarem ciência dessa necessidade, o fato já havia acontecido. No imaginário delas, tais motivos estiveram relacionados a um quadro sintomatológico, apresentado unicamente pelo corpo biológico como: temperatura alta, infecção, sangramento vaginal, anemia, distócias, risco para desenvolver câncer, ou, ainda, para salvar suas vidas.

No entanto, na percepção das mulheres que integraram o referido estudo, a perda do útero gerou um sofrimento que recaiu muito mais em seus corpos sociais, pois seus corpos biológicos se recuperaram de maneira satisfatória. Assim, o conhecimento das questões subjetivas e socioculturais que permearam o universo simbólico dessas mulheres possibilitou a identificação da histerectomia como fator

que vem a interferir sobremaneira na qualidade de suas vidas, seja estigmatizando-as por não mais produzirem filhos(as), ou punindo-as moralmente através do abandono marital, da dissolução do casamento e do isolamento social, o que as impede de levar uma vida social e afetiva que as satisfaça.

De acordo com a realidade apresentada no estudo de Cuamatzi (2004), é percebida a insatisfação das mulheres com o poder de decisão da classe médica, sobre o corpo feminino, o que as impossibilita de decidirem sobre tal conduta. Nesse sentido, ainda questionaram, no processo de indicação da histerectomia, a possibilidade de haver um equívoco, por parte dos profissionais, em relação aos seus casos em particular.

Em uma pesquisa com mulheres submetidas à histerectomia, Brito (2000) buscou identificar quais as Necessidades Humanas Básicas eram afetadas durante os períodos pré, trans e pós-operatórios, averiguando se as mulheres do estudo se enquadravam na síndrome cirúrgica descrita por Wanda Horta. A autora constatou que todas se enquadravam na referida síndrome e que as principais necessidades básicas afetadas foram: segurança emocional, sexualidade, auto-imagem, sono e repouso e educação à saúde, dentre outras. Desse modo, Brito (2000), ressalta a importância do Cuidado de Enfermagem como forma de minimizar o estado de tensão e ansiedade das clientes, fornecendo apoio, informações e uma assistência individualizada. É constatado, assim, que a enfermagem não limita o cuidado à simples dimensão biológica, pois também avalia e incorpora no seu fazer as dimensões psicossociais, as quais contribuem não só para a recuperação clínica, mas também para a manutenção da saúde e qualidade de vida das clientes, o que freqüentemente vem sendo negligenciado no cotidiano das instituições hospitalares.

Os aspectos psicológicos foram abordados por Paula (2001) em um estudo sobre as repercussões psíquicas da histerectomia por miomatose uterina, realizado no Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, em São Paulo. Os questionamentos desse estudo surgiram a partir do discurso de profissionais da área da saúde com base na idéia de que o útero “não serve para nada” apenas para “gerar filhos e ter câncer”. Tal discurso era repetido por algumas pacientes. A autora procurou investigar se, além da procriação e do caminho para uma doença degenerativa como é o câncer, existe outro significado para esse órgão, ou seja, qual o significado psíquico comprovando que, de uma forma geral, existe a presença da angústia e do sofrimento numa cirurgia de retirada do útero. As pacientes

submetidas a essa perda precisam lidar com as repercussões relacionadas à sexualidade e ao valor simbólico do útero na sua história de vida. O estudo permitiu ainda constatar que a literatura existente fornece um referencial clínico mais abrangente do que o psicológico, o que sugere a importância do estudo psicológico dessa questão.

Na área da saúde mental, Carvalho et al. (1999) realizaram um estudo a fim de avaliar a relação da histerectomia com a depressão e as perturbações da resposta psicossexual. Para tanto, compararam respostas dadas por mulheres submetidas à histerectomia total, com um grupo controle, composto por mulheres submetidas a outras cirurgias ginecológicas, particularmente plastias. Os autores realizaram três avaliações sendo a primeira no período pré-operatório, e as demais aos três e aos doze meses após a cirurgia, concluindo que há uma relação significativa entre os dois grupos. A sintomatologia depressiva, logo na primeira avaliação, ocorreu em ambos os grupos, demonstrando a importância atribuída a qualquer intervenção sobre o aparelho genital, além de expressar a representação de tais cirurgias como acontecimentos potencialmente patogênicos. Ao fim de um ano verificaram uma relação significativa entre histerectomia e depressão; enquanto no grupo controle 13,5% das mulheres se mantiveram com depressão, entre as que fizeram histerectomia, essa taxa foi de 42,3%. Os resultados sugerem também algumas perturbações específicas do comportamento sexual pós-histerectomia, tais como diminuição do desejo sexual em 60% das mulheres e diminuição significativa na freqüência do coito. Os autores, a partir desse estudo, defendem a importância do estabelecimento de propostas no sentido de aprimorar cada vez mais os cuidados às mulheres submetidas a tal procedimento.

Em suma, o processo cirúrgico da histerectomia, compreendido pelo pré, trans e pós-operatório, pode acarretar várias implicações na vida da mulher. Com a excisão de um órgão biologicamente feminino, há uma degradação do corpo, afetando, assim, a auto-imagem feminina. Visto que o útero tem sua função biológica e fisiológica ligada à maternidade e representa socialmente a sexualidade, é possível inferir que sua retirada poderá interferir negativamente na qualidade de vida de uma mulher, a exemplo de suas relações sociais, incluindo a relação conjugal. Portanto, o embasamento do cuidado à mulher submetida a esse tipo de cirurgia requer a compreensão e a articulação de conceitos como histerectomia, gênero, sexualidade e qualidade de vida.

É fundamental enfatizar, no entanto, que para algumas mulheres a histerectomia, muitas vezes, constitui a solução do problema, pois proporciona o alívio dos sintomas decorrentes da patologia de base. Rhodes e cols (1999), em pesquisa desenvolvida na University of Maryland, EUA, apontam que a atividade sexual tende a aumentar, e as disfunções sexuais a diminuir entre as mulheres que se submetem a esse procedimento. O número de mulheres relatando dispareunia, baixa libido, anorgasmia ou ressecamento vaginal diminui significativamente passados 12 a 24 meses da cirurgia. Os autores verificaram ainda que a melhora da função sexual começou aos seis meses de pós-operatório e se manteve em períodos posteriores.

Em relação a tais resultados, os autores referiram:

> A função sexual melhorou em geral depois da histerectomia. A maioria das mulheres com problemas na função sexual, antes da cirurgia, não apresentava mais esta problemática, após o procedimento cirúrgico. As mulheres que não apresentavam problemas antes da cirurgia também não desenvolveram problema depois. Porém, os autores advertem que é importante que estes dados não sejam interpretados como indicativos que a histerectomia melhore a função sexual em mulheres hígidas. (RHODES e cols, 1999, p. 1).

No estudo analisado, a maioria das pacientes que se submeteram à histerectomia apresentava distúrbios ginecológicos relacionados a alguma patologia uterina, situação que justificava a realização de tal procedimento. Os autores salientam que não vêem razão para acreditar que a remoção de um útero sadio melhore a função sexual. Os investigadores afirmam ainda que, embora haja muitos mecanismos plausíveis que poderiam ser responsáveis pela melhora observada, também é possível que as mulheres simplesmente se sintam melhor depois da histerectomia e que a função sexual melhore juntamente com as condições gerais de saúde e a qualidade de vida.

Frente à realidade americana exibida por meio do estudo de Rhodes e cols (1999), percebemos o quanto é importante dispor de uma equipe sensibilizada para atender a mulher em processo de histerectomia, considerando as diferentes representações dessa cirurgia para cada uma. Assim, é necessário que os(as) profissionais de saúde que atuam na assistência à mulher em processo de histerectomia, proporcionem espaço para que as dúvidas, crenças, tabus e sofrimentos sejam exteriorizados, de forma que tanto o corpo biológico quanto o social sejam considerados, ou melhor, que sejam enfocadas tanto a saúde sexual

quanto a qualidade de vida dessas mulheres, visando a minimizar as seqüelas que poderão advir da retirada do útero.

2.3 GÊNERO E A HISTERECTOMIA

Para Louro (1996) e Meyer (2003), os movimentos de mulheres e o feminismo podem ser historicizados, mais recentemente, fazendo-se referência à primeira e segunda ondas. A primeira onda no Brasil começou com a Proclamação da República em 1889 e terminou aproximadamente quatro décadas mais tarde, quando o direito ao voto foi facultado às mulheres na Constituição de 1934. Esse movimento, conhecido como sufragista, aglutinou interesses desencadeando reivindicações como o direito à educação, a condições dignas de trabalho e ao exercício da docência. (MEYER, 2003).

Desde esse período, segundo Meyer (2003, p. 12), já era possível visualizar "uma multiplicidade de vertentes políticas que faziam do feminismo um movimento heterogêneo e plural". A autora fundamenta sua afirmação referindo que, enquanto o feminismo burguês lutava pelo direito ao voto e ao ensino superior, outro grupo engajou-se nas lutas sociais batalhando pela formação de sindicatos, melhores condições salariais e de trabalho. Já o feminismo anarquista, além do direito à educação, defendia, também, o direito de decidir sobre o próprio corpo e a própria sexualidade.

A segunda onda do feminismo no Brasil associou-se tanto aos movimentos que se opunham ao regime militar, quanto aos de redemocratização da sociedade, ocorridos na década de 80. Houve, nessa ocasião, o reconhecimento da necessidade de maior investimento na produção do conhecimento, incluindo a realização sistemática de pesquisas com o objetivo de "não só denunciar, mas, sobretudo, compreender e explicar a subordinação social e a invisibilidade política a que as mulheres tinham sido historicamente submetidas". (MEYER, 2003, p. 12).

Nessa mesma época, foi institucionalizado o divórcio, constituindo novos parâmetros de vida para as mulheres brasileiras que almejavam um projeto de identidade e autonomia (LOURO, 1996). Os estudos de Vaitsman (1994) relacionam a formação universitária com o projeto feminista, considerando ainda que o meio

acadêmico leva a uma reflexibilidade sobre a condição feminina, inclusive quanto ao casamento e a um novo projeto de identidade social para as mulheres.

De forma mais detalhada, durante a segunda onda, com a Reforma Universitária de 1968, ocorrida no governo militar do Marechal Arthur da Costa e Silva, houve a reestruturação das universidades, sendo estabelecido o sistema de departamentos, ao invés das cátedras, buscando a articulação entre ensino e pesquisa. Foram reorganizados os cursos de graduação, compreendendo formação básica e profissionalização. Juntamente com a formação profissionalizante, foi concedido incentivo à pesquisa; com isso, a universidade passou a priorizar a formação de pesquisadores e pesquisadoras nas mais diversas áreas do conhecimento. Foram criados grandes núcleos de pesquisa, entre os quais, aqueles dedicados ao estudo das mulheres e das relações de gênero.

Mesmo com a imensa produção de trabalhos científicos nessa área, não houve repercussão suficiente para modificar os currículos universitários, principalmente nos cursos teóricos. Nesse sentido, Aguiar (1997) comenta que a universidade necessita reconhecer a pesquisa como contribuição significativa para a comunicação mais ampla do conhecimento científico, incorporando em seus estudos as diferenças de gênero, os estudos de mulheres, incluindo a análise de constituição das subjetividades feminina ou masculina.

O avanço do conhecimento sobre a temática reside nas opções entre estudos de mulheres e de relações de gênero, sendo que ao priorizar esta última, acreditava-se que evitaria lançar a mulher num campo isolado. Contudo, os estudos de gênero também passaram a ser vistos como estudos de mulheres, apesar de seu enfoque relacional. A dificuldade, em qualquer opção, estaria em evitar um diálogo com o corpo teórico substantivo das disciplinas em que essas áreas de conhecimento se inserem. Esquivar-se desse desafio faria com que as mulheres ficassem à margem das Ciências Humanas, sem que os particularismos e os preconceitos que permeiam o conhecimento tradicional sejam demonstrados. Conseqüentemente, o isolamento existe e continuará a existir a não ser que surja uma crítica construtiva dessas ciências, a partir dos estudos de gênero. (AGUIAR, 1997).

Por conseguinte, a mulher passou a ingressar, a partir da década 80, nas universidades em busca de cursos predominantemente femininos como aqueles pertencentes às ciências humanas, às ciências sociais, e à educação. Sendo assim, começaram a crescer os cursos de Enfermagem, Sociologia e Pedagogia. Esse fato,

conseqüentemente, contribuiu para que as mulheres começassem a conquistar os seus espaços no campo da pesquisa. (SILVA, 1999; AGUIAR, 1997).

Para Scott (1990), o termo gênero foi usado como uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso dos termos sexo e diferença sexual.

A autora complementa referindo que o uso do termo gênero

> [...] rejeita explicitamente explicações biológicas como aquelas que encontram um denominador comum, para diversas formas de subordinação, no fato de que as mulheres têm as crianças e os homens têm uma força muscular superior. O gênero torna-se, antes, uma maneira de indicar construções sociais – a construção inteiramente social de idéias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. (SCOTT, 1990, p. 7).

Com esse conceito é possível distinguir as diferenças anátomo-fisiológicas das desigualdades sociais tanto de oportunidades quanto de escolhas que delas advêm. Assim, o termo sexo refere-se às características biológicas predeterminadas, enquanto gênero caracteriza-se a partir das relações homem-mulher as quais são construídas socialmente. Aplicando esse conceito, ao redigir os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Ministério da Saúde reconhece que "o gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação [conseqüentemente], as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. (BRASIL, 2004. p.12).

As vertentes teóricas que melhor fundamentam as questões relacionadas ao gênero são o patriarcado, a psicanalítica, a marxista e a pós-estruturalista.

O **patriarcalismo** apregoa que a dominação de um grupo social privado ou público é exercida pelo homem, cabendo à mulher encarar essa superioridade como coisa natural, ou seja, que faz parte da natureza da espécie humana. (AGUIAR, 1997). Assim, nas relações familiares entre marido e mulher, pai e filhas, irmão e irmã há uma hierarquia “natural e inquestionável”, por meio da qual o homem manda e a mulher obedece. Essa relação evidenciada em nível doméstico se estende ao espaço público, ocorrendo nas pequenas e nas grandes empresas, bem como na direção das escolas, nos hospitais e nas instituições similares, além de ocorrer no cenário político.

A vertente **psicanalítica**, de acordo com Stoller (1993), procura explicar as masculinidades e feminilidades, bem como as psicopatologias delas advindas, tendo como ponto de partida os conceitos de ansiedade, de castração, inveja do pênis e o

complexo de Édipo, descritos por Freud. A masculinidade e a feminilidade são convicções que se formam "a partir de atitudes dos pais, especialmente na infância, sendo tais atitudes mais ou menos semelhantes àquelas mantidas pela sociedade como um todo, filtradas pelas personalidades idiossincráticas dos pais". (STOLLER, 1993, p. 28). O autor ainda salienta que aos dois ou três anos de idade, quando a feminilidade está definida nas meninas, e a masculinidade estabelecida nos meninos, é quase impossível alterá-las.

Na perspectiva **marxista**, a classe social constitui o elemento central para a compreensão das desigualdades sociais entre homens e mulheres. No Brasil, os estudos de gênero fundamentados nessa vertente surgiram a partir do interesse de pesquisadoras e professoras universitárias pelo tema "a mulher na força de trabalho". As teorias de gênero, nos anos 70, quando a segunda onda do feminismo emergiu da nova esquerda, refletiam ainda a influência do marxismo. A partir dessas teorias, as relações de gênero foram inseridas na economia política, embora tentando expandir esse âmbito, a fim de englobar também o trabalho doméstico, a reprodução e a sexualidade. Nos anos 90 a nova esquerda já não era mais que uma lembrança, e o marxismo estava sendo desconsiderado por vários teóricos. Gênero passou, então, a ser compreendido como uma construção cultural, sendo atualmente considerado um ramo dos estudos culturais. (FRASER apud BRUSCHINI; UNBEHAUM, 2002).

Para a vertente **pós-estruturalista**, gênero é um campo no qual foi e é vivida a história, podendo incitar novas propostas, esclarecendo velhas questões, resgatando sujeitos que até então se apresentavam usualmente escondidos nas análises mais tradicionais. Assim, gênero é considerado uma categoria útil de análise histórica, que vem articulada às categorias de classe e raça, devendo ser integrada à pesquisa, a fim de propor novas questões para tornar visíveis os sujeitos e processos até então ignorados. (LOURO 1996).

Nessa perspectiva, o conceito de gênero surgiu pela necessidade de diferenciar as questões biológicas das sociais. Portanto, sexo é considerado biológico e se constitui da diferença entre masculino e feminino, enquanto o gênero é sociocultural, que se constrói e se expressa por meio das relações sociais. Considerando que o indivíduo não pode ser pensado sozinho, só existindo em relação, basta que haja relação entre dois indivíduos para que o social já exista. Portanto, gênero serve para podermos entender as relações sociais que envolvem

homem e mulher, em diferentes segmentos da sociedade, como na família e na escola. (GROSSI, 1998).

Na visão de Louro (1996), a proposta de desconstruir a naturalização das diferenças a partir da desconstrução da lógica dos sistemas tradicionais de pensamento, como nas relações, implicaria problematizar tanto a oposição entre homem e mulher quanto a unidade interna de cada um, evidenciando que cada pólo existe em relação e em oposição ao outro. A isso, a vertente pós-estruturalista chama de homogeneização interna do feminino e do masculino e atenta para a necessidade de haver um rompimento dessa concepção por meio do reconhecimento da existência de diversidade no interior de cada um. Requer, assim, que se incorporem à análise outras dimensões das relações sociais, tais como raça, classe e geração, que nos posicionam diferentemente no contexto social. (FARAH 2004). Frente a isso, cabe resgatar a questão da reinserção da mulher histerectomizada em seu meio social, visto que, após a cirurgia, ela vem a enfrentar uma fase crítica devido às adaptações orgânicas e psicológicas, entre elas seu papel de mulher, de esposa e de fêmea, responsável por atender aos desejos do outro, ou seja, do homem, o qual muitas vezes não considera nem respeita sua individualidade.

2.4 SEXUALIDADE, CORPO E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER SUBMETIDA À HISTERECTOMIA

Juntamente com as primeiras discussões sobre gênero, a partir das lutas dos anos 60, começaram os grandes questionamentos em relação à sexualidade e ao corpo feminino. Até então, no Brasil, a mulher era percebida apenas por sua "especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares". (BRASIL, 2004, p. 14).

Com a comercialização da pílula anticoncepcional, a virgindade, enquanto valor essencial das mulheres para o casamento, começou a ser amplamente questionada, e o sexo como fonte de prazer e não apenas destinado à reprodução da espécie humana incitou discussões no ocidente. (GROSSI, 1998).

Durante o século XX, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) , assim como o aparecimento da AIDS em 1981, influenciaram de maneira decisiva a sexualidade humana. O vírus HIV forçou uma mudança sem precedentes. A camisinha, que havia caído em desuso, principalmente após a descoberta da pílula anticoncepcional, passou a ser uma grande arma no esforço preventivo, voltando a ser comercializada em grande escala. Esse método, capaz de prevenir uma gravidez indesejada e as DSTs, permite relacionamentos sexuais seguros e prazerosos. (GIV, 2007). A esse contexto soma-se a conquista da liberdade frente às questões de sexualidade do ser humano, principalmente referentes à mulher, a qual, até então reduzida à figura materna, passa a ter a oportunidade de buscar outra forma de prazer, realizando seus desejos sexuais sem necessariamente condicionar-se à procriação.

Na visão de Grossi (1998, p. 15), “Sexualidade é um conceito contemporâneo utilizado para se referir ao campo das práticas e sentimentos ligados à atividade sexual dos indivíduos”. A partir dessa concepção, pode ser percebida uma preocupação da autora em considerar as subjetividades por meio dos sentimentos que estão presentes nas relações sexuais.

Para a abordagem construcionista, o estudo da sexualidade está subordinado ao estudo da reprodução das relações sociais. Nesse sentido, a sexualidade não pode ser vista independente, ou seja, como uma manifestação em si, pois é resultante de dinâmicas sociais específicas, produzindo fatos específicos, aos quais se atribuem valores também específicos ao significado de “sexual”. (VILLELA; ARILHA, 2003).

As autoras ainda relacionam sexualidade, fundamentadas em Foucault, como um dispositivo acionado socialmente como instrumento de poder, ou seja:

> ...os discursos que se elaboram sobre a sexualidade e que a instituem como uma dimensão fundamental da vida privada simultaneamente ancoram dinâmicas ou necessidades sociais, de modo que o indivíduo passa a vivenciar ordenamentos sociais como se fossem necessidades suas [...] para compreender nossa cultura necessitamos compreender como instituímos a sexualidade. (VILLELA; ARILHA, 2003, p. 109).

A sexualidade vista a partir das Ciências Sociais passa a ser revelada, constituindo-se em um componente universal da experiência humana. Na perspectiva antropológica, ela é sempre situacional, apresentando-se de maneira diferente em distintos espaços culturais, sendo múltipla e complexa, envolvendo

dimensões como o amor, o erotismo, as práticas sexuais, a moral e as representações. (TORRES, 2002). Para a Organização Mundial da Saúde,

> A sexualidade forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. Sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso, é a energia que motiva a encontrar o amor, o contato e a intimidade e se expressa na forma de sentir, na forma de as pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto a saúde física como a mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico. (OMS, 1975 apud EGYPTO, 2003, p. 15).

Percepção semelhante é expressa por Jesus (2001), ao comentar que há dificuldades e distorções ao lidar com assuntos referentes à sexualidade; esse fato, porém, vincula-se a uma importante carga afetiva, bem como à falta de conhecimento ou mesmo às atitudes negativas que acompanham esse tema, já há algum tempo. Entretanto, para essa autora, sexualidade tem que estar cada vez mais aderida às possibilidades de felicidade pessoal e social, constituindo-se em elemento chave para a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

Medeiros et al. (2001) acreditam que não existe uma única definição para o que seja sexualidade, e que esta se constrói a partir da história pessoal e de aprendizagem social do indivíduo, sendo, dessa forma, produto de uma construção histórica, determinada social e culturalmente, na qual se buscam significados e atribuições para as experiências e práticas sexuais.

Conforme as concepções de Machado, (2000), a sexualidade é um longo processo de desenvolvimento e aprendizagem, que requer capacidade de reconhecer e compartilhar sentimentos envolvendo tanto a comunicação como a parte física. Para o autor, enquanto os animais praticam um sexo predominantemente genital e com finalidade reprodutiva, os seres humanos buscam experenciar algo além dessa atividade.

Por isso, a experiência sexual entre homens e mulheres é um acontecimento específico e inigualável, sendo fonte e expressão de uma energia vital que todos temos, mas que não aparece de repente na nossa vida. O autor estende sua argumentação referindo que é o produto final de um longo processo de desenvolvimento, que se inicia no nascimento e envolve quem somos, o que somos e como lidamos com isso numa relação afetiva interpessoal. A experiência de

aproximação, obtenção de afeto, transmissão de sensações e de conservação de vínculos fazem do sexual uma matéria complexa, delicada e exigente. (MACHADO, 2000).

> Enxergar o sexo apenas com uma ótica biológica – o que funciona ou não funciona - não ajuda muito, porque o comportamento sexual é a manifestação das necessidades físicas sim, mas é vestida com a roupagem cultural. E a repressão sexual sempre foi o 'prato predileto' da nossa cultura. (MACHADO, 2000, p. 1).

Comentando as concepções de Machado (2000), cabe ressaltar nosso desacordo com a premissa de que a sexualidade se inicia com o nascimento. Inúmeras são as manifestações culturais que evidenciam a influência tanto de gênero quanto de sexualidade desde o período pré-natal. Nesse sentido, Belotti (1981, p.25) comenta que o primeiro elemento de diferenciação sexual, que aparece com valor de símbolo é o enxoval. "Dada à incerteza do seu sexo, compra-se um enxoval de cores que sirvam tanto para o menino como para a menina". Tais concepções reafirmam nossa idéia de que sexualidade e gênero começam a ser construídos desde o útero materno.

Falar de sexualidade da mulher histerectomizada implica conhecer os valores que regem o comportamento sexual humano, o qual pode ser definido como "fruto do aprendizado e como tal é ditado pela cultura em que cada indivíduo está inserido, portanto, os comportamentos podem ser diferentes em culturas diferentes e não têm necessariamente a finalidade procriativa". (MACHADO, 2000, p. 2) Em nossa cultura, embora haja o reconhecimento da dissociação entre reprodução e sexualidade, o término da capacidade para gerar, gestar e parir, ainda muito valorizado, pode representar o fim da vida sexual. No entanto, é inegável que a sexualidade de modo geral e o ato sexual em particular integram o elenco de elementos que interferem na qualidade de vida e saúde das pessoas, inclusive das que se submeteram à histerectomia.

Analisando a produção científica acerca desse tema, Minayo (2000) identifica que o termo qualidade de vida apresenta-se sempre num sentido bastante genérico, não havendo uma relação definida com sua conceituação. Nesse sentido conclui que a idéia geral está presente, porém precisa ser mais bem explicitada e clarificada.

A autora define qualidade de vida como

> [...] uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade

> de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. (MINAYO, 2000, p. 8).

O termo qualidade de vida abrange ainda muitos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores tanto individuais quanto coletivos que a ele se reportam em diferentes épocas, espaços e histórias, sendo considerado, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Após inúmeras sondagens e análises acerca dessa temática, Minayo (2000) apregoa que valores subjetivos, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, bem como realização pessoal e felicidade, compõem a concepção de qualidade de vida.

No que se refere à saúde, as noções concentram-se em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e de tolerância, estabelecidos de acordo com os parâmetros construídos por cada sociedade, e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. MINAYO (2000).

A qualidade de vida em saúde, de forma mais focalizada, está na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou das condições de morbidade. Tudo isso se dá devido ao fato de os profissionais estarem atuando em um espaço em que influenciam diretamente, como no alívio da dor, do mal-estar e das doenças, seja intervindo sobre seus agravos, seja evitando ou minimizando suas possíveis conseqüências. (MINAYO, 2000).

Resgatando o aspecto cultural da sexualidade, é possível constatar que ela é o resultado de muitos valores, mitos e crenças, manifestados diferentemente por homens e mulheres. Assim, é de suma importância considerar essas concepções ao abordarmos questões de sexualidade e afetividade da mulher submetida à histerectomia.

À semelhança de outros aspectos da vida, é importante reconhecer que a atividade sexual, após a histerectomia, passa a ser uma simples continuação do que existiu previamente. Nesse sentido, Machado (2000, p. 1) diz que: “se o passado contiver muitos reveses e desgostos será difícil, para não dizer improvável, que se continue uma vida amorosa adequada”. Assim, se a atividade sexual constituía foco de conflito emocional, resultante ou causador de relações difíceis e sem prazer, não será uma intervenção cirúrgica que mudará essa realidade. Nesse caso, tanto a

mulher como o seu parceiro conjugal podem simplesmente utilizar a histerectomia como álibi perfeito para a recusa do sexo.

Aproximando às questões de corpo, verificamos que a prática da histerectomia apresenta-se fortemente relacionada, uma vez que tal procedimento envolve a retirada de um órgão relacionado tanto à feminilidade como a sexualidade, interferindo na imagem corporal da mulher. Sbroggio; Osis e Bedone (2005) consideram que o útero, além de suas funções biológicas, associa-se ao conceito de feminilidade por relacionar-se ao papel reprodutor da mulher e à sua vida sexual. Os autores acreditam, ainda, que as mulheres podem perceber o útero como um aspecto importante da feminilidade, de maneira que a sua perda refletirá sobre sua capacidade como fêmea, incluindo o desejo sexual e a libido. Nesse sentido, referem que as mulheres só se dão conta da importância do útero, como garantia de ser mulher, após sua retirada. Por conseguinte, sofrem abalo em sua identidade feminina, porque, para elas, o útero simboliza a sua capacidade sexual, e uma vez retirado, a mulher passa a sentir-se diminuída, pois acredita estar incapacitada sexualmente para sentir prazer.

Acreditamos, a partir do exposto, que a realização de uma histerectomia pode desencadear emoções de conflito, de ansiedade e de insegurança, somadas às dúvidas quanto à própria condição feminina. As possíveis indagações das mulheres frente à retirada do útero poderão interferir no padrão sexual, por influenciarem na perda do desejo e na remoção de estruturas vitalmente necessárias para a prática sexual, o que pode interferir diretamente na qualidade de vida. (COSMO, 2000).

Aproximando essa realidade à questão de pesquisa, cabe salientarmos o papel da enfermagem, considerando-o essencial num processo cirúrgico. Devido sua proximidade com as clientes, a enfermagem estabelece vínculos com maior facilidade, fato que favorece o estabelecimento de um trabalho efetivo, no sentido de amenizar os sofrimentos advindos de uma histerectomia, com vistas à preservação da qualidade de vida e saúde.

3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

3.1 ORIGEM E CONCEITUAÇÃO

O termo representações sociais indica tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba, além da teoria construída para explicá-los, identificando um amplo campo de estudos psicossociológicos. A difusão desse termo e a sua inauguração se devem ao psicólogo social francês Serge Moscovici. Sua proposta ia além da criação e da consolidação de um campo específico de estudos, ele pretendia redefinir os problemas e os conceitos da psicologia social, a partir dos fenômenos sociais, buscando desenvolver uma psicossociologia do conhecimento. (SÁ, 1993).

A psicologia social norte-americana dominante na época não era bem aceita pela vertente psicossociológica européia da qual Moscovici participava, pois enfatizava basicamente os processos psicológicos individuais. Tal perspectiva, portanto, não era suficiente para dar conta das relações informais, cotidianas, da vida humana, num contexto social ou coletivo. (SÁ, 1993). Por isso, Moscovici buscou na sociologia durkheimiana a primeira contrapartida conceitual de tradição sociológica, pois, com suas representações coletivas, Durkheim procurava dar conta dos fenômenos relativos aos conhecimentos inerentes à sociedade. (SÁ, 1993).

As representações determinadas por Durkheim, como as especificidades do pensamento social sobre o pensamento individual, constituem-se em um instrumento explanatório. Referem-se a uma classe geral de idéias e crenças, como ciência, mito, religião, sendo consideradas fenômenos que necessitam ser descritos e explicados, fenômenos estes relacionados a um modo particular de compreender e de se comunicar, criando tanto a realidade quanto o senso comum.

A Sociologia viu as representações coletivas como irredutíveis a qualquer análise posterior. Elas existiam nas sociedades, mas não havia interesse por sua estrutura ou sua dinâmica interna. Já a Psicologia Social, ao penetrar nas representações, tinha o objetivo de descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos internos, bem como a dinâmica dessas representações, vistas como uma forma de

compreender e comunicar o que é familiar para a sociedade. (MOSCOVICI, 1976, 2003; SÁ, 1993).

O desafio maior de Moscovici, ao buscar na sociologia durkheimiana um abrigo conceitual para as suas objeções ao excessivo individualismo da psicologia social americana, era situar efetivamente a Psicologia Social entre a Psicologia e as Ciências Sociais, em ocupar de fato esse território limítrofe, no qual se desenvolvem fenômenos de natureza psicológica e social. (SÁ, 1993).

Moscovici (2003) apresenta algumas diferenças referentes às representações sociais e as representações durkheimianas. Entre elas, as representações sociais são vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos, e as representações coletivas apresentam uma concepção bastante estática, semelhante à dos estóicos, que se caracteriza pela impassividade e rigidez moral. O autor acentua estas dissensões com uma finalidade específica:

> As representações sociais que me interessam não são nem as das sociedades primitivas, nem as suas sobreviventes, no subsolo de nossa cultura, dos tempos pré-históricos. Elas são as de nossa sociedade atual, de nosso solo político, científico, humano, que nem sempre têm tempo suficiente para se sedimentar completamente, para se tornarem tradições imutáveis. E sua importância continua a crescer, em proporção direta com a heterogeneidade e a flutuação dos sistemas unificadores – as ciências, religiões e ideologias oficiais - e com as mudanças que elas devem sofrer para penetrar a vida cotidiana e se tornar parte da realidade comum. (MOSCOVICI, 2003, p. 48).

De acordo com as considerações de Denise Jodelet, principal colaboradora e continuadora da proposta de Moscovici, devemos estar sempre informados sobre o mundo a nossa volta. A propósito da questão assim se expressa:

> Frente a esse mundo de objetos, pessoas, acontecimentos ou idéias, não somos (apenas) automatismos, nem estamos isolados num vazio social: partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis por que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva. (JODELET, 2001, p. 17).

A autora aponta ainda uma das características da representação social, a qual é considerada uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, designada como saber do senso comum, saber ingênuo,

natural. Portanto, trata-se de uma maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento social compartilhado por um grupo. Essa forma de conhecimento é diferenciada em relação ao conhecimento científico, todavia a representação social é tida como um objeto de estudo legítimo devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais. (JODELET, 1989, 2001).

Em seu todo há a concepção de que a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, na qual os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a encontros prévios e paradigmas. Como resultado disso, a memória prevalece sobre a dedução; o passado, sobre o presente; a resposta, sobre o estímulo; e as imagens, sobre a "realidade".

Na visão de Moscovici (2003), o propósito de todas as representações é o de transformar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade, em familiar, ou seja, transformar o desconhecido em conhecido. Portanto, a Teoria das Representações Sociais caracteriza-se como um campo de estudos sobre a construção da realidade social, criada quando o novo ou o não-familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais. (SÁ, 1993).

Arruda (2002) comenta que, nos últimos anos, o conceito de Representações Sociais vem sendo abordado com grande freqüência em trabalhos de diversas áreas, atravessando as ciências humanas, não sendo considerado patrimônio de uma área em particular. Ele possui fundas raízes na Sociologia, e uma presença marcante na Antropologia e na História das mentalidades. Apesar de ter sua origem marcada pela sociologia de Durkheim, é na Psicologia Social que a representação social ganha uma teorização.

A fluidez de conceituação da representação social, com seus múltiplos enunciados, torna-se alvo de várias críticas. Entretanto, para Moscovici, essa fluidez é proposital, visando a desenvolver a teoria e a criatividade dos(as) pesquisadores(as), na medida em que o interesse maior seria a descoberta e não a verificação, a comprovação. (ARRUDA, 2002).

Atualmente, a ciência e as representações sociais são consideradas complementares, uma vez que a ciência é vista a partir do senso comum, e este é considerado a ciência tornada comum. A pesquisa a partir da concepção de Moscovici é voltada aos fenômenos marcados por questões subjetivas. Representar não consiste em apenas selecionar, completar um ser determinado, objetivamente

influenciado pela subjetividade, mas ir além é construir uma teoria que facilite a compreensão dos seus atos. (MOSCOVICI, 1978). Dentro dessa mesma linha de pensamento, Arruda (2002) parafraseou Moscovici ao relatar que a ciência não acontecia dentro de uma bolha, isolada da sociedade; sendo assim, a Psicologia Social não podia fechar-se numa torre de marfim, alheia às questões colocadas pela sociedade.

A partir daí, a Teoria das Representações Sociais buscou trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade, partindo da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar: a consensual e a científica, cada uma gerando seu próprio universo, ambas consideradas eficazes e indispensáveis para a vida humana.

3.2 CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Nesta seção serão explicitados alguns aspectos que contribuem para melhor compreender como as representações sociais se estruturam e se organizam.

Para Moscovici (1978), a representação social se mostra como um conjunto de proposições, reações e avaliações, que estão organizadas de maneiras bastante diferentes, de acordo com as classes, as culturas ou os grupos, constituindo universos de opinião, classes, culturas ou grupos. A partir daí surge o pressuposto de que cada universo tem três dimensões: a informação, a atitude e o campo de representação ou imagem.

A **informação** está relacionada com a organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social, nesta pesquisa, representado pela mulher em processo de histerectomia.

A **atitude**, favorável, desfavorável ou neutra, reflete a orientação global em relação ao objeto socialmente representado. Dessa forma:

> [...] a Psicanálise suscita em todos os lugares tomadas de posição (atitudes) determinadas, e somente em parte representações sociais coerentes. [...] a atitude é mais freqüente das três dimensões e, talvez, geneticamente primordial. Por conseguinte, é razoável concluir que uma pessoa se informa e se representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição, e em função da posição tomada. (MOSCOVICI, 1978, p. 73-74. Grifo do autor).

O campo de representação constitui a dimensão que nos remete à idéia de modelo social e de imagem. Remete ainda ao conteúdo concreto e limitado das proposições referentes a um aspecto preciso do objeto da representação. As informações até podem abranger o todo representado, porém, não quer dizer que esse todo seja ordenado e estruturado. A noção de dimensão obriga-nos a julgar que existe um campo de representação, uma imagem, onde houver uma unidade hierarquizada de elementos representacionais. (MOSCOVICI, 1978).

A Teoria das Representações Sociais, possivelmente, desde seu início tenha sido ancorada na estrutura de dupla natureza, ou seja, conceptual e figurativa. A partir dessa teoria, Moscovici buscou atender à exigência do conhecimento psicossociológico de compreender como a representação se atualiza em uma organização particular e preenche uma função específica. (MOSCOVICI, 1978; SÁ, 2002).

Conforme diz Moscovici (1978, p. 57), "a representação não é, em minha opinião, uma instância intermediária, mas sim, um processo que torna o conceito e a percepção de certo modo intercambiáveis, uma vez que se engendram reciprocamente". O autor exemplifica referindo que "dessa forma, o objeto do conceito pode ser apreendido para o objeto de uma percepção e o conteúdo do conceito ser percebido". (MOSCOVICI, 1978, p .57).

A representação segue, de um lado, a esteira de um pensamento conceptual, capaz de se aplicar a um objeto suprimido ou entidade concreta, de concebê-lo, dar-lhe um sentido, simbolizá-lo. Entretanto, essa supressão não pode ser total, e, a exemplo da atividade perceptiva, a representação deve recuperar esse objeto, dar-lhe uma concretude icônica, figurá-lo, torná-lo tangível, presumindo que este processo seja responsável pela variedade de transformações entre o que é tomado do real e o que lhe é devolvido. (MOSCOVICI, 1978; SÁ, 2002).

Para melhor compreender tal processo, cabe apresentar a própria natureza atualizada das representações:

> [...] representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre conceito e percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de 'realismo', de materialidade das abstrações, visto que podemos agir com elas, e de abstração das materialidades, porquanto exprimem uma ordem precisa. Essas constelações intelectuais, uma vez fixadas, fazem-nos esquecer que são obra nossa, que têm um começo e que terão um

> fim, que a sua existência no exterior ostenta a marca de uma passagem pelo interior do psiquismo individual e social. (MOSCOVICI, 1978, p. 58).

Nesse sentido para o autor:

> No real, a estrutura de cada representação apresenta-se-nos desdobrada, tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto a página da frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica [...] Representação figura/significação, querendo com isso dizer que ela faz compreender a toda figura um sentido e a todo o sentido uma figura. (MOSCOVICI, 1978, p. 65).

A partir dessa configuração estrutural, Moscovici caracterizou dois processos formadores das representações sociais, que são a objetivação e a ancoragem. Para ele, duplicar um sentido por uma figura, ou seja, dar materialidade a um objeto abstrato, naturalizá-lo, constitui a objetivação. A função de duplicar uma figura por um sentido, dar um contexto significativo ao objeto, ou seja, interpretá-lo constitui a ancoragem. (SÁ, 1993).

O mecanismo de ancoragem “é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias, e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada”. (MOSCOVICI, 2003, p. 61). Seria como classificar e dar nome a alguma coisa, até então desconhecida, e rotulá-la com um nome conhecido. Por outro lado, a objetivação torna concreto aquilo que é abstrato, a partir da elaboração das Representações Sociais, formando imagem e estrutura, permitindo que haja uma ligação entre percepção e conceito. Aproximando tais conceitos ao tema do nosso estudo, seria como se a mulher, ao receber a informação de que necessitará se submeter à histerectomia, ancorasse tal informação nas crenças, mitos e tabus com os quais vem convivendo, ou seja, de que após a histerectomia tornar-se-á “mulher oca”, “mulher fria”. Tais representações possivelmente lhes causem maior sofrimento e insegurança do que se fosse se submeter a outro tipo de cirurgia.

Assim, as Representações Sociais surgem ancoradas em formações anteriores do cotidiano humano, garantindo a legitimidade de formação. Cabe ressaltar que esse processo integra o conhecimento construído acerca de um objeto ao sistema de pensamento social, adquirindo utilidade e significado. A ancoragem garante a relação entre a função cognitiva da representação e sua função social e, assim, torna possível o enraizamento social do objeto representado. (CARMO, 1996).

No processo de objetivação, o que parecia abstrato a uma geração torna-se concreto à seguinte, ou seja, o que é incomum e imperceptível para uma geração, torna-se familiar e óbvio para a outra. Tal fato não se deve simplesmente à passagem do tempo ou dos costumes, embora sejam provavelmente necessários. Essa domesticação é o resultado da objetivação, que consiste num processo muito mais atuante que a ancoragem. Na objetivação há uma união da idéia de não-familiaridade com a de realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. (MOSCOVICI, 2003).

A teoria do núcleo central desenvolvida pela primeira vez por Abric, em 1976, surgiu como uma abordagem complementar à Teoria das Representações Sociais, considerada como uma "grande teoria" psicossociológica. Os elementos desta teoria dependem de uma estrutura organizada hierarquicamente, e a Teoria do Núcleo Central proporciona a organização estrutural desses elementos.

A busca do núcleo central tem como proposta fazer com que cada representação possua, na sua estrutura, uma hierarquia interna de conteúdos, divididos em elementos centrais e periféricos. (TEIXEIRA, 1999). Nesse sentido,

> [...] a atribuição de um tal papel descritivo e explicativo complementar à teoria do núcleo central não implica considerá-la como uma contribuição menor ao campo de estudos das representações sociais. O campo, inaugurado e configurado de acordo com a *grande teoria*, provê o contexto global de surgimento e desenvolvimento dessa nova abordagem. (SÁ, 2002, p. 51. Grifo do autor).

O autor argumenta, ainda, que a Teoria do Núcleo Central não pretende substituir a abordagem teórica das representações sociais, mas sim proporcionar um corpo de proposições que contribua para que esta se torne mais heurística, tanto para a prática social quanto para a pesquisa. (SÁ, 2002). Portanto, a Teoria do Núcleo Central é de fato uma teoria menor em relação à grande teoria, sendo considerada ainda uma das maiores contribuições atuais ao refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das representações sociais. (SÁ, 2002).

Para Abric (2000), o núcleo central ou núcleo estruturante, é determinado pela natureza do objeto representado, pelo tipo de relações que o grupo mantém com esse objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ideológico do momento e do grupo.

São atribuídas duas funções ao núcleo central: a generadora e a organizadora. A primeira é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação, tomando um sentido e um valor. A segunda determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação e o núcleo; a partir daí é considerado o elemento unificador e estabilizador da representação. (ABRIC, 2000).

O núcleo central tem uma propriedade, ou seja, é aquele elemento -ou elementos- mais estável, da representação, que assegura a continuidade em contextos flexíveis e evolutivos, que mais irá resistir à mudança. Uma modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. Considera-se ainda que a centralidade de um elemento não deve ser atribuída somente por critérios quantitativos, uma vez que o núcleo central possui, prioritariamente, uma dimensão qualitativa. Não se trata da presença de um elemento que define sua centralidade, mas sim do fato que ele dá significado à representação. (ABRIC, 2000).

As principais características da Teoria do Núcleo Central derivam do envolvimento sistemático com a prática experimental, proporcionando, dessa forma, uma complementaridade mais proveitosa do que se fosse trazida para o campo de estudos apenas o que já se configurava como o habitual. A objetividade negada pelos críticos à teoria original de Moscovici pode ser encontrada nessa teoria, e isso deve ter tido origem na disposição para desvelar/procurar conhecer detalhes ou relações como aquelas consideradas, pelos estudos americanos, de demonstração problemática entre o conhecimento e o comportamento sociais. (SÁ, 2002).

Em relação aos elementos periféricos, estudos revelam que eles se apresentam dispostos em torno do núcleo central e constituem o essencial do conteúdo da representação, concretizando o sistema em tomadas de posições ou de comportamentos. (TEIXEIRA, 1999; ABRIC, 2000).

Os elementos periféricos respondem por três funções primordiais: a de **concretização**, em que há dependência direta do contexto no qual os elementos resultam da ancoragem da representação na realidade; a de **regulação,** mais leves que os elementos centrais, os periféricos têm um papel fundamental na adaptação às evoluções do contexto, as informações novas ou as transformações do ambiente podem ser integradas na periferia da representação e a função de **defesa**, que se apresenta como o sistema de defesa da representação, ocorre que o núcleo central

resiste à mudança, uma vez que sua transformação provoca uma alteração completa. (ABRIC, 2000).

As representações sociais e seus componentes, central e periférico, funcionam como uma entidade, e cada parte tem um papel específico e complementar da outra parte. Suas organizações e seus funcionamentos são regidos por um duplo sistema, que caracterizam uma representação. O sistema central apresenta-se ligado à memória coletiva e à história do grupo; é consensual, com isso define a homogeneidade do grupo, estável; é coerente e rígido, resistente a rente no mudanças, pouco sensível ao contexto imediato, e tem como funções primordiais gerar o significado da representação e determinar sua organização. Já o sistema periférico, permite a integração de experiências e histórias individuais, admite a heterogeneidade do grupo, é flexível e tolera as contradições; é evolutivo, sensível ao contexto imediato e possui como principais funções permitir a adaptação à realidade concreta e à diferença de conteúdo. (ABRIC, 2000).

A existência desse duplo sistema permite compreender uma das características básicas das representações, podendo parecer até mesmo que sejam contraditórias, ou seja:

> elas são simultaneamente, estáveis e móveis, rígidas e flexíveis. Estáveis e rígidas, posto que determinadas por um núcleo central profundamente ancorado no sistema de valores, partilhado pelos membros do grupo; móveis e flexíveis, posto que alimentando-se das experiências individuais, elas integram os dados do vivido e da situação específica, integram a evolução das relações e das práticas sociais nas quais se inserem os indivíduos ou os grupos. (ABRIC, 2000, p. 34).

Portanto, o estudo das representações sociais torna-se essencial na Psicologia Social, pois esta favorece a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais, ou seja, permite compreender os processos da adaptação sociocognitiva dos indivíduos à realidade cotidiana e às características sociais e ideológicas. (ABRIC, 2000).

Nesse estudo, pretendemos resgatar as representações sociais que as mulheres em processo de histerectomia possuem acerca deste procedimento. Para isso serão identificadas as percepções das mulheres frente à histerectomia, a partir das suas falas, estabelecidas e guiadas pelos processos de objetivação e ancoragem. Ou seja, a percepção da mulher quanto ao estabelecido e determinado tecnicamente pela equipe, será ancorada em seus valores, crenças, tabus e

preconceitos, pois há uma constituição cultural nas relações, que constituem o nosso mundo imaterial, a partir de relações sociais solidificadas. (GUARESCHI, 2004).

Acreditamos que a problematização e a reflexão possam constituir recursos inestimáveis para minimizar os efeitos psicológicos decorrentes dos estigmas e preconceitos que compõem as representações sociais acerca da histerectomia. Cremos, ainda, que a disponibilização de espaços de orientação e escuta para as clientes, além da ampliação da produção científica sobre essa temática, possam constituir práticas concretas capazes de incitar o repensar das imagens estereotipadas, contribuindo, assim, para transformar as significações periféricas da histerectomia e até mesmo propiciar a construção de uma nova representação, consonante com a atual situação da mulher na sociedade.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa, descritiva, tendo como base teórico-metodológica a Teoria das Representações Sociais.

A abordagem qualitativa é considerada o método que

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

Esse tipo de método permite desvelar processos sociais, propicia a construção de novas abordagens, a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se ainda pelo conhecimento empírico e sistemático, a fim de compreender a lógica interna do grupo ou processo em estudo. (MINAYO, 2007).

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa implica definir, entender e interpretar os sentidos e as significações dos fenômenos para o indivíduo e a sociedade. Procedendo, primeiramente, a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visa a penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade. (MINAYO, 2007; TURATO, 2003).

Portanto, a escolha desta abordagem justifica-se por ser considerada um método que corresponde melhor às investigações de grupos e segmentos, delimitados e focalizados, de histórias sociais a partir do olhar dos atores e de suas relações. Além disso, por meio da Teoria das Representações Sociais, caracterizamos a maneira como os sujeitos apreendem sua realidade, a partir dos fenômenos psicossociais. Desse modo, no presente estudo pesquisamos a figura feminina em processo de histerectomia, levando em consideração suas relações socais, bem como o contexto de vida de cada mulher.

4.1 ESPAÇO DA PESQUISA

O primeiro momento deste estudo, que se refere ao pré-operatório, foi realizado no ambulatório de ginecologia e na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa (H.U.), e o segundo momento, que diz respeito ao período pós-operatório tardio, foi desenvolvido na área acadêmica da FURG e no domicílio das mulheres que haviam se submetido à histerectomia.

O HU, instituição em que as mulheres foram contactadas para participarem deste estudo, presta atendimento a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conveniados e particulares. Caracteriza-se por ser um hospital de ensino, de médio porte, com capacidade para 180 leitos, distribuídos nas seguintes unidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Maternidade, Convênios, Serviço de Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Geral, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade Intermediária Pediátrica, Hemodiálise, Laboratório de Análises Clínicas e Carga Viral, Imagenologia, Hospital Dia AIDS adulto e pediátrico e Hospital Dia de Doenças Crônicas. É referência para gestação de alto risco, AIDS, Diabetes e conta com um ambulatório de especialidades, como gastroenterologia, com laboratório específico para hepatites, e ainda possui um serviço especial para recuperação e prevenção da dependência química. O ambulatório de ginecologia presta serviço de planejamento familiar, coleta de Papanicolau, histeroscopia, exame preventivo de câncer de mama, consulta nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias ginecológicas, atendendo, em média, a oito consultas por semana, nessa especialidade. Segundo estudo divulgado por Nunes e Gomes (2005), a média mensal de histerectomias no HU é de 12,6 cirurgias.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos deste estudo mulheres em processo cirúrgico de histerectomia, atendidas no ambulatório de ginecologia do HU, residentes nas cidades do Rio Grande e São José do Norte. A busca pelas informantes foi efetuada

por meio de consulta à agenda de atendimento do ambulatório, ocasião em que se selecionavam as clientes em processo de avaliação para histerectomia, anotando-se, diretamente do prontuário, seus dados de identificação. Após a consulta médica e definição da data da cirurgia realizava-se o convite para participação no estudo, seguida da leitura, pela própria pesquisadora, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do cumprimento dos demais aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Algumas mulheres foram entrevistadas na UCC, durante o período de internação no pré-operatório. Assim, treze foram as mulheres, que participaram no pré-operatório e doze no pós-operatório, pois uma das participantes teve a cirurgia suspensa por apresentar hipertensão arterial sistêmica.

Atendendo aos critérios de inclusão, foram utilizados os seguintes parâmetros: estar em consulta ginecológica com indicação de histerectomia, morar em Rio Grande ou em São José do Norte.

Antecedendo a coleta de dados, foi garantido às entrevistadas o caráter confidencial da participação, bem como acesso aos dados e liberdade de desistir do estudo, caso julgassem necessário, assim como o compromisso de repassar-lhes os resultados da pesquisa, por correspondência, endereçada a cada uma das mulheres que participaram da pesquisa. Para assegurar o anonimato dos sujeitos na apresentação dos resultados, utilizamos as letras iniciais do nome e sobrenome, acrescidas do número correspondente à idade cronológica e da especificação da condição materna de forma que s/f significa informante sem filhos(as) e c/f informante com filhos(as). Com isso a pesquisa atendeu aos requisitos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados teve início imediatamente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, processo número 23116.007880/5.66. Em apêndices B e C encontram-se os documentos encaminhados para trâmites do processo e em anexo o parecer de aprovação.

4.3 COLETA DE DADOS

Esta etapa foi desenvolvida por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas na íntegra. Após cada entrevista, que durou em média quarenta minutos, foi elaborado registro, em diário de campo, das interpretações da pesquisadora acerca das expressões da informante, bem como de qualquer intercorrência. A digitação das entrevistas totalizou 89 páginas, sendo 54 referentes ao pré-operatório, e 35 ao pós-operatório.

Optamos pelo método da entrevista por julgá-lo o melhor meio de obter as informações de acordo com a percepção e realidade da participante. Para Neto (1998), a entrevista, enquanto técnica de trabalho de campo, não significa uma conversa despretensiosa e neutra, pois se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos(as) participantes, enquanto sujeitos e objetos da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade ora focalizada.

Os dados foram colhidos em duas etapas, com a finalidade de apreendermos melhor a representação social das mulheres frente à histerectomia, a partir das suas expectativas e vivências. A primeira etapa, direcionada às mulheres em consulta pré-operatória de histerectomia, ocorreu no período compreendido entre abril e julho de 2006, sendo realizada no ambulatório de ginecologia do HU e na UCC. A segunda etapa, com instrumento centrado no pós-operatório de histerectomia, ocorreu nos meses de setembro e outubro do mesmo ano e manteve um intervalo mínimo de três meses da primeira abordagem. Por contato telefônico com todas as integrantes da primeira etapa, investigamos o interesse pela participação na segunda fase, além de definir a data, hora e local do encontro com a pesquisadora. Para as mulheres que residiam na cidade do Rio Grande, as entrevistas foram realizados no domicílio da informante. Para as que residiam em São José do Norte, as entrevistas foram realizadas na área acadêmica da FURG.

A partir do prontuário de cada paciente, foram ainda selecionados os dados mais relevantes para esta pesquisa, incluindo: identificação da paciente, endereço, telefone e o diagnóstico ou indicação cirúrgica.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE A), testado com duas clientes, permitiu-nos excluir algumas questões e considerar que as demais estavam apresentadas de forma clara, a ponto de incluirmos essas informantes como sujeitos do estudo.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O recurso analítico foi a análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Minayo (2007), alicerçado pela Teoria das Representações Sociais, constituindo-se, assim, no referencial teórico metodológico desta pesquisa.

O método de análise de conteúdo vem ao encontro da Teoria das Representações Sociais, na medida em que esta é considerada uma categoria "central para a prática da pesquisa qualitativa, tanto para a realização das entrevistas como para a observação de campo". (MINAYO, 2007, p. 236). Tais representações manifestadas por meio de falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, podem e devem ser analisadas. Mesmo sabendo que o senso comum traduz um pensamento fragmentado que se limita a certos aspectos da experiência existencial contraditória, ele possui claridade e nitidez em relação à realidade. E, ainda, por meio do senso comum, os atores sociais se movem, constroem sua vida e a explicam, mediante seus conhecimentos. (MINAYO, 2007).

Para melhor explicitar o que significa a modalidade temática escolhida para analisar os dados deste estudo, é pertinente fundamentar com as concepções de Minayo (2007). Esta autora refere que o tema comporta um feixe de relações apresentadas por meio de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. Para ilustrar essa questão, ela se apodera das concepções de Bardin (1979) e relata que o tema é considerado uma unidade de significação natural de um texto analisado a partir de critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Trata-se, neste estudo, da Teoria das Representações Sociais.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. É pela presença ou freqüência desses núcleos que se estabelece um significado para o objetivo analítico visado. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas revela estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. (MINAYO, 2007).

Neste estudo, os núcleos de sentido expressam as representações sociais das mulheres acerca da histerectomia, antes e depois de serem submetidas a esse procedimento. Tais representações permitem a interpretação do mundo social e

instrumentalizam à conduta das pessoas, ao exercerem uma função mediadora entre o indivíduo e o grupo, a partir de uma classificação comum, servindo como referência ao grupo. Dessa maneira, a ancoragem garante a relação entre a função cognitiva e social da representação, possibilitando o enraizamento social do objeto representado. A objetivação torna concreto aquilo que é abstrato, formando imagem e estrutura, permitindo que haja uma ligação entre percepção e conceito.

Seguindo as recomendações de Minayo (2007), a análise foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação.

4.4.1 Pré-análise

Essa etapa exige a retomada dos pressupostos e objetivos que nortearam o projeto de pesquisa e se divide em três momentos: leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de pressupostos e objetivos, conforme se encontra descrito a seguir.

4.4.1.1 Leitura flutuante

Esta etapa requereu um contato direto e intenso com o material colhido, ou seja, com o conteúdo das 25 entrevistas e as anotações do diário de campo, Nesse contato, buscamos atender à recomendação de Minayo quando refere a necessidade de impregnar-se pelo seu conteúdo.

A dinâmica entre os pressupostos iniciais, os pressupostos emergentes e a teoria relacionada ao tema tornaram a leitura progressivamente mais atraente, ultrapassando a sensação do caos inicial. Assim, com repetidas leituras dos dados transcritos e das anotações do diário de campo, bem como releituras dos pressupostos e das bases da Teoria das Representações Sociais, algumas articulações foram emergindo, e os resultados começaram a tomar uma forma.

4.4.1.2 Constituição do corpus

Essa etapa exigiu além da visão do universo estudado em sua totalidade, o atendimento a algumas normas de validade qualitativa recomendadas por Minayo (2007), entre elas: a exaustividade, por ter contemplado todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade, por conter as características essenciais do universo objetivado; homogeneidade, por ter obedecido a critérios precisos de escolha quanto ao tema, à técnica e aos atributos dos interlocutores; pertinência, pois as entrevistas se mostraram adequadas, indo ao encontro dos objetivos da pesquisa.

Foi nessa etapa que se definiram as categorias analíticas, adotando-se como critério a freqüência ou a relevância das temáticas enfocadas nas falas, o que possibilitou a compreensão das representações sociais frente à histerectomia.

4.4.1.3 Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos

Nesse momento, a autora propõe:

> a retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Os procedimentos exploratórios devem ser valorizados neste momento, para que a riqueza do material de campo não seja obscurecida pelo tecnicismo. Por isso se fala também em reformulação de hipóteses [neste estudo, pressupostos] o que significa a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações. (MINAYO, 2007, p. 317).

Seguindo as recomendações da autora, retomou-se a etapa exploratória, comparou-se as indagações iniciais com os dados colhidos, procurando-se explorar o material em toda a sua amplitude, com vistas a alcançar os objetivos.

4.4.2 Exploração do Material

Esta etapa, considerada classificatória, permitiu alcançar o núcleo de compreensão do texto. As informações das mulheres compreenderam tanto o período que antecedeu a cirurgia quanto o período que a sucedeu, cada um constituindo uma grande categoria denominada respectivamente de "expectativas de mulheres frente à histerectomia e vivências das mulheres submetidas à histerectomia". Com tais categorias contempladas no instrumento de coleta de dados, acreditamos ter apreendido as Representações Sociais das mulheres antes e após o procedimento cirúrgico.

4.4.3 Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação

Durante essa etapa, na qual procuramos trabalhar com os significados dos dados, houve necessidade de vinculação com a realidade das informantes, visto que se trata de uma pesquisa social. Para Minayo (1999, p. 238), a conclusão de pesquisas dessa natureza deve “servir de fundamento para propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades”, inclusive para reestruturação da prática.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram apresentados e discutidos em duas etapas. Na primeira, procuramos delinear o perfil das entrevistadas e, na segunda, procuramos articular as categorias empíricas que emergiram do estudo, à Teoria das Representações Sociais e aos autores e autoras que fundamentaram a revisão de literatura.

5.1 PERFIL DAS INFORMANTES

Nessa etapa procuramos obter uma visão geral das treze mulheres que fizeram parte deste estudo. Para tanto, construímos um quadro demonstrativo contendo detalhes acerca da idade, estado civil, profissão, escolaridade, número de filhos(as), patologia de base e queixa principal de cada uma das entrevistadas. A análise deste quadro, apresentado no (APÊNDICE C), permitiu constatar que a faixa etária predominante situou-se entre 40 a 45 anos, com quatro informantes. Em segundo lugar, com três informantes em cada uma, situaram-se as faixas de 46 a 50 anos e de 51 a 55 anos de idade. Cabe salientar que a informante mais jovem tinha 34 anos, e a com mais idade tinha 53 anos; entre as demais havia uma mulher com 35 e outra com 38 anos.

Quanto ao estado civil, sete informantes eram casadas, e as demais, solteiras. Entre essas últimas, duas referiram ter companheiro fixo, duas salientaram que tinham namorado, e as demais não tinham namorado ou companheiro. As profissões citadas foram comerciante, cabeleireira, balconista, doméstica e copeira. Mesmo sem ter atividade remunerada, duas das informantes tinham renda mensal, pois mencionaram ser professora aposentada e pensionista, respectivamente. Ao lar, dedicavam-se seis das entrevistadas, sendo que uma delas associava essa atividade com a de agricultora.

No que se refere à escolaridade, houve predomínio do ensino fundamental incompleto, com sete informantes. Entre as participantes três tinham o ensino médio completo e uma incompleto. E ainda, uma informante referiu ter nível superior

incompleto, que caracterizou a maior escolaridade, e a outra ser analfabeta, enquadrando-se como a menor escolaridade entre as mulheres desse estudo.

Ao investigar o tamanho da prole verificamos que duas têm mais de dois filhos(as), cinco das mulheres possuem dois filhos(as) cada uma, duas têm apenas um filho(a) e quatro delas não os(as) possuem. Essa última informação foi considerada de grande relevância para o estudo, pois em vários momentos serviu de base para a apreciação analítica.

A patologia de maior incidência, que acometeu dez das informantes, foi a miomatose uterina, e três constituíram as demais patologias. A queixa predominante, que levou oito das mulheres a procurarem assistência à saúde, foi a ocorrência de hemorragia, e as outras cinco mulheres apresentaram outros tipos de queixas.

5.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA HISTERECTOMIA

Para melhor compreender as representações sociais que as mulheres possuem acerca da histerectomia, essa etapa foi organizada em duas categorias. Na primeira analisamos as expectativas das informantes durante o período pré-operatório, reconhecendo que tais expectativas são ancoradas em suas representações sociais, as quais expressam o conhecimento, tanto advindo dos(as) profissionais de saúde quanto do senso comum, bem como seus mitos, anseios, fantasias acerca dessa intervenção cirúrgica. Intentamos ainda identificar o que cada mulher esperava que mudasse em sua vida após a cirurgia. Na segunda, procuramos apreender as vivências por elas relatadas no período pós-operatório tardio de histerectomia, ou seja, o que representa para a mulher conviver com um corpo sem o útero, comparando tais vivências com as expectativas do pré-operatório.

5.2.1 Expectativas das Mulheres no Período Pré-operatório de Histerectomia

Analisando os dados colhidos no período pré-operatório de histerectomia, constatamos que as expectativas das mulheres entrevistadas variam em função de aspectos como presença ou não de prole, motivo da consulta, sinais e sintomas decorrentes da doença de base, possíveis conseqüências da histerectomia e do tipo de vida conjugal/afetiva, incluindo aqui questões referentes à sexualidade, a mitos e à percepção do parceiro acerca da cirurgia, aspectos esses que interferem sobremaneira na qualidade de suas vidas. Percebemos que o fato de a mulher ser ou não ser mãe permeia grande parte das expectativas apreendidas e esboça uma polaridade de representações frente à histerectomia, permitindo distinguir seus depoimentos. Enquanto a maior parte das mulheres que possuem filhos ou filhas percebem a retirada do útero como uma cirurgia comum, semelhante a qualquer outra intervenção cirúrgica, as que não os possuem ancoram o significado do útero principalmente no seu potencial reprodutor, objetivando-o como órgão vital para sua realização como mulheres. Subsidiando tais dados, nos achados de Cuamatzi (2004) percebemos que a histerectomia traz implicações não só para o corpo físico da mulher, mas também para o corpo social.

Os manuais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde que normatizam a assistência pré-natal, apontam a idade cronológica da gestante como um dos fatores a ser considerado para a definição da gravidez de risco e estabelecem como limites a idade inferior a 15 ou superior a 35 anos (BRASIL, 2002). Além disso, a prática nos revela que é menos freqüente casais com idade superior a quarenta anos planejarem uma gravidez, embora a idade fértil se estenda até os 49 anos. (BRASIL, 2004).

Mesmo estando cientificamente comprovada e normatizada a relação entre idade cronológica e o provável decurso da gestação, os achados deste estudo nos permitiram perceber que as informantes sem filhos(as) desconsideram esse fato, pois a infertilidade advinda com a remoção do útero gera grande insatisfação, mesmo naquelas que têm mais de 40 anos de idade. Assim, percebemos que as mulheres, em busca de sua realização como mães, são capazes até mesmo de se exporem a situações de risco, como uma gravidez em idade superior à preconizada. Este fato é expresso na fala de uma das participantes:

"-Ah, pra mim é difícil né, só o fato de não poder ter filhos, que eu não tenho... (chorou)... Eu queria sim ter filhos... Mas não adianta, não tem outro jeito." (MEFA, 43 anos,s/f).

Por outro lado, as mulheres que têm filhos(as), vêem a cirurgia como algo necessário para a recuperação da sua saúde. Isso provavelmente ocorra por já terem construído sua identidade materna, sentindo-se assim realizadas por terem cumprido sua função social. O relato a seguir ilustra esta concepção:

"Engravidar eu não vou engravidar mais, eu estou me despedindo dos meus 38 anos. Estou entrando no período da menopausa e a minha menstruação do jeito que está indo, pode me dar uma hemorragia de uma hora para outra, eu estou consciente, então eu quero ficar livre da doença que eu tenho." (SNSS, 38 anos, c/f).

Essas questões podem ser alicerçadas nas considerações de Teixeira (1999), ao referir que a representação social é processual, funcional, social e construtiva, devendo ser compreendida dentro do cenário das inter-relações sociais. Portanto, acreditamos que a dualidade de enfrentamento da histerectomia decorra da condição/papel social de cada mulher, construída a partir da sua capacidade de ser mãe e conseqüente realização pessoal com a maternidade.

5.2.1.1 Motivo da consulta ginecológica

Outro aspecto de grande relevância entre as representações das mulheres acerca da histerectomia foi o **motivo da consulta ginecológica**, ou seja, o quadro clínico. Duas das informantes que não tinham filhos(as) apontaram a dificuldade de engravidar como o problema desencadeador da consulta, referindo:

"Fazia um ano e pouco que eu parei com os medicamentos, porque eu queria engravidar, eu não engravidava nunca, aí eu procurei uma médica, Dra D., ginecologista. Fiz todos os exames... Aí que ela descobriu que eu tava com mioma.

[...] De três meses para cá eu comecei a ter hemorragia, aí foi quando eu passei a ter os sintomas do mioma, até aí eu não tinha nada." (LSS. 34 anos, s/f).

Essa mesma informante, reduzindo o ato cirúrgico apenas à perda da capacidade de tornar-se mãe, relata um diálogo que teve com sua médica, durante a última consulta, dizendo:

"Eu perguntei para ele:- Já que eu vou tirar o útero, não vou poder engravidar nunca, por que não tira tudo de uma vez por quê? Pra que eu vou querer as outras coisas se o principal eu não vou ter pra engravidar? Ele disse: -Não é bem assim! Eu não vou querer, com 34 anos, entrar na menopausa, isso só pelos 50 anos". (LSS, 34 anos, s/f).

Outra informante refere-se a sua primeira consulta dizendo:

"Já fazia um ano... Um ano e meio que já não me cuidava mais, com anticoncepcional, eu passei assim, quatro anos antes de procurar o médico usando tabelinha. Depois passei a não me cuidar com nada por uns dois anos e não engravidei. Aí procurei o médico para ver o que se tratava aí ele me disse, só com o exame de toque, que eu tinha o útero crescido e por isso não segurava gravidez, mas me deu para mim fazer um exame, um ultra-som, na época eu nem fiz, pois na época eu não tinha dinheiro. Foi passando... Passando... Acho que mais de um ano, quando eu resolvi novamente procurar... Aí sim já apareceu que eu tinha um mioma. Na verdade eu fui saber o porquê que eu não engravidava, já que eu não me cuidava." (CMF, 35 anos, s/f).

Se para as mulheres em geral a incapacidade de gerar desencadeia sofrimento, é possível inferir que, para essas informantes, a indicação de histerectomia tenha sido motivo de grande amargura, pois encerrou o sonho de se realizarem como fêmeas, exatamente no momento em que vinham buscando tal idealização. Provavelmente, suas representações tenham sido ancoradas em concepções conservadoras, para as quais o aspecto biológico continua sendo acionado para explicar e justificar o papel da mulher na sociedade e seu destino natural à maternidade e ao cuidado de crianças. (MEYER, 2003).

A entrevistada complementa sua fala revelando com clareza que não teme a cirurgia em si, mas sim a infertilidade por ela desencadeada e que na impossibilidade de ser mãe biológica, buscará realizar-se por meio da adoção:

"Olha, eu estou com bastante receio de ficar sem o útero, não que eu tenha medo da cirurgia, entendesse? Mas a minha preocupação é perder o útero, realmente eu não queria que ocorresse isso, mas... [...] ...eu espero sinceramente que não, como tu sabes eu não tenho filhos, eu quero tentar, mas...não sei muito assim... Eu adoto se for o caso." (CMF, 35 anos, s/f).

Apresentando ainda os motivos que levaram as mulheres a procurarem o serviço de saúde, uma das informantes disse que a consulta médica ocorreu por gastrite:

"Eu tinha problema de gastrite, tinha muita cólica, aí quando o médico foi fazer o exame, se interessou e descobriu que eu tinha... [...] eu sei pouca coisa, eles me explicaram que eu não vou poder ter filhos... Infelizmente!".(MEFA, 43 anos, s/f).

Embora Paula (2001) aponte a possibilidade de existência assintomática de grandes tumores uterinos, esses depoimentos levam-nos a questionar se as informantes deste estudo realmente não tinham sintomatologia ginecológica ou se inconscientemente negavam seus sinais e sintomas pela ânsia de serem mães.

Por outro lado, algumas mulheres associaram a indicação cirúrgica com a possibilidade de alívio dos sinais e sintomas desencadeadores da consulta médica.

"-pelo sangramento né... Eu menstruo dez dias no mês e muita, muita quantidade. (SDS, 49 anos, c/f).

E complementa dizendo acreditar que a cirurgia lhe trará alívio dos sintomas...

"- Um alívio, um alívio. Por que isso me prejudica muito a minha qualidade de vida. Faz seis meses que eu sangro assim, direto, direto. Só com remédio eu paro de sangrar" (SDS, 49 anos, c/f).

Uma das entrevistadas relata explicitamente a situação que vinha apresentando mês após mês, justificando assim o motivo que a levou a procurar auxílio médico:

"...comecei a sangrar novamente, ... Eu passei dezembro, eu passei janeiro e eu passei fevereiro assim, com intervalos de 5 dias que parava um pouco e voltava de novo. Aí eu procurei a Dra." (NML, 42 anos, c/f)

Outras informantes, que eram mães, declararam-se temerosas pela possibilidade do enfrentamento de uma cirurgia, no entanto, a abordagem não se relacionou à histerectomia, mas sim à apreensão que um ato cirúrgico desencadeia na maior parte das pessoas.

" Ah!... Eu estou com medo, nervosa, mas o médico disse que não tem outra saída, né. Para parar com esse incômodo, levar uma vida mais tranqüila." (EMB, 51 anos, c/f).

"Eu vejo assim, como qualquer outra cirurgia, normal, tenho medo de riscos normais como qualquer outra cirurgia, pode ter alguma complicação. Tomou uma anestesia, tu estás correndo muitos riscos, isso aí eu tenho medo, mas o resto depende de ti e de quem tu tiver né,..." (RCT, 40 anos, c/f).

Essa mesma cliente abordou também os riscos aos quais estaria exposta se optasse por não fazer a cirurgia.

"Eu vou retirar o útero, porque eu tenho problemas há vários anos, de hemorragia, dor, risco de câncer, fiz cone, continuei com dor até sangrei muito, continuei fazendo acompanhamento, aí fiz ultra-som e a médica resolveu tirar o útero porque ele dobrou de tamanho, útero muito grande, muita dor..." (RCT, 40 anos, c/f).

Assim, foi possível compreender que, entre as mulheres que haviam passado pela experiência da maternidade, a cirurgia foi fundamentalmente considerada como uma forma de cessar os sangramentos, deixar de sentir dor, ficar livre do risco de desenvolver um câncer, enfim, melhorar a qualidade de vida.

5.2.1.2 Possíveis conseqüências da histerectomia

A representação das **possíveis conseqüências** da histerectomia foi outro aspecto significativo que emergiu dos dados colhidos no pré-operatório e revelou divergências em função da inexistência ou existência de filhos(as). Isso está em consonância com o ponto de vista de Abric (2000), ao sustentar que as representações são, ao mesmo tempo, consensuais e marcadas por fortes diferenças individuais. O autor, fundamentando-se em Doise (1985, p. 250), afirma que "a identidade dos princípios de regulação não impede em nada a diversidade de tomadas de posição que se manifestam através das atitudes e das opiniões". Dessa forma, ele explica que uma multiplicidade de tomadas de posição pode ser produzida a partir de princípios organizadores comuns.

Nesse sentido, frente a uma realidade comum, que é a extirpação do útero, algumas mulheres manifestaram sua sensação de pesar, outras de tranqüilidade, vinculando tais percepções ao cumprimento de sua missão "natural", pois a sociedade define que a mulher só pode ser feliz por meio da maternidade. A freqüência e a ênfase com que essa representação integrou as falas demonstram que sobre o sexo "biológico" está inculcada tal missão. Assim, as mulheres que não possuem filhos(as) consideraram a cirurgia como algo negativo em suas vidas, pois ficarão impossibilitadas definitivamente de cumprirem com o seu papel. Isso pode ser verificado nas seguintes falas:

"...é uma sensação esquisita, te falta alguma coisa,... na verdade eu tenho maior preocupação em perder, porque eu não tenho filhos, talvez se eu tivesse tido, pra mim não teria tanta importância,... (chorou...)." (CMF, 35 anos, s/f).

"- A única coisa que eu penso, é que vai ser uma barreira que eu vou ter que enfrentar, só em saber que eu vou tirar o útero, vou ... nunca mais engravidar, que o meu sonho era ter um filho....Para ser sincera, eu fico muito triste, ... tirar o útero vai ser definitivo, é um troço que é inexplicável! ... Tu vê aí as pessoas, as mulheres com filho pequeno correndo para um lado para o outro, puxa e eu não posso ter o meu, é bem complicado... Pra ser sincera não sei o que dizer..."(LSS, 34 anos, s/f).

Essa representação está em conformidade com as concepções de Sbroggio; Osis e Bedone (2005, p. 3), que criticam a tradicional idéia de que o útero precisa ser preservado apenas "para a maternidade, que foi vista por muito tempo como a única área em que as mulheres tinham uma missão social - a de preservar a espécie, produzindo filhos sadios".

Entre as mulheres que eram mães, as conseqüências vislumbradas referiram-se fundamentalmente à recuperação da saúde e do bem-estar, no entanto os papéis sociais de cuidadoras da prole e da casa permearam alguns depoimentos, demonstrando, conforme expõe Grossi (1998, p. 7), que "agimos como mulheres socialmente programadas, e não como costumamos pensar, como mulheres biologicamente determinadas", ou seja, o papel da mulher desde o nascimento, é determinado de acordo com o seu gênero, que corresponde socialmente ao sexo feminino. Porém, cotidianamente, podemos modificar aquilo que é esperado do sexo feminino, uma vez que o gênero está permanentemente em mudança, e todos os nossos atos reconfiguram as representações sociais de feminino e masculino. (GROSSI, 1998).

"Eu espero que Deus me ajude e que eu fique boa. Porque eu tenho um filho que precisa de mim... Tem 17 anos, mas precisa de mim. Se ele tivesse casado, tivesse as coisas dele, eu nem esquentava a cabeça né, mas ele é pequeno, ele precisa de mim ainda, e eu morrendo, quem vai ajudar ele"? (RHCC, 48 anos, c/f)

"É importante saber... Se eu vou poder fazer uma comida, se eu vou pode lavar uma louça, estender uma roupa... esses cuidados aí, até agora eu não sei." (RCT, 40 anos, c/f).

Nessa diversidade de reações e, conforme recomenda Mayer (2003), analisando os processos sociais mais amplos que precisam ser considerados quando se discutem masculinidades e feminilidades, captamos o desgosto e a culpa demonstrada por uma das informantes que optou por protelar uma gravidez e agora se vê na impossibilidade de concretizá-la:

"-Olha, eu acredito que eu vou valorizar mais o dom de dar à luz,... de poder engravidar, de ser mãe. ...eu sempre fui uma mulher que eu resolvi deixar para

depois, entendesse?...Eu sempre disse, depois dos meus trinta, depois dos meus trinta (chorou)" (CMF, 35 anos, s/f.)

5.2.1.3 Vida conjugal e afetiva: percepções do parceiro e de pessoas do círculo social.

Das representações emergentes dos relatos, a **sexualidade** caracterizou-se como uma dimensão importante, provavelmente por permear de maneira significativa os contextos de vida das mulheres em processo de histerectomia. Para facilitar a compreensão, é útil resgatarmos que a sexualidade não é sinônimo de ato sexual, nem tampouco se limita à presença ou ausência de orgasmo. Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações que se referem tanto à saúde física quanto à saúde mental. (EGYPTO, 2003). Nesse sentido, verificamos que, para muitas das informantes, a sintomatologia era limitante e até impedia um viver prazeroso da sexualidade, independentemente de ter tido filhos ou filhas. Embora as informantes refiram uma vida sexual "normal", sem especificar em que consiste a chamada normalidade, as questões relacionadas à sexualidade mostraram-se carregadas de preocupação e insegurança com os aspectos relativos à vida sexual e afetiva. Vejamos os fragmentos:

"A minha vida sexual é normal, graças a Deus não tenho problemas (sorriu). É afetada por causa disso mesmo, imagina que meu marido tem meses que não tem esposa, né;! Porque é um mês inteiro. Um dia eu estou menstruada. Aí pára outro dia. Depois é dez dias na corrida, então, claro, aí é difícil, mas graças a Deus ele é compreensivo.(SDS, 49 anos, c/f).

"É boa, é normal, a gente se entende, não tem nada... Tirando esse problema da dor, do sangramento... O incômodo é horrível também, pois quando eu vou ter relação com o meu namorado... fica aquele pânico né... dói, dói, sangra, depois fica dois dias sangrando..." (MEFA, 43 anos,s/f.).

Convém destacar que algumas participantes tinham a esperança de poder, após a cirurgia, ter uma vida sexual saudável, ou seja, viam a cirurgia como uma possibilidade de recuperar uma relação já desgastada e comprometida, tanto pela rotina quanto pela presença dos sinais e sintomas que advêm do quadro patológico.

Dessa forma, as participantes se referiram à vida sexual com preocupação, conforme indicam as falas abaixo:

"...já há mais tempo eu estava sentindo muita dor, aí meu marido me procurava e eu estava sempre caindo fora, e a gente discutia, ele dizia que era falta minha, mas não é, porque eu sentia dor, agora ele vê porque... ele está bem quietinho." (RBS, 43 anos, s/f).

"-...está tudo normal. Agora ultimamente o que atrapalhou um pouco foi esse lado da hemorragia sempre, a cólica sempre, eu tive muita dor, tive muita cólica e aí afasta um pouco né, e ele também acho que se retrai por causa disso né, mas até então tinha uma vida normal sem problemas....Estou preocupada, como eu vou me sentir depois, se vai ser normal, se vai ser natural. Acho que a única coisa que me importa agora, é a vida sexual com o meu marido, vai continuar a mesma coisa? Só isso. Que não depende dele né, depende de mim, quer dizer, não sei né, o que ele pode pensar depois." (NML, 42 anos, c/f).

Podemos perceber nessas falas que as mulheres se sentem como únicas responsáveis pela harmonia sexual, pela "normalidade" da relação, devendo estar sempre dispostas a dar prazer ao companheiro e submissas a seus desejos. Aguiar (1997) discute esse assunto ressaltando que a relação sexual é vista como "serviço" doméstico, ou dever conjugal.

Outro aspecto que não guardou relação com a maternidade foi a verbalização de **mitos, crendices e tabus** referentes à histerectomia. Embora as entrevistadas tenham comentado que tais mitos fazem parte do imaginário de pessoas mais antigas que já haviam passado pela experiência, acreditamos que eles tenham influenciado nas representações de algumas mulheres, gerando incertezas quanto às conseqüências dessa cirurgia, como está expresso nas seguintes falas:

“...a gente tem aquele mito dos antigos que as mulheres diziam que tinha aquela coisa que o marido reclamava que a mulher ficava ‘oca’, que a mulher ficava frigida, não tinha mais prazer assim como tinha antes, então esse tipo de coisa é que me preocupa.... Será que eu vou ficar com uma depressão, vou sentir a falta, será que eu vou ficar com problema, é isso só que tá me preocupando.” (NML, 42 anos, c/f).

“-...Tem aqueles mitos antigos que as pessoas comentavam que depois a gente deixa de ter prazer, deixa de ter vontade, deixa de ter isso aí. Mas, não chega a me preocupar, porque não sei com certeza, isso aí só depois né". (RCT, 40 anos, c/f).

Há evidência ainda de que os mitos podem influenciar significativamente nas representações das mulheres, a partir das questões de sexualidade; este fato torna-se manifesto na seguinte fala:

“Eu já ouvi dizer que a mulher fica sem vontade sexual nenhuma, não sei se isso é verídico ou não. Dizem que a mulher fica sem vontade... assim não pretende por a vida sexual ativa, não sei... Eu acredito que isso pode pesar, até mesmo porque a gente se sente... ah, eu não tenho mais o meu órgão, não sei de repente...” (CMF, 35 anos, s/f).

Para Sbroggio; Osis e Bedone (2005), o surgimento da idéia de sentir-se com um “buraco”, “frígida”, sem capacidade de dar e sentir prazer, é bastante freqüente e está relacionado ao processo psíquico de construção de mitos, o qual se encontra atrelado a sentimentos, imagens e idéias assimiladas diante das necessidades instintivas e dos valores básicos de cada mulher. É como se houvesse um conjunto de idéias sobre o útero e seus significados, adormecidas no imaginário das mulheres e que, na iminência da histerectomia, fossem despertadas e elaboradas, de acordo com as representações de cada uma.

Portanto, os mitos ressurgem frente a um fato concreto, que, neste estudo é, a histerectomia; porém, tais mitos passam a ser elaborados de acordo com a interpretação do imaginário de cada mulher frente ao que já ouviram, discutiram e vivenciaram sobre o que significa para uma mulher “não ter seu útero”. O surgimento

de mitos, por sua natureza e capacidade de mobilizar as mulheres, pode afetar, inclusive, a maneira como elas vivenciam a histerectomia. (SBROGGIO; OSIS; BEDONE, 2005).

Por outro lado, é oportuno destacar que inúmeros foram os relatos de **amigas e familiares** que abordaram a histerectomia como uma experiência positiva na vida da mulher, como é possível constatar nos depoimentos abaixo relatados:

"Conheço várias pessoas [que fizeram histerectomia]. Não tem nenhuma que se arrependeu, pelo menos dentro do meu ciclo de amizades. Têm seis amigas minhas que fizeram e todas estão satisfeitas" (SDS, 49 anos, c/f).

"...muitas pessoas já fizeram,, e estão aí "tranqüilaça", tudo bem. Conhecidas minhas fizeram e eu nem sabia [...] Ah! fulana fez também, secrana fez também, então, todo mundo me bota pra cima."(MTS, 53 anos, c/f).

"...eu já perguntei para várias mulheres que eu conheço que já retiraram, inclusive até com idade de vinte e poucos anos. Todas elas me disseram que não aconteceu nada, não modificou em nada... tenho uma amiga bem jovem que disse que até melhorou" (NML, 42 anos, c/f).

Há, ainda, mulheres que ouviram versões positivas por parte de algumas amigas, e negativas por parte de outras; elas concluem dizendo que só depois de vivenciarem a situação poderão ter a sua própria opinião.

Vejamos essas manifestações:

"-A cunhada da minha irmã... A minha irmã também fez uma histerectomia, até perguntei isso pra ela... se não mudava nada em relação ao sexo, a minha irmã disse que não, com ela não mudou nada, continua a mesma coisa; a cunhada da minha irmã disse que com ela foi diferente, ela não tem desejo sexual, ela tá triste porque tá prejudicando a vida dela, o marido, o casamento. Ela disse que o marido procura, e ela não tem vontade, não tem desejo. ...antes ela vivia bem com o marido....Só que eu acho que depende muito de cada um né, que isso aí..." (MEFA, 43 anos, s/f)

“-Uns dizem que a pessoa fica assim... fria, outros dizem que a pessoa fica... nada, fica boazinha, fica a mesma coisa, sente as mesmas coisas que antigamente.... ela diz que fica “oca” por dentro que não sente mais nada. Cada um responde de um jeito... Só depois da cirurgia pra mim saber, depois da cirurgia eu vou fazer o teste, eu vou ficar fria ou eu vou ficar natural.” (RHCC, 48 anos, c/f).

Cabe salientar, ainda, que os relatos dissonantes dos tabus e mitos também podem interferir sobremaneira nas representações acerca da histerectomia, uma vez que as representações sociais constituem entidades de duplo sistema: o núcleo central e os elementos periféricos, nas quais cada parte tem seu papel específico e complementar (ABRIC, 2000). Neste estudo, o núcleo central está constituído pelos estereótipos de mulher “oca”, “vazia” e "fria", que são associados à extirpação do útero. No entanto, vários argumentos se contrapõem a essa idéia demonstrando que a histerectomia pode melhorar o desempenho e o prazer da mulher, uma vez que a retirada do útero pode representar o alívio de sintomas, resolução de problemas, prevenção de câncer e até mesmo da morte, entre outros elementos periféricos que lentamente podem ir alternando o núcleo central. Dessa forma, percebemos que os elementos periféricos, podem, lentamente, ir remodelando a representação da mulher frente à histerectomia.

Analisando a **opinião do companheiro** frente à histerectomia, as informantes comentam que a maioria concordou com a realização do procedimento por ver a cirurgia como algo positivo; no entanto, os argumentos apresentados referem-se apenas ao corpo biológico e ao desempenho sexual. Em nenhum momento houve alusão aos sentimentos que a possibilidade de remoção do útero desencadeia na mulher. Percebemos, assim, que a mulher se revela responsável por não poder exercer seu papel de esposa sexualmente ativa e que em alguns casos a cirurgia veio até substituir uma intervenção cirúrgica que seria realizada no marido, o que foi considerado conveniente para ele, conforme evidenciam as falas a seguir:

“-Com meu companheiro não adianta conversar, porque ele não... ele é muito frio para esse tipo de coisa. Pra ele acho até que é conveniente porque ele ia fazer vasectomia, agora eu vou fazer... então para ele está descansado.” (NML, 42 anos, c/f)

"-... Ele acha que eu tenho mais é que fazer, eu expliquei pra ele tudo, o médico me explicou, que não tinha problema nenhum que eu vou continuar igual, uma mulher igual." (MTS, 53 anos, c/f)

Ao abordarmos as questões apresentadas anteriormente, encontramos consonância em Scott (1990), ao referir que gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. A partir das concepções dessa autora, percebemos a influência do poder másculo sobre a figura feminina, por meio do qual as mulheres assumem, historicamente, de maneira passiva, a responsabilidade de obedecer, servir e agradar ao companheiro, preservando as representações da dominação masculina e da submissão feminina.

Demonstrando que os aspectos analisados podem interferir significativamente na **qualidade de vida** das mulheres entrevistadas, trouxemos depoimentos que abordam tanto os benefícios físicos quanto os sociais, decorrentes da histerectomia:

"-Eu quero a minha saúde,... eu quero ficar livre do que tá me incomodando, a dor... Não é estética, beleza, eu quero a minha saúde. Vai melhorar, porque eu não vou tar com aquela tensão, de no mês estar três vezes menstruada, vai enfraquecendo"... (SNSS, 38 anos, c/f).

"-Um alívio, um alívio. Porque isso me prejudica muito a minha qualidade de vida. Eu não posso programar para nada. Às vezes eu estou no centro eu sinto aquilo correr assim e de repente, parece que abre as torneiras, não tem nada que segure... eu acho que vai melhorar a qualidade de vida. Eu não estou mais na idade fértil, não vai ter muito problema." (SDS, 49 anos, c/f).

Das anotações do diário de campo dessa mesma informante, selecionamos um comentário feito após a entrevista, no qual ela salienta a perspectiva de poder viajar, ter uma vida social e até visitar a filha em Florianópolis, após a cirurgia.

A qualidade de vida é representada socialmente a partir de valores subjetivos e objetivos. No primeiro consideram-se as questões relacionadas ao bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal; e no segundo estão incluídos os bens materiais, culturais e ambientais. (MINAYO, 2000). No entanto, de maneira geral, consideramos que a histerectomia vem interferir na qualidade de vida das mulheres,

seja por meio dos aspectos subjetivos ou objetivos. Entretanto, percebemos que as questões subjetivas se apresentam de maneira mais significativa num processo de histerectomia, uma vez que essa prática está estreitamente ligada aos valores femininos, sexuais e comportamentais.

Evidenciamos que cada mulher apresentou expectativas diferentes frente ao processo de histerectomia. Nesse sentido, cabe ressaltar que formamos representações para nos familiarizarmos com o estranho, portanto também para reduzir a margem de não-comunicação. Esta margem é reconhecida por meio das ambigüidades das idéias, da fluidez dos sentidos, da incompreensão das imagens e crenças do outro (MOSCOVICI, 2003). Sendo assim, acreditamos que a problematização das questões imbricadas na prática da histerectomia contribua para se resgatar o estranho e categorizá-lo, ou seja, torná-lo conhecido, a fim de que a mulher possa ter uma representação menos traumática frente à indicação de retirada do útero. Tal idéia está baseada no fato de que a maioria das mulheres, mesmo aquelas que têm filhos e filhas, manifestam inquietudes, incertezas e dúvidas como: “até que ponto a histerectomia, poderá realmente interferir em suas vidas?”

5.2.2 Vivências das Mulheres Submetidas à Histerectomia

Nessa categoria, estão contempladas as vivências das mulheres submetidas à histerectomia, a partir da análise dos dados colhidos no período pós-operatório. Ao longo dessa etapa, tais vivências foram comparadas com suas expectativas. Percebemos que a polaridade das representações, também permeou as vivências das mulheres, porém, em relação à presença ou ausência de filhos(as), notamos que tal polaridade se fez menos presente.

Outro aspecto que revelou representações diferenciadas foi o tempo de pós-operatório. Identificamos como pós-operatório imediato, as verbalizações referentes ao período em que as entrevistadas estavam hospitalizadas, e, de pós-operatório tardio, as que se referiram às situações ocorridas após a alta hospitalar.

5.2.2.1 Pós-operatório imediato

No pós-operatório imediato, a dor foi uma manifestação verbalizada com freqüência, no entanto, sua intensidade variou, tanto em função da presença ou ausência de filhos(as) quanto da patologia de base.

Entre as mulheres que não possuíam filhos(as), a dor foi objetivada como intensa e persistente. As dificuldades psíquicas, a não-elaboração da situação, no caso da perda do útero, pode retornar através de somatizações, e a paciente passa a queixar-se de uma dor orgânica tendo como pano de fundo a dor psíquica. (PAULA, 2001). Essa realidade apresenta-se ilustrada na seguinte fala:

"...A única coisa assim, não digo traumatizada, mas assim eu fiquei muito sensível para dor, ...me davam medicação e eu chorava, gemia, aquela coisa assim, não tinha como passar aquela dor, [...] depois que passou a anestesia. Eu fui pro quarto, acho que levou dois dias com dor, e eles me aplicando injeção." (MEFA, 43 anos,s/f)

Por outro lado, entre as participantes mães, as verbalizações variaram desde a ausência de dor até a associação da dor à perda do útero. Uma das entrevistadas surpreendeu-se por não ter passado pela experiência dolorosa, alegando ter conhecimento de que tal reação é comum entre as mulheres que se submetem à histerectomia.

"...o incrível de tudo isso é que eu não tive dor. Quando eu voltei do bloco, o enfermeiro que me atendeu... Pegou e disse assim: Ah, a minha mãe teve tanta dor! Eu não tenho dor nenhuma, eu me levantei no outro dia de manhã e não tive dor, eu nunca tive dor. Todo mundo se queixa das dores, eu não tive graças a Deus (SDS, 49anos,c/f).

Outra participante queixou-se de dor, porém tal manifestação parece estar mais associada à perda do útero do que à sensação dolorosa provocada pelo ato cirúrgico, conforme está expresso em sua fala:

“Porque ela é dolorosa, claro no momento que tu fez a cirurgia, tu perdeu um órgão teu né, claro que é dolorosa...” (DLCA, 51 anos, c/f)

A patologia de base que motivou a indicação da histerectomia entre as entrevistadas com filhos(as) também contribuiu para a presença ou a ausência de dor. As participantes, as quais haviam se submetido à histerectomia por miomatose uterina, patologia considerada benigna, não se queixaram de dor e referiram:

“..., tudo de bom, melhorei noventa por cento. Me recuperei rápido...eu não tive dor...graças a Deus” (SDS, 49anos,c/f)

“É uma cirurgia dolorosa, quando saiu dali passou a dor, me recuperei muito ligeiro”(DLCA, 51 anos, c/f)

Porém, para a entrevistada cuja patologia de base foi um câncer, a manifestação dolorosa se estendeu ao pós-operatório tardio e foi caracterizada como uma dor persistente e intensa no local da cirurgia, conforme ilustrado na seguinte fala:

“-Após a cirurgia, eu sinto muita ardência por dentro, na minha cirurgia, por dentro né, e sinto dor. A mesma dor que eu sentia antes de tirar, o câncer, maligno, eu sinto dor. Desse lado mesmo onde dizem que era grande né, eu sinto dor desse lado aqui, dor e “latejação” como se tivesse inflamando. Tiraram ovário, útero, tiraram tudo né, mas eu sinto dor.” (RHCC, 48 anos, c/f)

Nesse sentido, cabe resgatarmos que, teoricamente, as representações sociais significam a reprodução de uma percepção anterior à realidade, ou seja, imagens construídas a partir do real. Elas se manifestam em pensamentos, sentimentos e condutas, todavia, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. A linguagem do senso comum é considerada como principal mediadora das representações, sendo vista como forma de conhecimento e de interação social (MINAYO, 2007). A representação das participantes frente à histerectomia foi construída a partir das suas vivências, associadas à causa que as levou à concretude do ato cirúrgico,

sendo objetivada por meio da queixa de dor frente a um câncer e ausência de dor quando a causa foi miomatose uterina, considerada uma doença benigna do útero.

5.2.2.2 Pós-operatório mediato

No pós-operatório mediato foi possível distinguir duas modalidades de representações acerca da histerectomia, ou seja, algumas com repercussões negativas e outras com repercussões positivas.

5.2.2.3 Repercussões negativas

Nessa modalidade algumas participantes objetivaram a cirurgia como um evento negativo, ancorando as vivências pós-operatórias na impossibilidade de se tornarem mães, na incapacidade de manterem o casamento, nas incertezas quanto à capacidade de sentir prazer e serem aceitas socialmente.

A insatisfação em perder um órgão ligado à maternidade já havia sido demonstrada no período pré-operatório, pelas mulheres que ainda não eram mães. A partir das vivências, ou seja, com a concretude da prática cirúrgica, notamos que as representações negativas dessas mulheres, pela **impossibilidade de se tornarem mães**, acentuaram-se e somaram-se à representação do fim de um sonho. Tal fato se apresenta ilustrado a partir das falas de uma das mulheres.

"Às vezes eu fico meia abatida, entendesse? Sentida, porque realmente eu queria ter um filho, agora eu não posso,... -A única coisa que eu posso dizer, eu não desejaria pra ninguém passar por uma cirurgia dessa, porque sempre te corta muito sonhos que tu pensa em um dia realizar. –No meu caso mesmo eu tive muitos sonhos que eu queria realizar e eu não consegui, com certeza também não vou conseguir..." (LSS, 34anos, s/f)

Outra representação negativa da histerectomia adveio da associação feita por uma informante, entre a cirurgia e a solução de seus problemas conjugais. Ela explicita sua insatisfação e até mesmo decepção por ter sonhado em resgatar sua harmonia sexual com a cirurgia e, na realidade, ter obtido como desfecho a **separação marital**.

"-O meu pós-operação foi traumático, por causa da minha separação, foi bem traumático mesmo. Com quinze dias de cirurgia o meu ex-marido, ele lá sei eu, já estava antes por causa dos miomas,...eu tinha muito sangramento, a nossa vida sexual não existia quase...inclusive eu fiz essa operação mais para poder ver se eu conseguia melhorar a nossa vida sexual, para ver se a coisa parava senão, eu teria feito mais tempo de tratamento, tentando melhorar...quer dizer não foi muito boa não, muito pelo contrário, foi bem traumatizante." (NML, 42 anos, c/f)

Reafirmando o relato anterior, a entrevistada demonstra mais explicitamente sua decepção com as conseqüências da histerectomia, por meio da seguinte fala:

"...eu resolvi fazer a cirurgia foi pensando..., a partir da cirurgia em diante a nossa vida íntima ia melhorar, né, mas não teve chance, não teve chance, não teve chance... se eu pudesse voltar atrás eu não teria feito, ...ele era indiferente comigo, tornou indiferente não sei por quê, foi indo, foi indo, foi indo, foi indo, foi indo. Com quinze dias de cirurgia ele foi até mesmo agressivo, foi agressivo, aí eu saí de casa, saí comecei tudo do zero. (chorou)" (NML, 42 anos, c/f)

Nesse sentido, Machado (2000) adverte que, se não havia uma relação harmoniosa antes da cirurgia, torna-se difícil ou pouco provável que se continue uma vida amorosa adequada após o procedimento, uma vez que a atividade sexual é considerada uma simples continuação do que existiu previamente. Portanto, podemos dizer que constitui uma ilusão alguém buscar, por meio da histerectomia, um álibi para resgatar sua vida sexual e reconquistar sua harmonia conjugal.

Cuamatzi (2004) dá suporte às representações negativas acerca da extirpação do útero apresentadas nos relatos anteriores, ao referir que o conhecimento das questões subjetivas e socioculturais que permeiam o universo simbólico das mulheres possibilita a identificação da histerectomia como fator que

vem a interferir sobremaneira na qualidade de suas vidas. Tal interferência compromete a auto-estima, a realização pessoal e o ajustamento social dessas mulheres, seja estigmatizando-as por não mais produzirem filhos(as) ou punindo-as moralmente, através do abandono marital, dissolução do casamento e isolamento social, o que as impede de levarem uma vida social e afetiva que as satisfaça.

Uma das participantes **questiona sua capacidade de sentir prazer** após a retirada do útero. Aborda aspectos referentes à prática masturbatória, bem como a atividades compensatórias que vem realizando, entre elas trabalhar e comer compulsivamente.

"–eu tenho vontade de ter relação, eu sinto né, agora não sei se eu vou ter a mesma sensação na hora da relação, penso em primeiro ter relação para ver se eu vou ter a mesma sensação que eu tinha antes, muito calor a mesma coisa, porque às vezes o calor é assim mínimo, só dá aquela vontadezinha e tudo. De primeiro eu me masturbava e eu não me masturbo mais, me dá vontade,... e já desvirtuou da minha cabeça. Quer dizer que de repente na hora da penetração, alguma coisa assim, pode ser diferente né, eu posso nem gostar mais e não sentir mais aquela vontade. Agora eu sinto vontade de trabalhar, trabalhar, arrumar dinheiro, comer, eu sinto uma fome, uma fome, parece que eu tenho um bicho por dentro de mim, eu como, como, como e tô sempre com fome, guria, parece que eu estou desnutrida,..". (RHCC, 48 anos c/f)

No pós-operatório, uma das entrevistadas, temendo **não ser aceita socialmente**, relatou omitir a remoção do útero, na tentativa de se proteger de estigmas sociais, como "não presta pra mais nada". Tais estigmas reduzem o valor da mulher à função reprodutiva, conforme ilustrado na seguinte fala:

"-Ninguém comenta nada comigo, porque eu também não comento entendesse? Se alguém pergunta alguma coisa eu não conto realmente o que foi que eu fiz, porque tem aquilo: -Ah, é muito nova tirou o útero, talvez não presta pra mais nada, eu evito pra não levar piada. Então se me perguntam eu digo: -Tirei uma coisinha e pronto" (LSS, 34anos, s/f)

Nesse sentido, outra mulher demonstrou que após a histerectomia passou a apresentar uma sensação de incompletude, vazio, falta de alguma coisa, conforme revela sua fala:

"–...eu estou sempre sentindo falta de alguma coisa...(Parou, se emocionou) – É..., eu sinto que me falta alguma coisa..." (MEFA, 43 anos, s/f)

Os estereótipos relacionados às conseqüências de ficar sem o útero, representados como mulher "vazia", "fria", e "diferente" das outras, surgem pela tensão entre "*self*" privado e a "identidade pública" da mulher "histerectomizada" (CALIRI, 1994). De acordo com o processo central vivenciado pelas mulheres, percebemos que a reação de omitirem tal procedimento ocorra como forma de preservar sua identidade social vinculada à feminilidade.

5.2.2.4 Repercussões positivas

Nessa etapa, as repercussões positivas ancoradas nas vivências de cada integrante foram visualizadas por meio de aspectos relativos à solução de problemas e alívio de sintomas, a medidas preventivas, ao cuidado de si, ao resgate da auto-estima, à desmistificação, à vida conjugal e afetiva, bem como aos aspectos emocionais e sociais.

As representações da histerectomia como **solução de problemas e alívio dos sintomas**, expressas no pré-operatório pelas informantes com filhos(as), mantiveram-se e foram verbalizadas independentemente de a mulher ser mãe. Para uma das entrevistadas sem filhos(as), a cirurgia de retirada do útero significou o fim de seus incômodos, porém, no final de sua fala, paira um certo grau de incerteza em relação ao porvir:

"-Tá bem, tá normal... não sinto mais nada daquelas dores, aquelas cólicas, aquelas incomodidades,...tô melhor daqueles incômodos que eu tinha, por enquanto tô melhor." (MEFA, 43 anos, s/f)

Para outra mulher, também sem filhos(as), a cirurgia desencadeou melhora em relação à dor, à pressão arterial e à vida sexual, originando uma representação positiva acerca da histerectomia.

"...Melhorou, melhorou em tudo... porque eu tinha dor, e eu não tenho mais,.... Na relação não tenho mais dor, eu sentia muita dor... .Eu acho que, quem tem esse problema tem que fazer, não tem que deixar acontecer como aconteceu comigo, tem que fazer. Porque eu me arrependo de não ter feito há mais tempo... até a minha pressão normalizou, depois que eu fiz essa cirurgia." (RBS, 43anos, s/ f)

Foi no pós-operatório que emergiram representações acerca da importância de **medidas preventivas**, a fim de evitar uma prática mutilante.

"-Eu acho estranho tu tirar uma parte de ti, eu acho que não é uma coisa normal. É uma parte tua, eu acho uma violência ter que tirar, acho que o bom seria a gente ter mais cuidados para não precisar fazer isso, acho que só em extremos mesmo para fazer... Na minha cabeça eu acho que é uma violência tirar uma parte tua, é a mesma coisa que tirar um olho, tirar...é um pedaço da gente né, não que ele esteja me fazendo falta, mas eu preferia que ele estivesse lá dentro, bem cuidadinho, direitinho... (RCT, 40 anos, c/f)

Convergindo com a opinião da informante, o Ministério da Saúde destaca a importância da detecção precoce do câncer do colo do útero, mesmo em mulheres assintomáticas, por meio do exame citopatológico conhecido como Papanicolau. O referido exame possibilita o diagnóstico de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. (BRASIL, 2002). Com isso, é garantido um alto potencial de prevenção e cura, evitando que o caso evolua para uma prática mutilante como a histerectomia.

Houve ainda uma das participantes que construiu sua representação do processo de histerectomia, como uma forma de evitar danos maiores; no caso, **câncer e morte**, conforme desvelou na seguinte fala:

“Eu estou viva, eu poderia ter evoluído para um câncer, alguma coisa assim né, porque é HPV, e era uma lesão interna dentro do útero... tava se evoluindo para um câncer e se eu não tivesse corrido, eu teria morrido com um câncer...” (RCT, 40 anos, c/f)

Nesse sentido, percebemos uma harmonia entre o saber popular, do senso comum, com o saber científico, pois em consonância com a fala da informante, o CTM - Centro de Tratamento de Miomas (2005) refere que há situações em que a histerectomia é única opção para preservar a vida da paciente, como em neoplasias ou mesmo patologias que podem levar ao câncer de útero.

Entre as mulheres deste estudo, uma das participantes representa a cirurgia como forma de **"cuidado de si"**; tal representação foi reafirmada no pós-operatório tardio. Em seus relatos, a entrevistada procurou enfatizar sua autonomia na decisão de retirada do útero:

“Como eu te disse antes de operar, que foi uma iniciativa, uma opção minha... Eu fiz pra cuidar de mim da minha saúde, e pra mim hoje tá cem por cento, entendesse? Aquele medo que eu tinha de menstruar duas, três vezes no mês, não tenho mais aquele problema, até mesmo dos nervos eu me acalmei mais, entendesse?... Cem por cento depois da cirurgia... Então pra mim foi uma maravilha, cem por cento, nada negativo, foi tudo positivo.” (SNSS, 38anos, c/f).

Outra entrevistada percebeu a histerectomia como uma forma de resgatar a sua **auto-estima**, permanecendo com a opinião favorável apresentada no pré-operatório.

“-Eu continuo cem por cento a favor, eu já era antes, agora mais ainda, né. Porque a minha vida melhorou cem por cento. Agora eu retomei minha auto-estima, não tem palavras.” (SDS, 49anos, c/f)

Podemos perceber, a partir dessas verbalizações, que está havendo uma readequação das representações sociais acerca da histerectomia, pois era pouco

provável que antigamente alguém percebesse essa cirurgia como uma forma de cuidado de si ou de resgate da auto-estima.

Abric (2000) nos dá suporte para tais inferências ao afirmar que não existe uma realidade objetiva *a priori*, mas que toda realidade é representada, ou seja, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, que depende da sua história, do contexto social e da visão ideológica que o cerca.

O grupo de participantes que possui filhos, no período pós-operatório demonstrou que ter vivenciado o processo cirúrgico alterou suas representações, tornando-as positivas em relação à histerectomia, ou seja, **desmistificou-as**. Conforme ilustrado na seguinte fala:

"-Olha, tudo o que ocorreu foi pra melhor, porque tu imagina a vida que eu tinha antes né. Então...aqueles comentários que tinha antes: Ah, fica diferente. Não tem diferença nenhuma, toda diferença que tem é para melhor, pra melhor!" (SDS, 49anos, c/f)

Alguns aspectos referentes à **sexualidade** também caracterizaram as repercussões positivas. Conforme foi ilustrado por uma das entrevistadas, após a cirurgia de retirada de útero, ela obteve uma melhora significativa em relação a sua vida sexual, passando a considerar-se útil enquanto esposa, uma vez que se encontra apta para desempenhar efetivamente sua função sexual. Isso se manifesta na seguinte fala:

"...a minha vida pessoal, sexual, também teve uma mudança muito grande, como eu te disse na época. Eu ficava até constrangida, porque meu marido é pescador, chegava em terra, menstruada, então. Eu menstruava duas, três vezes no mês, hoje não, hoje já mudou, pra melhor, eu não me sinto inútil, pelo contrário me sinto bem útil. (SNSS, 38 anos, c/f)

Quando falamos em sexualidade, estamos nos referindo ao conjunto de fantasias e idéias que cada um constrói sobre si, em função daquilo que supõe levar ao gozo. As idéias e fantasias relacionam os atos às sensações, são retiradas do conjunto de idéias circulantes na cultura de cada um. Dessa forma, sexualidade se

ancora em sensações corporais, nos discursos em torno dessas sensações e, ainda, nas normas de permissão e interdição da experiência ou ato que provoca a sensação. (VILLELA e ARILHA, 2003). Portanto, em consonância com as autoras, percebemos que a representação positiva, construída pela participante quanto à histerectomia, ocorreu a partir de suas fantasias e idéias, em função de garantir o prazer, por meio de seu papel, enquanto esposa sexualmente ativa. Tal postura se caracteriza como uma herança do sistema patriarcal, no qual a mulher era submissa aos desejos masculinos. Assim, graças às lutas femininas e às conquistas de espaços, a mulher vem modificando essa representação histórica, e garantindo o seu direito ao prazer.

No pós-operatório, as representações das mulheres acerca da histerectomia foram ainda associadas a questões ligadas a sua **vida conjugal**, conforme objetiva uma das entrevistadas:

"Porque vinha aqueles comentários sobre histerectomia, vai deixar, não vai ficar normal, pra mim a minha vida conjugal com meu esposo, melhorou cem por cento.". (SNSS, 38 anos, c/f)

Em relação à **percepção do companheiro**, vimos que, na etapa anterior, a maioria concordou com a realização da cirurgia, considerando-a como algo positivo na vida da mulher. Após a experiência da histerectomia, os mesmos não referiram mudanças significativas, porém suas manifestações apresentaram-se arraigadas em mitos e tabus.

A fala a seguir ilustra algumas das percepções do companheiro expressas por mulher que se submeteu à cirurgia:

"Ele não sabia, ele não conhece direito né, mas ele achou que...ele tinha medo no início, achou assim: -Ah, vais ter problema. Mas hoje não. Ele acha assim que estou bem melhor,...melhor em tudo. (MTS, 53 anos, c/f).

Embora o homem acredite que não há mudança significativa no comportamento da mulher após a retirada do útero, ele demonstra aspectos que caracterizam insegurança e que permeiam o relacionamento conjugal. Isso se comprova a partir das observações do diário de campo, em que uma das

participantes relatou o questionamento do esposo acerca da sensação de sentir-se "oca por dentro", "vazia".

Na visão de outro companheiro não houve, com a retirada do útero, mudança expressiva na vida sexual, com a retirada do útero, conforme apresentado no seguinte relato:

"... ele disse que não mudou nada. Eu já perguntei se tinha mudado alguma coisa, ele disse que não mudou nada. Alguns cuidados que a gente tem que ter por causa dessas coisas que eu te disse [recuperação difícil, dores, alguns movimentos apresenta dor mais intensa], mas não influenciou em nada." (RCT, 40 anos, c/f)

No entanto, a mulher expressa uma percepção diferente, ela manifesta incertezas e acredita que a melhoria na sua vida sexual se dará em conseqüência da continuidade da sua recuperação.

"-Eu até acho que não vá mudar nada mais adiante se eu continuar me recuperando né. A dor atrapalha um pouco, mas do contrário..." (RCT, 40 anos, c/f)

De acordo com Moscovici (1978), a relação da representação social com o comportamento de cada sujeito é considerada um fato complexo. A partir dessa idéia o autor relata que

> [...], se uma representação social é uma 'preparação para a ação', ela não o é somente na medida em que guia o comportamento, mas sobretudo na medida em que remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento deve ter lugar. Ela consegue incutir um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes. (MOSCOVICI, 1978, p. 49).

Nesse sentido, percebemos que o comportamento da mulher frente à histerectomia, manifestado pelo êxito e satisfação, foi reconstituído a partir de suas vivências. Tal comportamento não se ancorou nos tabus e preconceitos. As mulheres objetivaram suas representações com base no bem-estar readquirido após terem vivenciado o processo cirúrgico. No entanto, a representação se deu pelo significado e valor que cada mulher atribui ao seu útero, inspirado no seu contexto de vida, bem como a partir das suas relações sociais.

As representações positivas da histerectomia foram, ainda, além do alívio dos sinais e sintomas, incluindo **aspectos emocionais e sociais**, conforme uma das participantes relatou em sua fala:

"...eu vivia sempre apavorada com o negócio do sangramento, a gente estava sempre em estado de nervo, quando pensava que não vinha mais, vinha aquela tonelada. E fora o que a gente gasta, né, exames e exames, e a anemia? A anemia que me dominava, e agora graças a Deus que melhorei bastante...foram oito anos que eu passei nessa luta. Passava meses bem, outros meses já com hemorragia de novo." (MTS, 53 anos, c/f)

Houve outra entrevistada que comparou a cirurgia a outros tipos de procedimento cirúrgico, caracterizando a histerectomia como um procedimento comum, deixando implícita a desvinculação da retirada do útero com a perda da feminilidade.

"-Eu fiz uma cirurgia, que nem se eu fizesse outro tipo de cirurgia, qualquer tipo de cirurgia assim sabe, como se tirasse um dente, pra mim é a mesma coisa se tirasse um dente, né?...Eu penso assim, que nem eu tivesse me operado da apendicite, me operei normal, eu imagino assim..." (RHCC, 48anos, c/f)

Em relação as diferentes maneiras de reagir frente à histerectomia, as atitudes são frutos da interação social, de processos de comparação entre expectativas e vivências, identificação e de diferenciação social que permitem ao indivíduo, dentro de seu contexto, situar sua posição frente à de outras pessoas. Em suma, a atitude, seja favorável, desfavorável ou neutra, reflete a orientação global do objeto socialmente representado. (TEIXEIRA, 1999; MOSCOVICI, 1978). Logo, a representação das mulheres, após a histerectomia, foi ancorada não só em seus valores e crenças, mas também na vivência do pós-operatório imediato e tardio. Assim, houve casos em que as representações do pré-operatório foram mantidas, e outras em que foram alteradas havendo, na maioria dos casos, uma representação positiva acerca dessa intervenção cirúrgica, até mesmo lástima por não a terem feito há mais tempo.

Portanto, percebemos que no que se refere à **vida social**, a maioria das mulheres se sente satisfeita com a realização da cirurgia, uma vez que considera tal evento como uma forma de reconquistá-la.

"-Foi melhor, voltei à vida normal. Porque assim eu não podia ir numa praia, eu não podia nada eu tava sempre sangrando né, aí melhorou." (EMB, 51 anos, c/f)

Outra participante também expõe suas representações em relação aos aspectos da vida social, relatando:

"Às vezes eu ia pegar um ônibus, e não podia nem me sentar, tinha que ir em pé, com medo de marcar tudo, porque vinha aquele sangramento horrível. Agora me sinto bem, graças a Deus, já faz três mês. Pra mim foi excelente, né.(MTS, 53 anos, c/f)

Convém resgatarmos as considerações de Minayo (2007), que aborda a importância de compreender a complexidade das relações sociais, uma vez que estas criam, alimentam, reproduzem e transformam as estruturas, na perspectiva dos atores sociais envolvidos nessas relações. Com isso, acreditamos que as representações das mulheres em processo de histerectomia, a partir da concretude do ato cirúrgico, vêm sendo reconstituídas, de forma que a cirurgia passou a ter a conotação de uma prática menos traumática, menos estigmatizante e com influência positiva na qualidade de vida da maior parte das mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada junto às mulheres em processo de histerectomia no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da cidade do Rio Grande, possibilitou o despertar para um novo olhar frente à figura feminina, a partir das diferentes representações sociais imbricadas numa extirpação uterina.

Compreendemos que as expectativas frente à histerectomia variaram de acordo com a presença ou ausência de filhos(as), com o motivo da primeira consulta, sinais e sintomas decorrentes da patologia de base, das possíveis conseqüências da cirurgia e do tipo de vida conjugal, incluindo as questões referentes à sexualidade, mitos e a percepção do parceiro acerca da cirurgia. O fato de a mulher ser ou não mãe permeou as expectativas, delineando uma polaridade de representações frente à histerectomia.

Entretanto, percebemos num primeiro momento que as representações das mulheres quanto à prática da histerectomia estavam embasadas em questões simbólico-culturais referentes ao significado do útero como um órgão associado à reprodução, à sexualidade e, mais especificamente, à feminilidade.

Num segundo momento, identificamos que a polaridade das representações também se fez presente nas vivências das mulheres que se submeteram à histerectomia, porém, de maneira menos intensa. Cabe salientar que, embora nossos objetivos tivessem como foco o pós-operatório tardio, a queixa de dor foi uma manifestação significativa no pós-operatório imediato demonstrando que o tempo de pós-operatório também interferiu no tipo de representação expresso pelas mulheres.

Percebemos, então, que a representação das mulheres após a histerectomia foi ancorada não só em seus valores e crenças, mas também na vivência do pós-operatório imediato e tardio. Assim, identificamos que, em alguns casos, as representações do pré-operatório foram mantidas e em outros foram alteradas, constituindo, na maioria dos casos, uma representação positiva acerca dessa intervenção cirúrgica.

Compreendemos, ainda, que a histerectomia foi considerada uma forma de "cuidado de si", bem como uma maneira de resgatar a auto-estima da mulher, o que

confere ao procedimento uma ressignificação, pois era pouco provável que antigamente ocorresse tal percepção.

Verificamos que, frente à concretude do ato cirúrgico, algumas mulheres objetivaram a histerectomia como um evento negativo, ancorado nas reações pós-operatórias, na incapacidade de se tornarem mães, no comportamento sexual, bem como nas interferências na vida conjugal. A insatisfação em perder um órgão ligado à maternidade, demonstrada no período pré-operatório pelas mulheres que ainda não eram mães, tornou-se mais intensa a partir das vivências, e se somou à representação do fim de um sonho.

Em suma, vimos que as representações sociais apreendidas pelas mulheres do presente estudo constituíram-se pela reapropriação dos saberes culturais e historicamente enraizados, evidenciados por meio da manifestação dos mitos, crenças e tabus, presentes nas falas das participantes. Tais mitos e tabus prevaleceram associados às gerações mais antigas, sendo ressignificados após a concretude do ato cirúrgico, remodelando, dessa forma, os esteriótipos de mulher “vazia”, “fria” e “oca”.

Verificamos que a histerectomia foi uma forma de resgatar a vida social, uma vez que a maioria das mulheres reconquistou sua liberdade de sair, passear, viajar. Acreditamos que tais aspectos vêm contemplar as questões relacionadas à qualidade de vida das mulheres em processo de histerectomia.

No decorrer da pesquisa foi observado que, após a cirurgia, as mulheres passaram a construir outras representações, porém a polaridade que permeou o significado da histerectomia, tanto nas expectativas quanto nas vivências, caracterizou os diferentes olhares frente ao impacto da retirada do útero. Ou seja, as mulheres que ainda não tinham filhos manifestaram, predominantemente, sentimentos de insatisfação, lamentando a impossibilidade de exercerem seu papel de mães, impedidas até mesmo de realizarem seus sonhos. As participantes que já possuíam filhos objetivaram, em sua grande maioria, satisfação e alívio, sentimentos ligados à solução dos problemas advindos do quadro clínico, o que lhes permitiu readquirirem sua qualidade de vida.

Frente aos objetivos alcançados, compreendemos que houve uma importante mudança em relação ao significado da perda do útero, caracterizando, dessa forma, uma nova representação social da mulher frente à histerectomia. Assim, a imagem de mulher fria, “oca”, “vazia”, pela perda do útero, vem sendo substituída pela figura

feminina capaz de sentir e de ser fonte de prazer, apresentando sentimentos de alívio e satisfação, de acordo com o contexto de vida de cada participante. Isso significa que uma cirurgia antigamente considerada mutilante, arraigada de tabus e mitos, poderá gerar sentimentos de alívio e satisfação, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida da mulher.

Notamos, ainda, a partir desta pesquisa, que é essencial a disponibilização de um espaço de escuta para as mulheres em processo de histerectomia, uma vez que tal aspecto foi questionado por uma das mulheres no momento da entrevista. Tal cuidado poderá ser efetivado, principalmente, por meio da prática da consulta de enfermagem, em pré e pós-operatório, considerada como uma estratégia de qualificação do cuidado à mulher em processo de histerectomia.

Portanto, cremos que investir nesses espaços de discussão e escuta, a respeito do viver sem útero, da feminilidade e sexualidade, possa prevenir conflitos pessoais e conjugais ocasionados pela falta de problematização dessas questões. Em suma, pensamos que a possibilidade de dispormos de novos espaços de cuidado em saúde favorece o vínculo profissional-sujeito, e garante também que as angústias e sofrimentos advindos de uma histerectomia sejam amenizados.

Assim, acreditamos que este estudo se soma aos estudos científicos realizados em busca de uma maior valorização da mulher, aumentando a gama de conhecimentos em relação às novas conquistas femininas. E, principalmente, por instigar um outro olhar às mulheres em processo de retirada de útero e contribuir significativamente na formação de uma nova representação social frente à histerectomia.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

AGUIAR, Neuma. Perspectivas Feministas e o Conceito de Patriarcado na Sociologia Clássica e no Pensamento Sociopolítico Brasileiro. In: _____. (Org.). **Gênero e Ciências Humanas**. Desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997, p. 161-191.

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

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, novembro/2002.

BELOTTI, E.G. **Educar para a submissão:** o descondicionamento da mulher. Tradução de Epharaim Ferreira Alves, Vozes, 1981.

BRASIL. Prevenção do câncer do colo do útero. Organizando a assistência. **Manual Técnico**. Brasília: MS, 2002.

_____. **Política Nacional de atencão integral à saúde mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2004

BRITO, T.E.F. **Histerectomia: sua repercussão na mulher e implicações para a enfermagem.** Brasília: UEHFA, 2000.

BUNCHAFT, G. Estudos das percepções e sentimentos de mulheres submetidas à histerectomia. Psicometria. Rio de Janeiro: UFRJ. Disponível em:<http://www.psicometria.psc.br/artigo1.htm>. Acesso em: 19 maio 2005.

CALIRI, M.H.L. Tentando resolver as incertezas: trajetória das mulheres ao enfrentarem o processo da histerectomia. 1994. 151 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1994.

CARMO, Tânia Maria Delfaro. Caracterização dos recursos humanos que trabalham em creches comunitárias no município de Passos – MG. 1996. 187 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1996.

CARVALHO S. et al. Histerectomia, depressão e resposta sexual. **Rev-Psiquiatr-Consiliar-Ligação**, Cidade do Porto. Porto – Paranhos. v. 1, n. 5, p. 203-211, 1999.

CONNELL, R.W.. Como teorizar o patriarcado. In: LOPES, E. M. e LOURO, G.L.. Educação e Realidade. Número especial **Mulher e Educação**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, jul./dez. 1990.

COSMO, M.; CARVALHO J.W.A. **Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. Rev Soc Bras Psicol Hosp**, São Paulo, n.3, p. 27-32, 2000.

CTM – Centro de Tratamento de Miomas: opções de tratamento. São Paulo. Disponível em:<http://www.mioma.com.br/opcoes.htm> Acesso em: 21 ago. 2005.

CUAMATZI, P.M.T. Histerectomia decorrente de complicações do parto em um grupo de mulheres mexicanas: uma visão sociocultural. 2004. 114 p. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

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

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas.** Florianópolis, v. 12, n. 1, jan./abr. 2004.

FERNANDES, G.F.M. Qualidade de vida: representações sociais de docentes de enfermagem. Florianópolis. 2007. 220 p. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio.** Rio de Janeiro: Positivo Informática, 2005.

FRASER, N. Políticas feministas na era do reconhecimento. In: BRUSCHINI &. UNBEHAUM (Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC, 2002.

FREDERICKSON, H.M.; WILKINS, H.L..**Segredos em ginecologia e obstetrícia.** Tradução Cília Beatriz Fischmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

FREUD, S.. Sexualidade Feminina. In: SALOMÃO, JAYME. **O futuro de uma ilusão e sexualidade feminina.** Tradução José Otávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GIV – Grupo de Incentivo à Vida. **A história da camisinha**. São Paulo: Disponível:<http://www.giv.org.br/index.php> Acesso em: 21 ago. 2007.

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

GROSSI, M.P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**, Florianópolis, n. 24, 1998.

GUARESCHI, P. **Psicologia Social Crítica:** como prática de libertação. Porto Alegre: EDIPUCREPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 2004.

JESUS. M. C. P. Educação sexual e compreensão da sexualidade na perspectiva da enfermagem. In Ramos, F.R. et al. (Org.). **Adolescer: compreender, apoiar, acolher**. Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**.** Brasília: ABEn/Governo Federal, 2001. 282p.

JODELET, D. **Folie et représentations sociales.** Paris: PUF, 1989.

_____. (Org.) **As representações sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

LAGO, M.C.S. Refletindo sobre gênero a partir de textos freudianos. In: **SEMINÁRIO DE ESTUDOS SOBRE A MULHER.** Florianópolis/Ponta Grossa: UFSC/UEPG, 1996. p. 1717-173.

LEMGRUBER, I. Cuidado com histerectomias desnecessárias. **Manchete Saúde,** [s.l.], n. 109, p. 10-11, 1995.

LOURO, G.L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. **Gênero, Sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

MACHADO, L.V.; MACHADO, I.P.. **Sexualidade e TRH.** Minas Gerais: FCM, 2000.

MEDEIROS, M. et al. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. **Revista Latino-americana de enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, mar./abr. 2001.

MEYER, D.E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G.L.; NECKEL, J.F.; GOELLNER, S.V. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: Um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento. **Pesquisa qualitativa em Saúde.** 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, M.C.S. et al. **Qualidade e vida e saúde:** um debate necessário. Rio de Janeiro: Ciências e Saúde Coletiva, 2000.

_____. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações Sociais:** investigações em psicologia social. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

NETTINA, S.M. Prática de Enfermagem. 6. ed. Tradução André Luis de Souza Melgaço. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 2 vol.

NOVOA, A.M. Histerectomia: efeitos emocionais na identidade feminina. **Opinião**, São Paulo, ;n. 6, p. 193-195, 1996.

NUNES, M.P.R.S., GOMES, V.L.O; Representação Social: mulher em pré e pós-operatório, de histerectomia. **II Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade: problematizando práticas educativas e culturais.** Rio Grande: FURG/UFRGS, 2005. ISBN 85-7566-046-2

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

RHODES, J.C. (Col.). Melhora da função sexual após histerectomia. **JAMA** 1999; 282:1934. UniveRepresentações Sociaisity of Maryland em Baltimore, EUA.

SÁ, C.P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano:** As Representações Sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

SANTOS, B.S. **Introdução a uma ciência pós-moderna.** Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SBROGGIO, A.M.R.; OSIS, M.J.M.D.; BEDONE, A.J.. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 51, n. 5, São Paulo, set./out. 2005.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul/dez. 1990.

SILVA, A. L.; CORRÊA, P. Categoria de Gênero na Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 22-36, jan./mar. 1999.

SILVA, A. L.; LAGO, M.C.S., **A pesquisa como prática de cuidado na emancipação da mulher.** Florianópolis: Mulheres, 1999.

STOLLER, Robert J. **Masculinidade e feminilidade**: apresentações do gênero. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 283p.

TEIXEIRA, M.C.T.V. Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. Florianópolis. 1999. 243 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

TORRES. M. R. Vivências sexuais na fala de adolescentes pobres de salvador. In: BARBOSA et al. (Org.). Interfaces - **Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002, p. 49-82.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia clínico-qualitativo:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais**: Identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VILLELA, W.V.; ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e Vida:** panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: UNICAMP, 2003.

APÊNDICE A: Roteiro da entrevista

PRIMEIRA FASE: PERÍODO ANTERIOR À CIRURGIA

1- DADOS COLHIDOS DO PRONTUÁRIO

1.1 - Identificação:

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Profissão:

Escolaridade:

Número de filhos (as):

Endereço:

Telefone:

1.2 - Patologia de Base:

2- ROTEIRO DE ENTREVISTA

2.1 - Quando foi a sua primeira consulta?

2.2 - O que a levou a procurar assistência à sua saúde?

2.3 - O que a senhora sabe sobre a cirurgia que irá se submeter, ou seja, sobre a histerectomia?

2.4 - O que a senhora pensa sobre esta cirurgia?

2.5 - Com quem a senhora conversa sobre a sua cirurgia?

2.6 - O que a senhora espera dessa cirurgia?

2.7 - A senhora conhece alguém que tenha feito histerectomia? Qual a opinião dessa pessoa acerca da cirurgia? Ela mencionou algum aspecto que tenha

influenciado positivamente (melhorado) ou negativamente (piorado) na relação conjugal após a cirurgia?

2.8 - A senhora gostaria de comentar sobre a sua vida sexual, ou seja, como é a sua vida sexual?

2.9 - A senhora já discutiu com seu companheiro sobre a histerectomia? Qual é a opinião dele?

2.10 - Para a senhora o que significa a retirada do útero, ou seja, o que a senhora pensa quando imagina ficar sem o útero?

SEGUNDA FASE: PERÍODO posterior à cirurgia

3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Senhora---------- conforme havíamos combinado estou aqui para a segunda fase da minha pesquisa de mestrado. Todas as perguntas que vou lhe fazer se referem ao período após a sua cirurgia.

3.1 - Como está sua vida após a cirurgia?

3.2 - Que comentários a senhora vem escutando de amigas ou familiares sobre a influência desta cirurgia na vida da mulher?

3.3 - Quais os comentários do seu companheiro, em relação a esta cirurgia?

3.4 - Em relação à sexualidade e à relação conjugal, quais as modificações que a senhora acha que ocorreram após a cirurgia.

3.5 - O que a senhora pensa sobre a cirurgia que se submeteu?

3.6 - Como à senhora descreve a atuação da equipe que lhe atendeu, no hospital? se não houver referencia à enfermagem, perguntar.

APÊNDICE B - Consentimento Livre e Esclarecido de Mulheres em Processo de Histerectomia.

Sra. Informante:

Meu nome é Maria da Penha Silveira Nunes, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Estou realizando uma pesquisa, sobre: **Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver**, tendo como orientadora a Prof[a]. Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes.

Para obter os dados, será necessária a realização de duas entrevistas. A primeira no período que antecede a cirurgia (Ambulatório Ginecologia H.U. e Unidade Clínica Cirúrgica), e a segunda no período que sucede, ou seja, de 3 a 4 meses após o ato cirúrgico (domicílio da participante ou Ambulatório Ginecologia H.U.). Para que nenhum detalhe seja perdido, as entrevistas serão gravadas.

Neste estudo será assegurado (a):

- a garantia do esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida referente à pesquisa;
- a garantia de que a senhora não será submetida a qualquer tipo de risco ou a situações constrangedoras, da mesma forma que será alertada acerca da utilização dos resultados com possibilidade de melhoria na qualidade da assistência prestada às mulheres submetidas a esse tipo de cirurgia,
- a liberdade de retirar seu consentimento, ou mesmo deixar de participar da pesquisa, sem que isso venha a interferir no seu atendimento, nesta instituição;
- a observância de todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa;
- o acesso às informações em todas as etapas da pesquisa bem como dos seus resultados;

- a garantia do anonimato das falas gravadas e anotadas, mesmo quando os resultados estiverem sendo divulgados em eventos e publicados em periódicos científicos.

Sua participação será importantíssima, e em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. Ressalto, ainda, que estou e estarei disponível para qualquer esclarecimento que a senhora achar necessário, através do número 3278-4835 (pesquisadora) ou 3233-8886 (orientadora).

A senhora concorda em participar dessa pesquisa?

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma com a senhora e outra comigo.

Atenciosamente,

_____	_____
Maria da Penha Silveira Nunes	Profª Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Mestranda	Orientadora da Pesquisa

Declaro ter sido esclarecida acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem que isso possa causar prejuízo a mim. Assim, concordo em participar da pesquisa cujo título é **Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver**, realizada pela Mestranda Mª da Penha Silveira Nunes, 32-356958 sob a orientação da Profª. Drª. Vera Lúcia de Oliveira Gomes 3236-3995.

Nome .....

Assinatura .....

Rio Grande ...../...../.....

APÊNDICE C: Perfil das informantes

INFORMANTES	IDADE	ESTADO CÍVIL	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	Nº FILHOS(AS)	PATOLOGIA BASE	PRINCIPAL QUEIXA
1 – RHCC	48	Solteira	Do lar	Analfabeta	2♀ 1♂	Ca In Situ	Gripe
2 – SNSS	38	Casada	Do lar	6ª Série	1♀ 1♂	Miomatose	Mioma
3 – BEM	51	Casada	Professora aposentada	Superior incompleto	2♂	Adenomiose	Praticate Hemorragia
4 – SDS	49	Casada	Comerciante	4ª Série Fundamental	1♀ 1♂	Miomatose	Hemorragia
5 – MEFA	43	Solteira com namorado	Cabeleireira	6ª Série	Ø	Miomatose	Gastrite + Cólica
6 – CMF	35	Solteira	Balconista	Médio incompleto	Ø	Miomatose	Infertilidade
7 – RBS	43	Casada	Do lar	4ª Série Fundamental	Ø	Miomatose	Hemorragia
8 – LSS	34	Solteira com companheiro	Doméstica	5ª Série Fundamental	Ø	Miomatose	Infertilidade
9 – SESS	48	Casada	Do lar	5ª Série Fundamental	1♂	Miomatose	Sangramento
10 – NML	42	Casada	Pensionista	Médio	2♀	Miomatose	Hemorragia
11 – MTS	53	Solteira namorando o pai de sua filha	Do lar	Médio	1♀	Espeçamento do endométrio	Pólipo + Hemorragia
12 – DLCA	51	Casada	Do lar/agricultora /leiteira	4ª Série Fundamental	2♀	Miomatose	Hemorragia
13 – RCT	40	Solteira com namorado	Copeira	Médio completo	2♀ 2♂	Miomatose	Hemorragia + dor

ANEXO: Parecer do Comitê de Ética

CEPAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - **PROPESP**
Avenida Itália km 08 – Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande – RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: http://www.propesp.furg.br

PARECER Nº 035 / 2006

PROCESSO Nº 23116.007880/2005-66

TÍTULO DO PROJETO: "Representação Social de Mulheres em Pré e Pós-Operatório de Histerectomia, Acerca dessa Cirurgia"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Vera Lúcia de Oliveira Gomes

PARECER DO CEPAS:

Analisei documentos solicitados no Parecer Nº003/2006, e julguei que atendem as necessidades, razão pela qual emito este parecer final, considerando o **PROJETO APROVADO.**

Rio Grande, RS, em 31 de maio de 2006.

Gabriel Hamilton
COORDENADOR DO CEPAS
PROPESP – FURG