

OMNIA

SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

PENGA, Vanessa Mendes; RUMIN, Cassiano Ricardo. Vivências afetivas e o sofrimento de mulheres hysterectomizadas. *Omnia Saúde*, v.5, n.2, p.1-14, 2008.

VIVÊNCIAS AFETIVAS E O SOFRIMENTO DE MULHERES HYSTERECTOMIZADAS

AFFECTIVE EXPERIENCES AND SUFFERING OF WOMEN HYSTERECTOMIZED

Vanessa Mendes Penga
Psicóloga – FAI

Cassiano Ricardo Rumin
Mestre em Ciências Médicas (FMRP/USP)

RESUMO

O presente estudo objetivou averiguar a ocorrência de sofrimento psíquico em mulheres submetidas à cirurgia de histerectomia. Em seguida, buscou-se delinear as características das vivências subjetivas conflituosas que acometeram estas mulheres. Para a realização do presente estudo procedeu-se uma pesquisa qualitativa utilizando entrevistas semidirigidas individuais. Os resultados indicaram que a diversidade de expressões afetivas associadas à histerectomia estava relacionada com as características do adoecimento que exigiu a intervenção cirúrgica. A ausência de informações claras sobre o motivo determinante da cirurgia despertou temores quanto à possibilidade de morte. Destaca-se que as entrevistadas possuem angústias que necessitam elaboração e que a expressão do sentimento de alívio está superficialmente associado ao desaparecimento das dores, sangramentos e incômodos. Entretanto, os seus sentimentos ligados ao significado da perda do útero estão associados a incompletude e a resignação.

Palavras-chave: Histerectomia. Câncer de útero. Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the occurrence of psychological distress in women undergoing hysterectomy. Next, we sought to delineate the characteristics of subjective experiences conflicting that attacked these women. To conduct the present study we carried out a qualitative study using semi structured individual interviews. The results indicated that the variety of emotional expressions associated with hysterectomy was related to the characteristics of the illness that required surgery. The absence of clear information about the reason for deciding to surgery has raised fears about the possibility of death. It is noteworthy that the interviewees have anxieties that need development and that expression of the feeling of relief is superficially related to the disappearance of pain, bleeding and discomfort. However, their feelings of loss related to the meaning of the uterus are associated with the incompleteness and resignation.

Keywords: Hysterectomy. Uterine cancer. Psychological Suffering.

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo averiguar a ocorrência de sofrimento psíquico em mulheres submetidas à cirurgia de histerectomia. Em seguida, buscou-se delinear as características das vivências subjetivas conflituosas que acometem estas mulheres. A pertinência deste estudo refere-se à ausência de investigação sobre o sofrimento psíquico em mulheres histerectomizadas em dissonância com outras investigações do sofrimento associadas a mutilações em mulheres (ZECCHIN, 2004).

A intervenção cirúrgica para a remoção do útero

A histerectomia consiste na remoção cirúrgica do útero, tanto para evitar a gestação (esterilidade) quanto para tratar um grande número de patologias. De acordo com Araújo e Aquino (2003) a via de acesso para a cirurgia pode ser o abdome (histerectomia abdominal) ou a vagina (histerectomia vaginal). A histerectomia pode ser total, quando se retira o corpo e colo do útero ou sub-total, quando só o corpo uterino é retirado. Outra forma é a histerectomia por vídeo laparoscopia onde a cirurgia é realizada por pequenos orifícios de 5 a 10 mm no abdome e a retirada do útero é feita pela vagina. Para Smeltzer e Bare (1999, p.1102) “as condições malignas requerem uma histerectomia abdominal total e a remoção das trompas de falópio e ovários”.

A histerectomia vaginal tem algumas vantagens como: menor tempo cirúrgico, pequena abertura peritonial, pós-operatório menos doloroso, menor tempo de internação, retorno mais rápido às atividades habituais, ausência de cicatriz abdominal, menor incidência de complicações, além da possibilidade de correção de defeitos do assoalho pélvico concomitante e pela mesma via (HOSPITAL PORTUGUÊS DA BAHIA, 2007).

A histerectomia é realizada para o tratamento de muitas outras condições além do câncer:

“incluindo crescimentos não-malignos do útero, cérvix e anexos, problemas de relaxamento pélvico e prolapso, dano irreparável ao útero, infecções graves e de curso prolongado (doença pélvica inflamatória crônica), inflamação grave do revestimento do útero (endometriose), tumores uterinos, fibroma uterino, sangramento vaginal grave e prolongado (crônico)” (SMELTZER e BARE, 1999, p. 1102).

Segundo Otto (2002, p. 160), uma das patologias mais comuns para se fazer uma histerectomia é o câncer de colo de útero, que é mais comum em mulheres entre 35 e 50 anos de idade e que é, em geral, precedido de uma história de 10 a 20 anos de alterações celulares que variam de displasia leve até carcinoma in situ. Cerca de 471.000 mulheres são diagnosticadas com câncer de colo uterino a cada ano no Brasil. O autor indica que:

“As práticas sexuais e a primeira gravidez antes dos 18 anos de idade, múltiplos parceiros sexuais, gravidezes múltiplas e infecção com vírus sexualmente transmissíveis, como o vírus do herpes simples (HSV-2) e o papilomavírus do papiloma humano (HPV-16 E HPV-18) têm um papel significativo no desenvolvimento de câncer de colo uterino” (OTTO, 2002, p.160).

Para a prevenção do papilomavírus (HPV) Stivanin (2005), sugere uma vacina que não serve para quem já tem o HPV, mas devem ser usadas por quem não tem e não quer se infectar com o vírus:

“Há uma centena de tipos de HPV, mas a maioria das infecções são causadas por apenas quatro deles: 6, 11, 16 e 18. As versões 16 e 18 do vírus são responsáveis por 70% dos casos de câncer de colo de útero. (...) a Vacina Quadrivalente contra o HPV foi desenvolvida especialmente para adolescentes que ainda não iniciaram a vida sexual e é aplicada em três doses, em um espaço de seis meses” (STIVANIM, 2005).

O câncer uterino alerta para metástases, pois:

“os carcinomas cervicais são tumores de crescimento lento que invadem por extensão direta os tecidos adjacentes do útero, vagina, reto, bexiga e tecidos parametraes. O câncer de colo de útero raramente se dissemina por via hematológica; entretanto, pode ocorrer doença metastática nos pulmões ou no fígado” (OTTO, 2002, p.162).

Marana (2005) afirma que o tratamento quimioterápico é eficiente para o tratamento de metástases situadas fora da pelve e a radioterapia pélvica é indicada quando se trata de carcinomas primários. Schünemann Júnior, Urban e Budel (2002) afirmam que a quimioterapia utilizada anteriormente ao procedimento cirúrgico mostra-se uma técnica eficaz, pois, além de obter a regressão das lesões também tornou operáveis tumores antes considerados inoperáveis. Ainda segundo os autores, a sobrevivência das pacientes operadas após a utilização da quimioterapia foi quatro vezes maior em relação àquelas pacientes que não foram operadas (82,14% versus 16,67%, respectivamente).

Câncer e imagem corporal

O câncer comporta metáforas como: desgaste, corrupção, traição, invisibilidade até os últimos estágios, além de estar associado com desfiguração, dor, trauma emocional e perda de funções corporais. Seu tratamento é brutal, muitas vezes mais doloroso que a doença. Muitos sintomas podem ser aliviados, trazendo uma boa qualidade de vida para o paciente. Entretanto, a imagem relacionada à morte ainda persiste: “o sofrimento do paciente é temido, conduzindo também a um isolamento” (KOVACS, 1992, p. 197).

O diagnóstico de câncer, apesar das evoluções acerca do seu tratamento e da sua representação diante da sociedade, ainda leva o doente a estigmatização, ao isolamento e a idéia de morte. Juntamente com o diagnóstico de câncer, a maioria dos pacientes sente estar recebendo também sua sentença de morte, o que torna essencial a assistência psicológica.

O conceito de imagem corporal é bastante complexo, diverso e na literatura se faz controverso, pois, é usado indiscriminadamente por alguns autores, muitas vezes como representante de esquema corporal. O conceito de imagem não fica restrito ao próprio corpo, mas à condição de subjetividade criada a partir de diversas influências, incluindo o próprio corpo, sua noção esquemática e sua relação com o conhecimento.

Em virtude dos termos imagem corporal e esquema corporal fazerem parte do repertório de alguns autores como sinônimos, torna-se necessário diferenciá-los. O esquema corporal é oriundo da neurologia, é a consciência corporal; já a imagem corporal segundo Schilder (1999) é a figuração do corpo humano formado em sua mente, ou seja, o modo pelo qual o

corpo se apresenta para nós, sendo, portanto, fundamento da referência do homem a si mesmo e ao mundo.

Na vida adulta, estabelece-se uma imagem corporal que recobre o corpo real, como um invólucro, uma capa. Em situações difíceis (dor, doença, onde a integridade do corpo é ameaçada), a imagem será muitas vezes o recurso que o sujeito lança mão para se proteger, se refugiar. Uma das situações em que tal recurso é utilizado refere-se à descoberta do diagnóstico de câncer (OLIVER, 1995).

Portanto, a imagem corporal é um processo contínuo de construção e desconstrução, de vivências e experiências adquiridas que se formam sobre o esquema corporal. Afinal toda a experiência vem carregada de significados afetivos e emocionais que determinam o corpo motor e o estado psíquico, revelando assim, a relevância da atenção e da intervenção na imagem corporal do paciente no momento do adoecimento em virtude de sua influência no processo e na busca da cura, sendo influenciado também pela relação médico-paciente (BRANDÃO, ARANHA e CHIBA, 2004).

O útero, a feminilidade e os prejuízos à saúde

O útero, além de suas funções biológicas, associa-se ao conceito de feminilidade, por relacionar-se a função reprodutora da mulher e a sua vida sexual. Isso significa que as mulheres podem ver o útero como aspecto importante da feminilidade, de maneira que a sua perda se refletirá sobre o que elas percebem como sua qualidade de feminilidade, incluindo o desejo sexual e a libido.

Observa-se que as concepções acerca do útero estão intimamente atreladas à busca por exercer controle sobre a sexualidade da mulher, utilizando como justificativa a necessidade de preservá-lo 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. Esse enfoque pode ser observado no Brasil com bastante força ao final do século XIX e até a metade do século XX, quando começaram a ganhar evidência os movimentos de mulheres, inspirados nas lutas feministas internacionais. Apesar das mudanças provocadas por esses movimentos, não se pode desprezar a força dos conceitos historicamente aprendidos na educação e formação das mulheres, que certamente se refletem em suas perspectivas acerca do útero e de suas funções, vinculando-o à própria condição de ser mulher e de feminilidade (PARKER, 1991).

Além disso, as possíveis indagações, dúvidas e insegurança das mulheres frente a um diagnóstico que implica a retirada do útero podem desencadear mudanças nos padrões sexuais após a histerectomia, por acreditarem que perdem o desejo sexual e lhes são retiradas partes vitalmente necessárias para sua atuação sexual. É possível imaginar que a necessidade de realizar uma cirurgia para retirada do útero produza emoções conflitivas, traumáticas, de insegurança e ansiedade. Isso porque, além dos medos que tradicionalmente uma cirurgia pode despertar nas pessoas, no caso da histerectomia acrescentam-se as dúvidas e inquietudes com respeito à condição da mulher após a retirada do útero (COSMO e CARVALHO, 2000).

Na maioria dos casos, a histerectomia é um procedimento eletivo. Só deve ser considerada se o problema em questão não puder ser tratado com tratamentos menos invasivos que preservem o útero. O útero produz uma substância chamada prostaciclina, que é responsável pela inibição da formação de coágulos sanguíneos. Em virtude disto, a remoção do útero pode

deixar a mulher mais sujeita a ter trombozes e pode ser um fator de aumento do risco de um enfarte. Se os ovários são retirados, a mulher perde sua fonte do hormônio feminino, o estrogênio. As mulheres que não podem se submeter à terapia de reposição hormonal, terão uma menopausa precoce e terão uma chance aumentada de desenvolver osteoporose e enfartes cardíacos. Mesmo entre as pacientes que não tiveram seus ovários retirados muitas mulheres relatam sintomas como: fadiga, ganho de peso, dores articulares, alterações urinárias e depressão, após uma histerectomia (SMELTZER e BARE, 1999, p. 1102).

Em razão dos prejuízos à saúde ocasionados pela histerectomia e as vivências ansiogênicas despertadas quando a histerectomia é indicada considerou-se a importância de investigar vivências subjetivas das mulheres submetidas a esta modalidade de intervenção cirúrgica.

METODOLOGIA

Para a realização deste estudo desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa utilizando entrevistas semidirigidas individuais para a obtenção de informações. As entrevistas foram realizadas com três mulheres histerectomizadas e registradas com um gravador. O conteúdo de cada entrevista foi transcrito mantendo o sigilo das entrevistadas. Para preservar a identidade das entrevistadas, nas transcrições, bem como neste artigo, foram identificadas por um nome fictício. A opção pela utilização da entrevista semidirigida deu-se em função da necessidade de permitir que a mulher entrevistada falasse livremente sobre o tema em questão, de forma que houvesse subsídios para a análise dos dados, propiciando melhor conhecimento da vivência emocional.

As mulheres histerectomizadas foram indicadas para entrevista pela Rede Feminina de Combate ao Câncer de Osvaldo Cruz (SP), com diagnóstico de câncer ou outras patologias. Para a análise dos dados das entrevistas semidirigidas seguiu-se o modelo metodológico proposto por Minayo (2000), pois foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que teve como objetivo permitir a interpretação do discurso.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Reação das entrevistadas frente ao adoecimento

A reação das entrevistadas frente ao adoecimento foi diversificada, pois em alguns casos notou-se que a percepção da doença se fez pela constituição da anormalidade. Canguilhem (2006) diferencia o estado anormal da condição patológica ao indicar que mesmo não havendo a manifestação de sintomas e incômodos – situação inerente à condição patológica – o adoecimento já se estabelece e ameaça o quadro geral de saúde. De acordo com o autor:

“A noção de normal que se tem depende da possibilidade de infrações à norma. Estamos diante de definições que não são absolutamente verbais, em que a relatividade dos termos opostos é correta. A saúde é positiva, mas não é primitiva; a doença é negativa, mas sob a forma de oposição e não de privação. A doença é um estado autenticamente anormal” (CANGUILHEM, 2006, p. 57).

Conforme o relato de uma entrevistada, a identificação de um estado anormal à saúde expõe o sujeito a uma condição de urgência:

“Eu nem sabia que tinha problema, foi num exame de rotina que descobri que tinha que ser operada. Então, o médico disse que eu não tinha câncer, que tava tudo normal, mas que deveria fazer a operação para evitar” (Maria, 42anos).

Sterian (2001) define as situações de urgência como algo que não permite demora, que se torna imediatamente necessário, sabendo que ela pode ser psíquica ou orgânica e que é difícil fazer esta distinção, por isso deve-se considerar todos os casos como urgência vital. Na condição de urgência, a ausência de tempo para organizar o enfrentamento da doença e esta vulnerabilidade frente à identificação de uma possível formação tumoral posiciona o sujeito numa situação de alheamento conforme apresentado por Dóro et al. (2004):

“De fato, tal alheamento gera um tempo prolongado e perigoso entre os primeiros sinais e a consulta médica. Em decorrência, o prognóstico pode tornar-se ruim para o paciente, seus familiares e a sociedade. Embora muitos tipos de câncer tenham cura, devido ao fato da procura dos recursos médicos ser tardia, o paciente pode iniciar seu tratamento em estádios avançados, limitando-se as possibilidades de tratamento” (DÓRO et al., 2004).

O risco de morte figura como um elemento paranóide importante quando há a indicação da histerectomia. Isto ocorre em razão da possibilidade de desenvolvimento de metástases no intestino, fígado e outros tecidos próximos. O temor associado ao adoecimento se eleva na presença de sangramentos e hemorragias, pois, a doença é materializada pela perda de sangue; pela subtração daquilo tomado como elemento determinante da vida:

“A minha menstruação estava com grande fluxo, não parava de vir, então eu procurei um médico e ele me disse que eu estava com hemorragia, mas eu já tinha percebido que algo não estava bem por causa do sangramento” (Joana, 53 anos).

A indicação da cirurgia, em maior ou menor intensidade, despertou nas entrevistadas a mobilização de afetos inerentes a diversos aspectos da vida. Assim, o adoecimento é vivenciado como um processo metafórico de valências distintas. Sontag (1984) explora a dimensão metafórica do adoecimento como modo de captar aspectos subjetivos do indivíduo que adoce. A partir das indicações da autora pode-se explorar ao menos três metáforas sobre vivências afetivas: a castração, a iluminação e a expiação.

A castração determinaria ao indivíduo adoecido um processo de barramento das relações desejantes e de impedimento a circulação no espaço social. Nesta metáfora o adoecimento significaria um castigo, uma punição pelo modo como organiza as relações com o real. A iluminação se constituiria como uma imposição mítico/religiosa onde quem adoce deve se submeter e resignar-se. Esta situação impõe a aceitação do processo de adoecimento sem a constituição do enfrentamento. Por último, a expiação seria definida como uma condição adversa que possibilitaria a reconfiguração das relações sociais e a ressignificação dos afetos. Orientada na direção do enfrentamento da doença, a expiação significa uma ação ativa do doente na tentativa de reconstrução do quadro geral de saúde.

A incursão sobre a dimensão metafórica do adoecimento é permeada pela característica do diagnóstico que suscitou o procedimento cirúrgico. Para duas entrevistadas o diagnóstico de “mioma” foi determinante para a execução da histerectomia, porém, não produziu questionamentos morais sobre o adoecimento que atingia o útero. Lasmar e Guimarães (2002) definem os miomas como os tumores benignos (não cancerosos) mais comuns do trato genital

feminino e que também são conhecidos como fibromas, fibromiomas ou leiomiomas e se desenvolvem na parede muscular do útero e incidem em até 30% das mulheres em idade reprodutiva. Embora nem sempre causem sintomas, seu tamanho e localização podem causar problemas em algumas mulheres, como por exemplo, sangramento ginecológico importante e dor no baixo ventre. A doença figuraria como uma expiação.

Já nos casos onde a histerectomia foi indicada em razão do câncer de colo de útero proporcionado pela ação do HPV surgiria um questionamento sobre as práticas sexuais por um viés de moralidade. A doença compreenderia a experiência metafórica da castração determinante de um barramento das relações desejantes. Questionadas sobre como explicariam a ocorrência do adoecimento determinante da histerectomia assim se expressaram:

“Acredito que tenha sido conseqüência de uma infecção mal curada ou porque era pra acontecer mesmo” (Joana, 53 anos).

“Não sei responder, sempre fui uma pessoa que nunca fez extravagâncias, nunca bebi, nunca fumei” (Rosa, 48 anos).

“Não sei (...) Passei por tanta coisa já, essa foi só mais uma” (Maria, 42 anos).

Os três relatos sobre a origem do adoecimento permitem inflexões sobre as metáforas do adoecimento e o posicionamento das entrevistadas no enfrentamento do adoecimento. No primeiro relato apresenta-se a metáfora da iluminação quando a entrevistada atribui ao destino, ou seja, “era pra acontecer mesmo” o processo de adoecimento. Nesta metáfora o enfrentamento da doença é reduzido a uma condição passiva da entrevistada que se conforma à proscrição do destino.

O segundo relato afirma a vivência de castração da entrevistada; uma imposição que poderia se legitimar em condutas contrárias à moralidade necessária a constituição de sua representação do feminino. Seria, então, um castigo atribuído à extravagância que a entrevistada afirma não haver cometido o que determinaria a característica despótica da manifestação da doença: uma castração.

A discussão do terceiro relato nos apresenta a metáfora da expiação e destaca-se a disposição da entrevistada em enfrentar o adoecimento. Deve-se considerar a resiliência como um conteúdo apresentado na expressão “essa foi só mais uma”. Pinheiro (2004) define que a capacidade de responder ativamente a solicitações ambientais seria uma característica presente em indivíduos resilientes. Por isso, encontra-se nestes indivíduos o enfrentamento das situações conflituosas como componente ativo em sua relação com os impasses do cotidiano.

A retirada do útero despertou nas entrevistadas um processo de catálise de afetos que não pôde ser abarcado pelo discurso médico e os reduzidos riscos deste procedimento cirúrgico. O relato de uma entrevistada orienta esta disposição:

“Me entristeci muito, achei que seria o fim, achei que eu ia morrer, pois já estava com começo de depressão e não achei que sairia dessa com vida” (Rosa, 48 anos).

Zecchin (2004, p. 22-23) define que “a vivência no corpo é soberana em relação ao discurso médico quando este fornece, por exemplo, o diagnóstico; é o registro no corpo que tem, efetivamente, o poder de instaurar um acontecimento”.

O ‘acontecimento’ instaurado pela mutilação reforçava a possível gravidade da doença, as vivências depressivas e o temor da morte. O risco de morte estaria associado a extensão da conduta médico/cirúrgica e a urgência para a execução. A conduta médica reforçaria a constituição de um vínculo baseado na díade onipotência/onisciência e, por isso, as entrevistadas afirmam não entender muito bem o motivo da cirurgia e nem conhecer os possíveis prejuízos à saúde em razão da histerectomia.

“O médico disse que eu não tinha câncer, que tava tudo normal, mas que deveria fazer a operação pra evitar. Até agora eu não sei porque tirei o útero, o médico só disse que não era câncer” (Maria, 42 anos).

A ausência de informações sobre os possíveis prejuízos à saúde foi apontada por todas as entrevistadas. Este posicionamento passivo de uma entrevistada frente à relação terapeuta/paciente determinou a internalização de saberes biomédicos sem o questionamento sobre funções uterinas para a manutenção da homeostase, e as conseqüentes comorbidades originadas pela histerectomia.

“Parei de me preocupar com a menstruação que não parava e hoje até indico a cirurgia pras amigas” (Joana, 53 anos).

A conduta médica onipotente/onisciente na relação terapeuta/paciente fere a autonomia do paciente na tomada de decisões. Kovács (2004, p. 168) afirma que “para que autonomia possa ser exercida é fundamental que o paciente receba as informações necessárias, que o instrumentalizem e habilitem para a tomada de decisões”. A ausência de informações reforça vivências de alheamento e a percepção dos agravos à saúde proporcionados por procedimentos médicos enfatiza vivências depressivas designadas como mudanças:

“Mudou no sentido que eu entrei na menopausa precoce. Comecei a fazer reposição hormonal e a falta do útero me acarretou um problema de tireóide e vivo tomando antidepressivos” (Rosa, 48anos).

Percepções corporais após a histerectomia

Questionadas sobre as percepções corporais e os sentimentos associados à retirada do útero, a maioria das entrevistadas afirmou não notarem diferenças. No relato de uma entrevistada, a cirurgia inclusive restituiu a plenitude da circulação social e da prática da sexualidade. Nesse relato o órgão estava associado a um elemento promotor de sofrimento. Sua retirada ofereceu autonomia em relação aos usos lúdicos dos limites corporais:

“Antes da cirurgia o que me incomodava muito era aquela menstruação que nunca acabava; [a cirurgia] foi um alívio. Até porque aquele sangramento que eu não agüentava mais tinha acabado. Estava sofrendo mais com o órgão do que sem ele” (Joana, 53 anos).

A impossibilidade da gestação após a histerectomia não foi considerada uma situação de sofrimento pelas entrevistadas em razão de todas possuírem filhos e até já imaginarem

possibilidades para interrupção das funções reprodutivas. Mesmo assim, a percepção da falta mobilizava subjetivamente uma das entrevistadas a questionar a diferença de seu corpo frente a outras mulheres pela ausência do útero e pela presença da cicatriz decorrente da cirurgia:

“Incomoda o fato da gente não ter útero, porque pode falar que não, mas toda mulher que faz esse tipo de cirurgia fica diferente (choro)”. “Faz diferença sim, a gente sabe que está faltando uma coisa aqui dentro, então a gente se sente diferente sim” (Maria, 42 anos).

Nesse momento, vale remeter a atenção à contribuição de Zecchin (2004) sobre a manifestação do adoecimento nos limites corporais:

“É no corpo orgânico que a doença se manifesta, mas é apenas a partir do momento em que ela convoca o corpo em todas as suas dimensões que podemos falar da experiência, uma vez que se amplia o campo. Quando falamos de procedimentos invasivos, de perda e de dor, estamos num campo que contempla tantos aspectos objetivos quanto subjetivos” (ZECCHIN, 2004, p. 92).

A partir das dimensões objetivas e subjetivas associadas a um procedimento cirúrgico invasivo, pode-se abordar a presença da cicatriz decorrente da cirurgia:

“A cicatriz incomoda porque eu fiquei com um pouco de aderência e quando faço esforço tenho dor do lado esquerdo” (D. Rosa, 48 anos).

“Não me incomoda com isso [cicatriz] não. Já me acostumei” (Joana, 53 anos).

No primeiro relato apresenta-se um dado objetivo – a aderência – que se configura como uma seqüela do procedimento cirúrgico. A aderência é definida por Silva (2004, p. 22) como “fixação entre dois órgãos ou duas superfícies normalmente separadas”. Assim, a aderência conferiria a limitação aos movimentos corporais. Já no segundo relato destaca-se a expressão ‘acostumei’ como um processo de adaptação. Em algum momento a cicatriz guardava as lembranças de uma temporalidade onde o adoecimento e seus desdobramentos circundavam suas experiências e assim marcavam uma diferença. Agora, já ‘acostumada’ à cicatriz pode-se articular a sua percepção como a marca da resolução de um conflito.

Informações acerca do período pós-cirúrgico

O período pós-operatório foi analisado em razão da determinação de sofrimento que poderia ter afligido as entrevistadas. O sofrimento no período pós-operatório poderia influenciar a percepção das entrevistadas sobre a histerectomia. Em resposta ao período de recuperação e a retomada das atividades diárias obteve-se as seguintes respostas:

“Eu retornei rapidamente ao meu serviço. Graças a Deus não tive complicações e só a cirurgia me curou; não tive que fazer quimioterapia e nem nada” (Maria, 42 anos).

“Demorei cerca de cinco meses pra voltar às atividades normais, mas foi mais por causa da anemia” (Joana, 53 anos).

“Foi difícil, fiquei três meses em repouso. Fiquei muito deprimida e com o tempo fui voltando aos poucos, pois não tinha muita força e nem coragem pra nada. Levei dois anos pra me recuperar completamente” (Rosa, 48 anos).

Entre os dois primeiros relatos e o último deve-se interpor algumas variáveis para explicar tamanha diferença no processo pós-operatório. A primeira variável seria uma falha no processo cirúrgico ou a técnica cirúrgica, pois, o segundo relato contou com a realização da cirurgia há 15 anos. A incisão abdominal realizada no início da década de 1990 para a realização da histerectomia implicava em uma recuperação lenta e muito dolorosa, por atingir grande extensão do abdômen e exigir repouso absoluto. Tosses, movimentos do tronco e dos membros superiores implicariam em imposição de fenômenos dolorosos pela exigência cinética da musculatura abdominal.

Já para as duas outras entrevistadas que realizaram a cirurgia há menos tempo a técnica cirúrgica é diferenciada. A via de acesso para a cirurgia pode ser o abdome (histerectomia abdominal) ou a vagina (histerectomia vaginal). Outra forma é a histerectomia por vídeo laparoscopia onde a cirurgia é realizada por pequenos orifícios de 5 a 10 mm no abdome e a retirada do útero é feita pela vagina.

A manifestação de fenômenos depressivos secundários também parece ser outra variável que diferencia esses casos. O último relato indica a manifestação de transtornos volitivos que acompanhariam transtornos depressivos secundários (DALGALARRONDO, 2000). Mesmo assim, não houve o relato da entrevistada da utilização de antidepressivos atípicos, tal como, a fluoxetina (GRAEFF, 1989).

A rápida recuperação reforça o distanciamento da cliente da ocorrência do câncer. Na recuperação mais tardia, o adoecimento dispara uma complexa organização de conflitos, onde os conteúdos psicogênicos perpetuaram a posição de barramento das funções lúdicas, produtivas e desejanter. Este barramento ocorria conforme a explicação da entrevistada:

“Não podia fazer esforço nenhum devido a uma anemia muito forte que eu tive, então deixei de cuidar dos meus filhos, quem cuidava eram as babás e as empregadas” (Joana, 53 anos).

A sexualidade foi apresentada pelas entrevistadas como um componente de preocupação no período pré-operatório. Entretanto, após a cirurgia foram elencadas experiências distintas relacionadas à sexualidade. A interrupção da ocorrência de processos hemorrágicos no período menstrual foi apontada como um fator que contribuiu para a obtenção de prazer com a sexualidade, especialmente, por ampliar a disponibilidade corpórea para esta prática.

Entretanto, efeitos associados à menopausa precoce que ocorreria após a histerectomia total prejudicariam a sexualidade. Estes efeitos incluem a diminuição da lubrificação vaginal e até mesmo a redução do desejo. Outros fenômenos que prejudicariam a sexualidade referem-se a percepção de dor durante o ato sexual e a ocorrência de sangramentos. Assim, pode-se conceber uma desestruturação da prática da sexualidade e o temor da fragilização das relações conjugais. Após a cirurgia a entrevistada relata:

“Mudou tudo! Até pra ter relação [sexual] é diferente. Agora dói, às vezes até sangra”.

“Mudou sim, a relação sexual com meu marido é diferente. Agora dói e relação [sexual] com dor não combina porque eu tenho que sentir prazer e não dor” (Maria, 42 anos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado implica em limitações de sua generalização. Entretanto, leva-nos a perceber a necessidade de abordar a retirada do útero a partir de uma perspectiva de atenção integral à saúde das mulheres e assim abranger as vivências subjetivas deste tipo de cirurgia. As práticas de saúde dirigidas a essas mulheres não pode ignorar o impacto que sofrem com a notícia de que será preciso retirar o útero. Isso inclui a necessidade de prover condições de atendimento em que os profissionais tenham capacitação e condições de trabalho para permitir a assimilação das informações que recebem e a reflexão sobre o impacto em sua vida, do diagnóstico e da conduta médico/cirúrgica proposta.

É válido observar que as entrevistadas mencionam o fato de sentirem-se aliviadas com a possibilidade de retirarem o útero, tendo como referência a esperança da sobrevivência e da superação do incômodo causado pelos sintomas de sua doença. Entretanto, não se pode deixar de considerar que tal alívio está associado ao desaparecimento das dores, sangramentos e incômodos, mas não aos seus sentimentos quanto ao significado da perda do útero. Certamente, elaborar esse significado requer tempo para que elas possam construir sentidos frente às emoções suscitadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRANDAO, C.L.C; ARANHA, V.C; CHIBA, T. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC - FMUSP. *Psicologia hospitalar*. São Paulo; 2 (2), 2004.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

COSMO, M.; CARVALHO, J.W.A. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*; v.3, p. 27-32, 2000.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DÓRO, M.P.; PASQUIM, R.; MEDEIROS, C.R.; BITENCOURT, M.A.; MOURA, G.L. O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v.24, n.2, p. 120-134, 2004.

GRAEFF, F. *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. São Paulo: EPU, 1989.

HOSPITAL PORTUGUÊS DA BAHIA. *Histerectomia*. Disponível em: <http://www.hportugues.com.br/noticias/outras_edicoes/Folder.2003-0308.3448/docimagebig.2004-08-12.0997116065>. Acesso em 24/03/2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Orientação: Pacientes e familiares*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=107>. Acesso em 01/04/2007.

KOVACS, M.J. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2004.

_____. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LASMAR, R.B.; GUIMARÃES, J.B.F. Clínica Santa Helena em Cabo Frio. Centro de Tratamento de Miomas/RJ e o Centro de Tratamento de Miomas/SP. **Centro de tratamento de miomas**. Rio de Janeiro/São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.mioma.com.br/miomas.htm>> Acesso em: 26/09/2007

MARANA, H.R.C; REIS, F.J.C; ANDRADE, J.M.; POLI, O.B.; TIEZZI, D.G.; ZOLA, F.E. Estadiamento cirúrgico do câncer de colo de útero localmente avançado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia*, Rio de Janeiro; v.27, n.12, 2005.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.

OLIVER, G.G.F. *Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Campinas. Campinas, 1995.

OTTO, SE. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

PARKER R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. 2ª ed. Tradução de Andrade MTM. São Paulo: Best Seller; 1991.

PINHEIRO, D.P.N. *A resiliência em discussão*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.9, n.1, p. 67-75, 2004.

SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da Psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCHÜNEMANN JUNIOR, E.; URBAN, C.A.; BUDEL, V.M. Quimioterapia neoadjuvante em câncer localmente avançado do colo do útero. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia*, Rio de Janeiro; v.24, n.10, 2002.

SILVA, C.R.L. *Dicionário de saúde: compacto*. São Caetano do Sul: Yendis, 2004.

SMELTZER, S.C., BARE, B.G. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico – cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

STERIAN, A. *Emergências Psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

STIVANIN, T. (2005). *Vacina HPV*. Disponível em: <http://www.bolsademulher.com/corpo/materia/vacina_contra_hpv/4435/1>. Acesso em 27/03/2007.

ZECCHIN, R.N. *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP/EDUC, 2004.