

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Sinto que retirei aquilo que eu tinha, que Deus me deu e agora não tenho”.

M.G (Mulher participante no estudo)

Agradecimentos

Finalizada esta etapa, particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento a todos os que me apoiaram e sempre acreditaram em mim ao longo deste percurso, contribuindo de alguma forma para a concretização desta dissertação.

À Professora Doutora Emília Carvalho Coutinho, minha Orientadora, agradeço pelo seu rigoroso nível científico, empenho, pela sua disponibilidade e dedicação, por promover sempre confiança no meu trabalho, permitindo, passo por passo, que todas as etapas subjacentes ao trabalho fossem realizadas com sucesso.

A todas as mulheres que participaram neste estudo, por terem partilhado e confidencializado as experiências vividas.

À minha família dirijo um agradecimento especial, tendo a plena consciência que este trabalho sozinha não seria possível, bem-haja pelo vosso amor e apoio incondicional, pelo ânimo, pelo e paciência, por serem um modelo de aprendizagem permitindo-me a superação de todos os obstáculos.

Por último, o meu profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuíram de um modo ou de outro para a concretização desta dissertação.

Muito obrigada a todos!

Resumo

Enquadramento: A histerectomia é uma cirurgia irreversível, que resulta na alteração da integridade corporal da mulher, resultando em diferentes vivências e expectativas.

Objetivo: Compreender as vivências de mulheres submetidas a histerectomia.

Metodologia: Estudo qualitativo, com recurso ao método fenomenológico-hermenêutico, e enfoque transversal, tendo como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada, realizada numa amostra de 10 mulheres submetidas a histerectomia que se encontravam inscritas numa UCSP do ACES Douro Sul. O estudo foi aprovado pela Comissão de ética da ARS Norte.

Resultados: Emergiram oito categorias de significado. Atitudes da mulher face à condição de histerectomia, Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados, Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes, Desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia, Expectativas da mulher face à histerectomia, Fatores que interferem na vivência da sexualidade, Motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia, Sentimentos vivenciados face à histerectomia. Das expectativas da mulher face à histerectomia destacam-se em deixar de ter problemas, manter uma atitude de esperança, melhorar e voltar a ser a mulher que era. Dos fatores que interferem na vivência da sexualidade realçam-se: ausência de prazer no ato sexual, compreensão por parte do companheiro, maior desejo sexual, manter a atividade sexual, menor desejo sexual, sentir-se menos mulher e sentir-se usada pelo companheiro. Quanto aos motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia sobressaem: anemia, cancro, dor, hemorragias, prolapso uterino, quistos nos ovários, risco de cancro, sofrimento e tumores. As mulheres relataram sentimentos face à histerectomia, antes da cirurgia, de confiança na médica particular, desânimo, insegurança no médico de família e medo, e após a mesma: alívio, bem-estar, tranquilidade, mas maioritariamente sentimentos negativos, como: desalento, frustração, perda, revolta, sofrimento inexplicável, tristeza, vazio e vergonha.

Conclusão: Por um lado é realçado o papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica junto das mulheres sujeitas a histerectomia, com respeito pela singularidade de cada uma, estabelecendo uma relação de ajuda para ultrapassar as inseguranças, os medos, o sofrimento, a angústia, a frustração, o sentimento de perda e de revolta, na garantia da promoção de melhor qualidade de vida. Por outro lado emerge uma visão oposta concretamente nas atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes, desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia, fatores que interferem na vivência da sexualidade. Há um longo caminho a percorrer por parte dos profissionais de saúde de modo a ser um facilitador da maximização das potencialidades de cada mulher, apoiando-as na redução das vivências e expectativas negativas que possam emergir da histerectomia.

Palavras-chave: Histerectomia; Mulher; Expetativas; Vivências.

Abstract

Background: Hysterectomy is an irreversible surgery, which results in the alteration of the woman's body integrity, resulting in different experiences and expectations.

Objective: To understand the experiences of women undergoing hysterectomy.

Methodology: A qualitative study, using a phenomenological-hermeneutic method, and a cross-sectional approach. The semi-structured interview was performed in a sample of 10 women undergoing hysterectomy who were enrolled in a UCSP of ACES Douro Sul. The study was approved by ARS Ethics Committee.

Results: Eight categories of meaning emerged. Women's attitudes towards hysterectomy, Attitudes of nurses considered by women as individualized care, Attitudes of health professionals considered by women as negligent, Discomforts manifested by women after hysterectomy, Women's expectations of hysterectomy, Factors that interfere with the experience of sexuality, Reasons presented by women for hysterectomy, Experiences experienced in the face of hysterectomy. From women's expectations of hysterectomy they stand out from having problems, maintaining an attitude of hope, improving and returning to being the woman that she was. The factors that interfere in the experience of sexuality are: absence of pleasure in the sexual act, understanding on the part of the partner, greater sexual desire, to maintain the sexual activity, less sexual desire, to feel less woman and to feel used by the companion. As for the reasons presented by women for hysterectomy stand out: anemia, cancer, pain, hemorrhages, uterine prolapse, ovarian cysts, cancer risk, suffering and tumors. Women reported feelings about hysterectomy, prior to surgery, confidence in the private physician, dismay, insecurity in the family doctor and fear, and after the same: relief, well-being, tranquility but mostly negative feelings such as: frustration, loss, revolt, inexplicable suffering, sadness, emptiness and shame.

Conclusion: On the one hand, the role of the Specialist Maternal and Obstetrical Health Nurse in women subjected to hysterectomy is highlighted, with respect for the singularity of each one, establishing an aid relationship to overcome insecurities, fears, suffering, distress, the frustration, the feeling of loss and revolt, in guaranteeing the promotion of a better quality of life. On the other hand, there emerges an opposite view concretely in the attitudes of the health professionals considered by the women as negligent, discomforts manifested by the women after the hysterectomy, factors that interfere in the experience of the sexuality. There is a long way for health professionals to be a facilitator of maximizing the potential of each woman, supporting them in reducing the negative experiences and expectations that may emerge from the hysterectomy.

Keywords: Hysterectomy; Woman; Expectations; Experiences.

Sumário

INTRODUÇÃO	25
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1. HISTERECTOMIA	31
2. VIVÊNCIAS DA MULHER SUBMETIDA A HISTERECTOMIA	35
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	43
1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
1.1. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	45
1.2. TIPO DE ESTUDO	46
1.2.1. Perspetiva fenomenológica-hermenêutica	46
1.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	50
1.4. PARTICIPANTES.....	51
1.4.1. Caracterização sociodemográfica das participantes	51
1.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	54
1.6. MÉTODO DE ANÁLISE.....	54
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	55
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
3.1. ATITUDES DA MULHER FACE À CONDIÇÃO DE HISTERECTOMIA.....	71
3.2. ATITUDES DOS ENFERMEIROS CONSIDERADAS PELAS MULHERES COMO CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS	71
3.3. ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONSIDERADAS PELAS MULHERES COMO NEGLIGENTES	73
3.4. DESCONFORTOS MANIFESTADOS PELAS MULHERES APÓS HISTERECTOMIA	75
3.5. EXPECTATIVAS DA MULHER FACE À HISTERECTOMIA.....	76
3.6. FATORES QUE INTERFEREM NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE.....	77
3.7. MOTIVOS APRESENTADOS PELAS MULHERES PARA A HISTERECTOMIA.....	77
3.8. SENTIMENTOS VIVENCIADOS FACE À HISTERECTOMIA.....	78
CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	89
ANEXO 1 – GUIÃO DAS ENTREVISTAS	19
ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO	23
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE.....	27

Lista de Tabelas

TABELA 1 - CATEGORIAS DESOCULTADAS NO ESTUDO.....	56
TABELA 2 –ATITUDES DA MULHER FACE À CONDIÇÃO DE HISTERECTOMIA	57
TABELA 3 –ATITUDES DOS ENFERMEIROS CONSIDERADAS PELAS MULHERES COMO CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS.....	58
TABELA 4 - ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONSIDERADAS PELAS MULHERES COMO NEGLIGENTES.....	61
TABELA 5 - RESULTADOS RELATIVOS À CATEGORIA “DESCONFORTOS MANIFESTADOS PELAS MULHERES APÓS A HISTERECTOMIA”	63
TABELA 6 - RESULTADOS RELATIVOS À CATEGORIA “EXPECTATIVAS DA MULHER FACE À HISTERECTOMIA”	64
TABELA 7 - RESULTADOS RELATIVOS À CATEGORIA “FATORES QUE INTERFEREM NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE”	65
TABELA 8 - RESULTADOS RELATIVOS À CATEGORIA “MOTIVOS APRESENTADOS PELAS MULHERES PARA A HISTERECTOMIA”	66
TABELA 9 - RESULTADOS RELATIVOS À CATEGORIA “SENTIMENTOS VIVENCIADOS FACE À HISTERECTOMIA”	70

Lista de Figuras

FIGURA 1. INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO, EM PORTUGAL, 2010 A 2015	33
---	----

Lista de gráficos

GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL ...	51
GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DA IDADE	52
GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DAS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	52
GRÁFICO 4. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO ATUAL	53
GRÁFICO 5. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	53
GRÁFICO 6. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL.....	54

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CMESMOG - Mestrado em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

DGS - Direção Geral de Saúde

et al. - e outros

n - frequência

p. – página

s.p. – sem página

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Ur - Unidades de registo

WHO - *World Health Organisation*

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final insere-se no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (CMESMOG), da Escola Superior de Saúde de Viseu, e tem como tema “Vivências de Mulheres Submetidas a Histerectomia”, cuja opção se deveu ao facto de se considerar que essas vivências merecem toda a atenção, para que se possa assistir a mulher submetida a histerectomia na sua singularidade, num contexto de prestação de cuidados holísticos. Por outro lado, justifica-se a escolha do tema pelo facto de se exercer funções numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários, onde se contacta, no âmbito da Consulta de Planeamento Familiar, com mulheres nesta condição, que necessitam de tempo para expressar as suas vivências e para esclarecerem as suas dúvidas. É fundamental uma abordagem profissional em relação à mulher submetida a histerectomia, a partir de uma perspetiva de cuidado integral e para que o período pós cirurgia possa ser vivenciado de modo tranquilo e mais satisfatório.

Para Azevedo, Santos, Ruzon e Azevedo (2010, p. 1), a histerectomia é um procedimento cirúrgico de extração total ou parcial do útero, envolvendo “a histerectomia abdominal total a remoção do útero e dos anexos uterino através de uma incisão abdominal o que diferencia da histerectomia vaginal que são removidos através de uma incisão feita profundamente no interior da vagina”.

As doenças que acometem a pelve da mulher assumem-se como um grave problema de saúde pública, afetando os órgãos que têm um valor simbólico associado à feminilidade (Silva, Santos & Vargens, 2010, p. 77). Por conseguinte, a remoção do útero é realizada para intervir em diversas complicações ginecológicas, sendo exemplos os miomas uterinos, o sangramento vaginal anormal, os prolapso de órgãos, o cancro cervical e a endometriose (Teixeira & Batista 2016, p. 91). A histerectomia consiste numa cirurgia irreversível, que resulta na alteração da integridade corporal da mulher e está imbuída de simbolismos (Silva et al., 2010, p. 77). De acordo com Santos, Cirqueira, Albuquerque, Rodrigues e Ferreira (2017, p. 180), a realização desta cirurgia não pode ser banalizada ou tratada de forma banal, uma vez que as mulheres podem enfrentar problemas associados à “mutilação de seu corpo”, necessitando de um cuidado integral, sobretudo quando se trata de mulheres ainda em idade reprodutiva.

A histerectomia é, de acordo com Merighi, Oliveira, Jesus, Hoga e Pedroso (2012, p. 609), “a segunda mais frequente cirurgia realizada pelas mulheres em idade

reprodutiva, sendo superada apenas pela cesariana”. Ainda na perspectiva das mesmas autoras, a histerectomia pode ser vivenciada de maneiras diferentes pelas mulheres, podendo resultar em implicações negativas para a sua vida, estando igualmente essas repercussões relacionadas com o “constructo social de atributos conferidos ao útero, quando se vêem desprovidas desse órgão” (p. 609). Não obstante, a histerectomia pode igualmente ser percebida pela mulher “como preditora de implicações positivas”, por norma, associadas à inexistência de sintomas típicos da doença de base que esteve na origem da sua realização.

Em alguns países as taxas das histerectomias diminuíram, no entanto, nas últimas décadas ainda continua a ser o procedimento ginecológico mais comum em países desenvolvidos. A histerectomia é considerada como sendo o tratamento definitivo para condições como: miomas, hemorragias uterinas anormais e prolapso uterinos (Gante, Borges & Águas, 2017, p. 97).

A maioria das histerectomias é realizada para controlar ou eliminar sintomas, que por sua vez melhora a qualidade de vida. Está estimado que aos 64 anos, 40,5% das mulheres terá sido submetida a histerectomia (Fernandes, Nicolau, Vasconcelos, Alves, Pinheiro, Sawada, Galvão & Moreira, 2014, p. 334).

Em 2017, a Sociedade Portuguesa de Ginecologia refere que a histerectomia pode ser realizada por três vias: abdominal, vaginal ou laparoscópica podendo ser total ou subtotal nas duas últimas. A decisão da via a optar depende de vários fatores, no entanto, em Portugal a via mais utilizada é a abdominal porque existe um melhor domínio nesta técnica por parte dos ginecologistas (pp. 36-37).

É numa perspectiva de cuidado holístico que se enquadra a ação do enfermeiro, em geral, e do enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica em particular, atribuindo importância, na sua prática, a todos os fatores inerentes a esta vivência da mulher submetida a histerectomia, devendo estas ser vistas mais do que um corpo, mas como seres singulares com um percurso de vida e com uma história pessoal, cujas particularidades devem ser atendidas para que se possa ajudar a terem uma recuperação eficaz a todos os níveis e, assim, alcançarem qualidade de vida.

Tendo em conta estes pressupostos e considerando-se que a investigação impulsionadora do desenvolvimento de qualquer área do conhecimento e, no caso concreto da enfermagem (Ramalho, 2005, p. 110), o investigador tem de primeiramente definir o seu objeto de estudo de acordo com as suas inquietações e interesse. Neste sentido, formulou-se a questão de investigação deste trabalho, que se

assume como fio condutor do mesmo: Quais as vivências de mulheres submetidas a histerectomia?

O método de investigação escolhido para este estudo foi o qualitativo, com base na fenomenologia hermenêutica, segundo a perspectiva de Max Van Manem. Este trabalho estrutura-se em duas partes. Inicia-se com o enquadramento teórico seguindo-se a parte referente ao estudo empírico.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. HISTERECTOMIA

A histerectomia consiste num procedimento cirúrgico ginecológico em que é realizada a remoção do útero, sendo um dos procedimentos mais frequente em mulheres, ficando em terceiro lugar na frequência entre as principais cirurgias eletivas. A via de acesso para a intervenção cirúrgica processa-se em conformidade com as circunstâncias clínicas de cada mulher, podendo ser realizada pela via abdominal, vaginal e vídeo laparoscópica. Classifica-se em histerectomia total, se ocorre a remoção do útero e do colo, subtotal quando há remoção do corpo do útero, mantendo o colo, e assumindo o nome histerectomia radical quando é removido o útero, o colo, a região superior da vagina, trompas de Falópio (salpingectomia), os ovários (ooforectomia), a parte dos tecidos à volta desses órgãos e linfonodos (Costa, 2015, p. 2).

As principais indicações para a histerectomia partem do prolapso de órgãos pélvicos, leiomiomas uterinos, dor ou infecção pélvica, sangramento uterino anormal e doenças malignas e pré-malignas. A cirurgia pode resultar em complicações a curto e a longo prazo, em hemorragia, incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, distensão abdominal, entre outras, podendo ter como consequência o desconforto e a insegurança para a mulher (Cardoso, Cardoso & Fernandes, 2017, p.18).

A histerectomia é realizada com a finalidade de aliviar os sintomas e otimizar a qualidade de vida da mulher, estando indicada nos casos em que os sintomas consequentes dos problemas uterinos, designadamente o sangramento excessivo ou a dor, não respondem ao tratamento farmacológico, variando de mulher para mulher, ou seja, depende do seu estado clínico. Este tratamento pode ser indicado quer para doença benigna, quer maligna (Caçador, 2013, p.14).

A indicação para a sua realização mais frequente, nos serviços de ginecologia, em termos de alteração benigna é o mioma uterino (em média de 70% a 80% dos casos). Existem outras afeições benignas subjacentes à indicação deste tratamento, sendo exemplos as seguintes causas: “anatômicas (miomas, endometriose, ademiomas, entre outras); funcionais (hemorragia uterina disfuncional, dor pélvica crónica, dismenorréia secundária); infecciosas (doença inflamatória pélvica crónica, piométrio); emergências (hemorragia por perfuração do útero por dispositivo intrauterino, rutura uterina intraparto)” (Caçador, 2013, p.14) A mesma autora, referindo-se aos estudos de Tompson e Warshaw, referem outras indicações que dependem de várias circunstâncias, nomeadamente “o cancro das trompas de Falópio,

cancro pélvico, prolapso da bexiga ou genital, gravidez ectópica pélvica, tuberculose pélvica e hemorragia pós-parto” (p. 14).

O cancro do colo do útero tem um significativo impacto na saúde pública mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. Segundo a *World Health Organisation* (WHO, 2014, p.8) “o cancro cervical é uma das ameaças mais graves à vida das mulheres. Estima-se que mais de um milhão de mulheres em todo o mundo atualmente têm cancro cervical”. Segundo o mesmo organismo, em 2012 foram diagnosticados 528 000 novos casos de cancro do colo do útero, resultando na morte de 266 000 mulheres com esta patologia, com uma estimativa de 90% a ocorrer em países de baixo e médio rendimento.

No que diz respeito a Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2013, p. 58) estimou que, em 2011, tivessem ocorrido 240 óbitos por cada 100000 mulheres como consequência de tumor maligno do colo do útero, encontrando-se a taxa mortalidade nos 4,6% por cada 100 mil mulheres.

Todavia, segundo a DGS (2017, p.5), ao longo dos últimos anos tem-se “assistido, à semelhança do que se passa no resto da Europa, a um aumento regular da incidência do cancro no nosso país, a uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Este aumento resulta do envelhecimento da população, fruto do aumento da taxa de sucesso no tratamento tanto do cancro como de outras patologias aumentando a probabilidade do aparecimento de novas neoplasias. Aliados a estes factos, estão também presentes modificações dos estilos de vida, com impacto significativo na incidência de cancro”. Refere ainda que as causas evitáveis do cancro assumem-se como prioritárias, sendo a sessão tabágica a causa evitável mais relevante. Outros fatores de risco conhecidos, nomeadamente “a exposição solar, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool e a infeção por alguns vírus, são áreas de importante intervenção, na educação dos cidadãos na literacia da saúde” (DGS, 2017, p. 5).

No caso concreto do cancro do colo do útero, como documentado pela DGS (2017, p.11), registou-se uma redução quer “no número de óbitos”, quer na “taxa padronizada”, pois a “expansão dos programas de rastreio tem -se refletido em ganhos de saúde importantes, havendo ainda alguma margem para melhoria”.

Figura 1. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno do colo do útero, em Portugal, 2010 a 2015

TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO					
	2011	2012	2013	2014	2015
Número de óbitos	247	214	204	210	201
Taxa de mortalidade padronizada	3,2	2,8	2,5	2,6	2,4

Nota: Taxas por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C 53
 Fonte: INE, 2017

Fonte: Retirado de DGS (2017, p. 11).

A evidência científica revela que de todos os cancros, o cancro do colo do útero é o que tem maior capacidade de prevenção e cura. Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2014, p.15) “a redução da incidência e da mortalidade por Cancro do Colo do Útero só será possível através de adoção de medidas de prevenção primária e secundária”.

Gomes e Romanek, (2013, p.22) referem que, após a cirurgia, pode ocorrer hemorragia e, para se detetar essas complicações, tem de se ter em conta os absorventes perineais utilizados, fazer uma avaliação da extensão da saturação com sangue e monitorizar os sinais vitais. Devem igualmente ser referenciadas as suas complicações tardias, como os distúrbios sexuais, as disfunções do trato urinário inferior e a obstipação, atendendo a que esta se deve às aderências pélvicas pós-histerectomia. A histerectomia pode ter como complicações, a hemorragia, a infeção, a deiscência da ferida operatória, a infeção urinária e a pneumonia pós-cirúrgica, além de lesões dos órgãos adjacentes, nomeadamente uretra, bexiga e intestino. Por conseguinte, tem de se prevenir essas complicações, sendo um meio de as monitorizar a contagem dos pensos perineais utilizados, a avaliação da extensão da saturação com sangue e os sinais vitais. De igual modo, tem de se ter em conta as suas complicações tardias (Gomes & Romanek, (2013, pp. 22-23).

No estudo de Tennant, Augier, Sykes, Boothe, Aitken, Jones, Strachan e Goldson, (2012, pp. 194-195), num total de 77 mulheres sujeitas à histerectomia, 15% tiveram, pelo menos uma complicação, registada no período intraoperatório e/ou no período pós-operatório imediato, 5% manifestaram complicações cardiovasculares, como hipotensão, hipertensão ou arritmias e 4,5% hemorragia significativa (perda sanguínea > 10% do volume de sangue estimado). Os autores registaram correlações significativas entre as complicações pós-operatórias a idade, o sexo, a especialidade cirúrgica e a técnica anestésica. A idade média das mulheres que relataram complicações era de 43,4±14,2 anos, comparada com as que possuíam 51,8±19,3

anos de idade e sem complicações. Das mulheres com idade inferior aos 45 anos, 87% relataram pelo menos uma complicação, em comparação com 78% na faixa etária acima dos 45 anos ($p < 0,001$).

Como já referenciado, o útero é um órgão que se encontra associado à reprodução, à feminilidade e à sexualidade. A remoção do mesmo é considerada uma mutilação, um ato agressivo para a mulher que interfere com a imagem corporal e na vida social da mesma. Neste sentido, a qualidade de vida da mulher é afetada em vários sentidos (Real, Cabeleira, Nascimento, Braz & Pivetta. 2012, p. 124).

Martins et al (2013, p. 575) afirmam que “considerada uma cirurgia mutiladora, a histerectomia pode desencadear perturbações emocionais para a mulher, como ansiedade e insegurança relacionadas ao próprio corpo, uma vez que o útero, historicamente, é associado à identidade feminina, à sexualidade e à maternidade.” A corroborar, Fernandes et al (2014, p. 334-335) mencionam que o útero desempenha um papel na função sexual, fisiológica e psicológica das mulheres, sendo que a histerectomia é um evento que ocorre num determinado ponto da vida da mulher. A qualidade da sexualidade da mulher antes e após a cirurgia é influenciada por diversos fatores difíceis de quantificar o que condiciona a sua vivência.

2. VIVÊNCIAS DA MULHER SUBMETIDA A HISTERECTOMIA

A histerectomia enquanto cirurgia pode ser vivenciada de diferentes maneiras pelas mulheres. A realização desta cirurgia envolve não só a preocupação com o ato cirúrgico em si, mas também com as suas expectativas, à vivência no pós-operatório, aos motivos, às crenças e significados atribuídos ao útero. Pode ter implicações negativas quando as mulheres se vêm desprovidas do útero e até mesmo positivas quando as mulheres se vêm perante a ausência de sintomas que as levaram à realização da cirurgia (Merighi et al., 2012, p. 609). Os mesmos autores referem que se deve considerar o meio em que a mulher vive, nomeadamente no que diz respeito ao meio cultural e social, porque este pode influenciar as suas vivências enquanto mulher submetida a histerectomia, nomeadamente no que diz respeito à vida de casal. De igual modo, Rocha, Bezerra, Rocha, Rocha, Gonçalves e Cardoso (2015, p. 87) afirmam que a histerectomia não apenas traz “implicações socioculturais no processo de viver da mulher, visto sua vinculação à feminilidade, maternidade e sexualidade”, como também pode “acarretar representações negativas na autoimagem, interferências nas relações sociais e desinteresse sexual afetando a vida conjugal (p. 87)”. De acordo com Real et al (2012, p. 124) “A histerectomia é uma cirurgia irreversível, além de levar a mudança da integralidade corporal dessa mulher. O órgão é impregnado de simbolismo”. Mulheres que sejam submetidas à histerectomia podem apresentar alterações na autoimagem e sintomas depressivos devido à simbologia que o útero tem, não só a nível da sexualidade como no que diz respeito à maternidade. A inexistência do órgão leva a que muitos homens tenham medo de magoar as mulheres durante o ato sexual.

O papel dos enfermeiros torna-se crucial no cuidar a mulher submetida a histerectomia antes e após a cirurgia de forma a conseguir detetar eventuais problemas e ajudar a ultrapassá-los. Segundo Salimena (2010, cit. por Barros, 2014, p. 4-5), “O papel do profissional de enfermagem, neste sentido, deve estar voltado ao cuidar e orientação à mulher que se submete a uma histerectomia (informar, tranquilizar) objetivando minimizar o sofrimento.”

Quanto aos cuidados com a histerectomia devem ser equacionados em diferentes dimensões na medida em que não apenas se centram numa abordagem clínica como psicossocial e relacional em que “a comunicação tem um valor ampliado porque pode tratar e recuperar vidas, proporcionando a informação necessária para compreensão da doença, minimização da angústia e alívio da dor” (Gomes &

Romanek, 2013, p. 19). Deve direcionar-se a atenção à mulher submetida à histerectomia, por esta se encontrar com preocupações. Compreender a experiência de “ser histerectomizada” vai permitir aos profissionais de saúde um cuidar singular e único (Merighi et al., 2012, p. 609).

A histerectomia pode ter implicações negativas e/ou positivas na vida das mulheres, o que depende de mulher para mulher, do nível de complicação da doença, da sociedade que integra e da compreensão acerca deste tratamento. Esta intervenção cirúrgica ginecológica representa uma mutilação do corpo feminino, implica a transformação da estrutura corporal e a manipulação de partes do corpo relacionadas à sexualidade e identidade feminina, podendo acarretar modificações profundas na imagem corporal (Silva et al., 2010, p. 79). Segundo Merighi et al. (2012, p. 612) “ao ser submetida à histerectomia, a mulher vivencia um processo de mudanças nos diversos âmbitos de sua vida. Estas mudanças trazem resinificações a respeito da vida pessoal, familiar e profissional” atribuindo um novo sentido ao seu cotidiano. Por conseguinte, o processo cirúrgico da histerectomia pode conduzir a implicações no processo de viver da mulher.

Silva et al. (2010, p. 77), no seu estudo qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, cujo método seguido foi a História de Vida, o objetivo consistiu em identificar e analisar a repercussão da histerectomia na vida da mulher em idade reprodutiva, pelo que entrevistaram 12 mulheres no pós-operatório e verificaram que, para algumas mulheres, a “extração do útero representava eliminar possibilidades futuras para a reprodução ou assinalava mesmo o fim de uma história de tentativas vividas anteriormente” (p.80).

Tendo o útero uma sua função biológica e fisiológica associada à maternidade e porque representa socialmente a sexualidade, Nunes, Gomes, Padilha, Gomes e Fonseca, (2009, p. 575) no seu estudo qualitativo, exploratório-descritivo, que teve como objetivo conhecer as representações sociais de 12 mulheres submetidas à histerectomia e identificar os fatores que interferem no seu processo de viver, referem que é possível depreender que a sua remoção poderá interferir negativamente na autoimagem e na qualidade de vida das mulheres, intervindo, inclusive, vida conjugal e nas relações sociais. As mesmas autoras referem que, sendo o útero “um órgão biologicamente associado à reprodução e socialmente vinculado à feminilidade e sexualidade”, a sua remoção, para além de ser um “ato agressivo e mutilante”, interfere quer na expressão da sexualidade feminina, imagem corporal, e vida social (p. 575). As autoras, no seu estudo, identificaram duas categorias: “representações negativas e representações positivas da histerectomia no viver das mulheres”. Ambas

estão relacionadas com “o significado atribuído ao útero e ao contexto vivencial da mulher”. As perspectivas negativas estavam associadas a preconceitos, à impossibilidade de um projeto maternal e ao surgimento da indiferença sexual, com possíveis interferências na vida conjugal. As perspectivas positivas centraram-se “no bem-estar após a cirurgia e na melhoria da qualidade de vida”. Neste sentido, as autoras sugerem a disponibilização de momentos que permitam às mulheres expor as suas emoções decorrentes do viver sem útero, visando a prevenção de conflitos pessoais e conjugais.

No estudo de Silva et al. (2010, p. 80), a histerectomia foi considerada por algumas mulheres entrevistadas como “a perda das suas próprias funções, o que pode ter facilitado a assimilação de mitos que falam sobre as mulheres ficarem vazias, “ocas” depois da histerectomia”. Por outro lado, a histerectomia também provoca “reelaborações na autoimagem das mulheres”, com a finalidade de procurarem “uma reconfiguração de sua identidade social”. Para as mulheres que viram “a cirurgia como solução, as sensações negativas foram minimizadas”, ou seja, atribuíram à remoção do útero uma conotação de “solução de vários problemas”. Apesar de terem referido a possibilidade de se sentirem diferentes, emergiram, de acordo com os seus relatos, “sentimentos altruístas”, uma vez que já experienciavam transtornos decorrentes da patologia, levando-as a desejar, após a histerectomia, pensar mais nos benefícios, deixando transparecer uma clara tentativa de percecionarem a histerectomia como uma transformação positiva nas suas vidas, ou seja, um acontecimento que lhes trouxe benefícios curativos. Estes resultados estão em conformidade com os registados noutros estudos (Merighi et al., 2012, p. 602; Nunes et al., 2009, p. 577), no qual as mulheres também atribuíram um significado positivo a esta cirurgia, com efeitos benéficos para sua a qualidade de vida, alegando que a histerectomia foi uma maneira para resgatarem a vida social, na medida em que lhes possibilitou reconquistar a liberdade de realização das atividades quotidianas, como sair, passear, viajar. Ou seja, referiram que passaram a viver sem que os transtornos da doença de base estivessem presentes e atuassem como fatores de limitação.

Teixeira e Batista (2016, p. 97) realizaram um estudo qualitativo do tipo descritivo que teve como objetivo compreender a perceção da mulher submetida a histerectomia acerca das transformações sobrevindas nas vivências quotidianas após a histerectomia. Contaram com a participação de seis mulheres submetidas a histerectomia atendidas numa Unidade Básica de Saúde do município de Santa Luzia D'Oeste-RO, na faixa etária dos 40-65 anos. Os resultados obtidos permitiram identificar as seguintes categorias temáticas: “a) Satisfação pessoal após a cirurgia; b)

Desmistificação da histerectomia; c) Indiferença do esposo diante da histerectomia; d) Mudança positiva na vida sexual; e) Importância da equipa no momento da cirurgia”. Assim, os autores concluíram que, após a histerectomia, as mulheres tornaram-se mais resilientes e que a cirurgia lhes proporcionou melhor qualidade de vida.

Vilar e Silva (2010) realizaram um estudo de abordagem qualitativa de natureza descritiva, tendo entrevistado 30 mulheres submetidas a histerectomia. O objetivo consistiu em “conhecer o significado da histerectomia para as mulheres e a sua repercussão na sua saúde sexual e reprodutiva” (p. 480). Os resultados do estudo mostram que emergiram duas categorias: “A saúde sexual, o quotidiano e a qualidade de vida das mulheres que vivem com hemorragias uterinas”; “Mitos e verdades relacionados à histerectomia e à interferência na saúde sexual” (pp. 481-482). As mulheres entrevistadas relataram que o procedimento é “mutilador”, todavia, encaram “a histerectomia como positiva para a saúde sexual”. Manifestaram otimismo, com a esperança que, após a histerectomia, a sua qualidade de vida aumentasse, uma vez que, segundo as mesmas, “estariam livres dos sintomas que as incomodavam”, permitindo-lhes retornar às suas vidas com normalidade, “desempenhando regularmente os seus papéis sexuais e sociais” (p. 484). Vilar e Silva (2010, p. 4.84) salientam que, como cada mulher é única, cada uma procura “à sua maneira a realização” do seu dia-a-dia e “a forma de enfrentar esta sua nova condição”, em associação à “sua capacidade de construir a sua própria história de vida”. Alertam também para o facto de as vivências das mulheres nesta condição estarem associadas à sua própria cultura, que é um conceito vasto e complexo, e no caso da histerectomia, requer “uma estreita relação com a enfermagem no seu trabalho de assistência ao ser humano”, um processo que implica a compreensão da individualidade de cada mulher, tendo em conta a sociedade onde se insere. Por conseguinte, “o cuidado, para quem o exerce e para quem ele é dirigido, deve também ancorar-se na compreensão dos significados culturais dos seres envolvidos”.

No estudo de Álvaro e Angelica (2017), com 390 mulheres colombianas submetidas a histerectomia, sexualmente ativas com uma mediana de 50 anos de idade, através da aplicação da Escala *Female Sexual Function Index*, foi observado que 59,7% das mulheres apresentavam disfunção sexual. Estimou-se que a disfunção sexual é um fator de risco para um elevado agravamento da sua qualidade de vida, revelando as mulheres baixa autoestima. Os mesmos autores referem que a maioria das mulheres consideram a histerectomia como mutiladora, o que lhes causa receios antes da cirurgia, contudo após a mesma encaram o procedimento como positivo para a saúde global.

Anjaneyulu, Kumar, Deepika, Alekhya e Harika (2016), com base na sua investigação com 100 mulheres submetidas a histerectomia, residentes em Hyderabad, no estado de Telangana na Índia, constaram relatos de complicações imediatas pós-operatórias, nomeadamente a febre (5,4%), presença de dor (12,7%), hemorragia (8%) e retenção de urina (6%), com 1 caso de ocorrência de infeção da ferida. Quanto às complicações a longo prazo, ficou documentado que cerca de 65% das mulheres não tiveram complicações. Entre as que tiveram complicações a longo prazo, referiram sentir alterações do humor, dores musculares e articulares, incontinência, fraqueza e alteração do peso. Todavia, a maioria das mulheres percecionou a cirurgia como positiva, referindo que esta contribuiu para a melhoria da sua qualidade de vida, uma vez que deixaram de viver sem os transtornos causados pela patologia. Os mesmos autores referem que as vivências das mulheres após a histerectomia são únicas. Algumas ajustam-se melhor às mudanças que o seu corpo atravessa, enquanto outras podem experienciar uma série de emoções negativas, como a mutilação de uma parte do seu corpo, particularmente as mulheres com vida sexualmente ativa, resultando em estados depressivos.

Bossick, Sangha, Olden, Alexander e Wegienka (2018, p. 169) realizaram uma investigação com grupos focais estruturados com 24 mulheres pós-histerectomia, a fim de identificar os resultados centrados na experiência vivenciada pelas mulheres após o procedimento cirúrgico. A análise de dados qualitativos, usando dados de transcrições codificadas de *focus groups*, foi usada para identificar temas. Os resultados do *focus groups* com mulheres com histerectomia revelaram que há a necessidade de se apostar num maior *empowerment* para que as mulheres possam vivenciar de forma mais positiva o pós-cirurgia, juntamente com a transmissão de informações dadas para que estas tenham estejam preparadas para as mudanças somáticas que ocorrem pós-histerectomia.

Monterrosa-Castro, Monterrosa-Blanco e Beltrán-Barrios (2018, pp. 102-105) realizaram um estudo transversal com o objetivo de verificar se os distúrbios do sono e a função sexual estão associados à deterioração da qualidade de vida de mulheres submetidas a histerectomia e sexualmente ativas, de duas cidades do Caribe colombiano. A amostra é constituída por 522 mulheres com idade média de 50 anos, 59,8% hispânicas e 40,2% afrodescendentes; 29,1% apresentavam agravamento da qualidade de vida e 47,5% revelavam insónia. Das 390 (74,7%) mulheres ativas sexualmente, 59,7% sofriam de disfunção sexual (insónia: OR: 3,05 [IC95%: 1,86-4,99], disfunção sexual OR: 3,52 [IC 95%: 2,01-6,17], insatisfação com a sexualidade OR: 4,77 [IC95%: 2,08-10,93], baixo ou inexistente desejo sexual OR: 2,94 [IC 95%:

1,65-5,25], sonolência diurna OU: 3,15 [IC95%: 1,59-6,24] e diminuição do bem-estar OR: 3,18 [IC 95%: 1,79-5,64]. Estes fatores foram associados a um agravamento da qualidade de vida, com relatos de sentimentos de medo, vazio e revolta. Ficou demonstrado que a insônia e a disfunção sexual são fatores preditores de redução da qualidade de vida em mulheres sexualmente ativas previamente e após a histerectomia.

A partir da literatura pesquisada, e no que se refere aos cuidados de enfermagem à mulher submetida a histerectomia, este deve centrar-se nos aspetos emocionais, uma vez que a mulher vê na histerectomia o fim do ciclo reprodutivo e interferência na sua sexualidade, para além das orientações relacionadas com a sua preparação antes da cirurgia ao nível dos “aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais”. Deve cuidar-se da mulher submetida a histerectomia “como um ser humano com sentimentos e necessidades humanas próprias” (Gomes & Romanek, 2013, p. 18). Por conseguinte, os enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica têm de prestar-lhes uma assistência diferenciada e abrangente, fornecendo orientações, conforto, respeito pela sua individualidade e escuta sensível. A comunicação, a integração e a empatia são pilares para uma intervenção de qualidade. As informações e a transmissão de tranquilidade por norma alteram muitas dúvidas e inquietações das mulheres, o que tende a conduzir a uma atitude mais positiva face à histerectomia, ajudando a reduzir sentimentos de vazio, revolta perante a mutilação corporal, aumentando a esperança e a qualidade de vida (Tristão, Machado, Gracia & Lima, 2017, p. 22).

Tristão et al. (2017) realizaram uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva que objetivou identificar as repercussões emocionais na vida das mulheres com histerectomia. A amostra era constituída por 15 mulheres na faixa etária dos 31-81 anos, internadas na unidade ginecológica de um hospital público de Florianópolis-SC. A recolha de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada no pré-operatório e na alta hospitalar. Os resultados demonstram que a histerectomia causa impactos emocionais na vida da mulher, manifestando-se na aceitação do procedimento, significado do útero e nas dúvidas pré e pós-operatórias. O esclarecimento de dúvidas foi a maior necessidade relatada pelas mulheres. A fé em Deus revelou-se o recurso mais utilizado para enfrentar os medos e as inseguranças. Neste sentido, os autores referem que, em contexto hospitalar, para além dos procedimentos e técnicas, a escuta ativa das dúvidas e questões colocadas pelas mulheres, bem como as orientações pré e pós-operatórias, devem ser o foco da

assistência de enfermagem, destacando a relevância da atuação do enfermeiro como educador em saúde.

Na pesquisa de Mendonça, Souza, Wagner, Wagner, Lacerda & Reis (2011, pp. 84-85), realizada com 10 mulheres submetidas a histerectomia da cidade de São Paulo, para muitas mulheres remover o útero significa perder um “pedaço importante de si”, uma vez que se trata do órgão característico da identidade feminina. A histerectomia implica “a ausência da sua liberdade de expressão social”. As mulheres percebem-se como “vazias”, resultando em baixa autoestima, medo, revolta e sentimento de perda. Estes resultados são corroborados por Freitas, Gomes, Campos, Estrela, Cordeiro e Santos (2016, pp. 7-9), cuja revisão integrativa da literatura revela que os estudos analisados documentam que as vivências e sentimentos de algumas mulheres submetidas a histerectomia são de revolta, medo, tristeza, vazio, enquanto outras encaram a histerectomia como um alívio e com a esperança de resolução do seu problema.

De igual modo, Silva e Vargens (2016, pp. 3-7) realizaram um estudo qualitativo, descritivo-exploratório com o objetivo de descreverem as sensações e as percepções resultantes da cirurgia e analisar como as mulheres vivenciam as alterações geradas pela cirurgia. Os resultados mostram que emergiram duas categorias: perceber um corpo diferente e sentirem-se uma pessoa diferente; construir o significado de mutilação. Os autores constaram que as alterações vivenciadas levaram as mulheres a elaborar novos significados e alterar a percepção de si mesmas e em relação ao seu meio social. Partindo da “interação consigo mesmas e com este meio, ocorreu a reflexão sobre os relacionamentos, a diferença no corpo e em si, nas funções que desempenha e sobre a mutilação provocada pela cirurgia”. As mulheres demonstram sentir-se diferentes, tendo a mutilação sido sentida como “concreta”, devido à perda do órgão, e “abstrata”, estando associada “ao impacto na identidade social e funcional feminina”, sendo o corpo cultural e historicamente construído. Por conseguinte, os mesmos autores consideram ser fundamental o papel do enfermeiro em instituir “um cuidado multidimensional, que identifique as necessidades que vão além do corpo biológico”.

A histerectomia pode gerar sofrimento e dúvidas, que se baseiam em crenças e em valores que parecem resultar em reformulações associadas à feminilidade, “à representação social, ao gênero, à autoimagem, à sexualidade e à relação conjugal e social” (Barbosa, Santos & Rodrigues, 2018, p. 227). Tendo em conta estes pressupostos, as mesmas autoras realizaram uma revisão integrativa da literatura, com a finalidade de analisar a experiência de mulheres submetidas a histerectomia.

Os resultados indicam aspetos psicossociais decorrentes da cirurgia, cujos sintomas resultantes do diagnóstico que leva as mulheres a realizar histerectomia e os desconfortos físicos resultam em fragilidade emocional por lhes despertar sentimentos de doença e indisposição, o que leva à aceitação da terapêutica, mesmo sendo um procedimento cirúrgico, em decorrência do desejo de se verem livres dos problemas que estão a vivenciar. Por conseguinte, a histerectomia foi percebida pelas mulheres como a “cura”. Num estudo analisado por Barbosa et al. (2018, p. 234), as mulheres, não obstante terem sido informadas acerca do diagnóstico que resultou em histerectomia, manifestaram um desconhecimento em relação ao significado da mesma. Ficou também registado que a “função do útero mais citada foi a reprodutiva. Algumas das mulheres queixaram-se de repercussões negativas após a histerectomia, no entanto, a principal recomendação que fizeram às mulheres com problemas no útero foi a remoção do órgão”. Embora seja um procedimento invasivo e com algumas complicações, as mulheres não relataram grandes alterações no regresso à sua rotina, para além das que são comuns num pós-operatório, nomeadamente “a manutenção do repouso e alguns outros cuidados peculiares a procedimentos cirúrgicos” (p. 234).

No estudo de Salimena e Souza (2010), referenciado por Barbosa et al. (2018, p. 235), “as situações e queixas do período anterior à histerectomia trouxeram para as mulheres a aceitação da indicação e da decisão médica do procedimento cirúrgico como solução dos seus problemas de saúde”, uma vez que já tinham realizado o tratamento medicamentoso e sem “solução da sua situação”. Assim, perceberam que a cirurgia era o recurso possível para melhorarem a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Em suma, a decisão se fazer uma histerectomia pode ser um processo difícil e emocional, o que parece resultar em sentimentos severos e prolongados de tristeza e de medo, diminuição do interesse em atividades de lazer e sociais, perda ou ganho de peso significativo, insónia, fadiga e em pensamentos de morte. Todas as mulheres reagem de maneira diferente e as suas reações são uma combinação de respostas emocionais e físicas, para as quais os enfermeiros devem estar despertos. O útero é um órgão significativo, tanto para as mulheres como para a sociedade. Culturalmente, o útero está associado a características como a feminilidade, a sexualidade e a capacidade reprodutiva das mulheres. A perda desse órgão, portanto, afeta psicologicamente a mulher. Dependendo das suas perspetivas em relação à histerectomia, a recuperação pós-cirúrgica e a sua adaptação diferem de mulher para mulher. É nesse sentido que se coloca a questão:

Quais as vivências de mulheres submetidas a histerectomia?

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia é a fase em que o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às suas perguntas de investigação (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Realizado o enquadramento teórico que pretendeu contextualizar a questão central deste estudo, é o momento para falar dos procedimentos e métodos. A metodologia reflete o caminho traçado pelo investigador, de modo a obter respostas às questões de investigação formuladas, com base no problema identificado e nos objetivos delineados para o estudo. Pelo que neste capítulo do trabalho propomo-nos apresentar o tipo de estudo, os objetivos do mesmo, o instrumento de colheita dos dados, o local de recolha dos dados, os participantes, os procedimentos executados e o método de análise.

1.1. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A histerectomia pode ter efeitos negativos em termos de bem-estar psicológico e somático da mulher, uma vez que, para além das suas funções biológicas, o útero está associado à feminilidade, na medida em que se relaciona com o papel reprodutor da mulher e com a sua vida sexual. Isto sugere que as mulheres podem percecionar o útero como fator importante da sua feminilidade. Assim, a sua remoção poderá refletir-se na forma como concebem a sua feminilidade e a sua vida sexual, o que poderá levar a uma redução da autoestima, pelas transformações que o corpo sofre, afetando a sua imagem corporal, incluindo ganho de peso, afetando, assim a identidade feminina. No entanto, há mulheres que encaram a histerectomia como a resolução de um problema (Carvalho & Lemos, 2017, p. 210).

Relativamente ao estudo proposto, pretende-se estudar o fenómeno em profundidade, de forma a compreender o comportamento humano com base nas experiências vividas e no contexto em que se situam, nomeadamente numa UCSP do ACES Douro Sul. A escolha do tema deve-se também à necessidade sentida, enquanto profissionais de saúde, em procurar conhecer e explorar o fenómeno vivenciado por mulheres submetidas a uma cirurgia que remove por completo o útero, um símbolo da fertilidade feminina. Sendo assim, as questões de investigação formuladas são:

- Quais as vivências das mulheres submetidas a histerectomia?

Procura-se, deste modo, compreender as vivências das mulheres submetidas a histerectomia.

1.2. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo que se mostrou mais conveniente ao objetivo proposto foi o estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa com enfoque fenomenológico-hermenêutico. A escolha deste método deve-se ao facto deste tipo de metodologia gerar informações ricas e detalhadas que mantêm intactas as perspetivas dos participantes permitindo uma melhor compreensão do fenómeno, característica de uma metodologia qualitativa que permite ao entrevistador entrar no mundo da outra pessoa (Rodrigues, 2015, p. 47). Além disso, por existir pouca evidência científica sobre este tema no que se refere a compreender as vivências das participantes, pareceu-nos ser o método mais adequado para estudar o problema.

1.2.1. Perspetiva fenomenológica-hermenêutica

Elegeu-se a perspetiva fenomenológica-hermenêutica, por permitir o acesso ao sentido das experiências das mulheres submetidas a histerectomia. As vivências dessas mulheres servem de base ao presente estudo de natureza qualitativa e com uma abordagem fenomenológica-hermenêutica, segundo Van Manen (1990). Trata-se de um método importante para o estudo dos fenómenos relevantes para o ensino, para a investigação e para a prática de enfermagem. Quando se cuida da mulher submetida a histerectomia, o enfermeiro não se restringe unicamente à parte física da mulher, e ao efeito que esta pode ter ao nível do seu bem-estar psicológico. Procura também obter o sentido que essas vivências têm para cada uma das participantes.

Van Manen (1990), referenciado por Queiroz (2007, p.149), defende que “do ponto de vista fenomenológico, investigar, é sempre questionar o medo como experienciamos o mundo, é querer conhecer o mundo no qual vivemos como seres humano”. Assim sendo, Queiróz (2007, p. 149) refere que este tipo de método permite compreender a estrutura fundamental da experiência vivida de pessoas doentes, dos seus familiares, dos profissionais que acompanham as experiências de sofrimento dos outros e também vivenciam as suas próprias ao longo dos seus percursos de vida pessoal e profissional.

A fenomenologia hermenêutica, como defende Van Manen, tem quatro etapas ou passos essenciais (Queiroz, 2007, p. 149): (i) Voltar-se para a natureza da experiência vivida, ou seja, voltar-se para um fenômeno que efetivamente é do interesse do investigador e que o relaciona com o mundo; (ii) Investigação Existencial, pois permite investigar a experiência tal como ela é experienciada e não como é conceptualizada; (iii) Reflexão Fenomenológica que implica refletir sobre os temas principais que caracterizam o fenômeno; (iv) Escrita Fenomenológica, isto é a descrição do fenômeno através da arte de escrever e reescrever, recorrendo à experiência pessoal do investigador, estudando a experiência tal como cada um a vive e não como ela é conceptualizada, o que implica a utilização das descrições encontradas na literatura. Neste processo descrito por Van Manen, o primeiro passo leva o investigador a voltar-se para a natureza da experiência vivida, impondo que se questione acerca do fenômeno que lhe interessa, surgindo o tópico de investigação da sua experiência pessoal e profissional.

Na prática da fenomenologia não existe uma orientação sobre a maneira como se deve fazer a aproximação ao objeto de estudo (fenômeno), mas sim uma orientação que permite deixar que o fenômeno se revele. Van Manen (1990, p.27) salienta que “estudar o que dá sentido à vida está associado ou resulta da utilização de certo método de investigação”. Segundo Husserl (2000, p.22), a fenomenologia consiste no método da crítica do conhecimento, assumindo-se como “a doutrina universal das essências, ou doutrina universal das essências do conhecimento”. Para o mesmo autor, a fenomenologia “acima de tudo... designa um método e uma atitude intelectual: atitude intelectual especificamente filosófica e método especificamente filosófico” (p. 46). O objetivo primário deste método é a apreensão, a análise e a descrição do fenômeno como se apresenta à consciência do respondente. O método fenomenológico permite a pesquisa de fenômenos subjetivos, assentando no pressuposto de que as verdades fundamentais sobre a realidade baseiam-se na experiência vivida (Van Manen, 1990, p. 27), no caso concreto de mulheres submetidas a histerectomia.

Segundo Creswell (2013), o método fenomenológico, consiste na “descrição das experiências vividas” por pessoas acerca de um conceito ou fenômeno, visando encontrar a estrutura “essencial” ou os elementos “invariantes” do fenômeno, ou seja, o seu “significado central”. Ainda na percepção do mesmo autor, o mais relevante é a experiência tal como se apresenta e não o que se possa ponderar, ler ou afirmar sobre a mesma. Assim, o foco de atenção do método fenomenológico, ainda na opinião de Van Manen (1990) e de Creswell (2013), consiste na experiência vivenciada da

pessoa e o seu quotidiano. Por outras palavras, permite compreender, por meio da reflexão fenomenológica, a experiência vivenciada - o fenómeno – tal como é experienciada, em detrimento da realização de concepções ou teorias acerca da mesma.

A investigação fenomenológica tem como finalidade contactar com a experiência vivida - fenómeno, singular para cada pessoa. De acordo com van Manen (1990, p. 9), a experiência vivenciada é o foco da investigação fenomenológica, radicando-se nela. A fenomenologia interessa-se por aquilo que concerne ao ser humano. Assim, o acesso ao mundo realiza-se através da consciência e é através desta que se está no mundo, “a consciência é o único acesso que os seres humanos têm para o mundo” (Van Manen, 1990 p.9). Por outras palavras e ainda seguindo-se o raciocínio do mesmo autor, “o mundo da vida, ou o mundo real, o mundo da experiência vivida é tanto a fonte como o objeto da pesquisa fenomenológica”, assumindo-se como “o ponto de partida e o fim da investigação fenomenológica com o objetivo de transformá-la na descrição das suas essências” (van Manen, 2002, p.263).

A fenomenologia hermenêutica é uma ciência humana que permite o estudo da experiência vivida como foi apresentada de forma pré-reflexiva em consciência, não à medida que é concetualizada e categorizada. Neste método o ponto de partida e de chegada é uma experiência vivida e é orientada para que se possa descobrir exatamente isso (Van Manen, 2015, 2017). Nomeadamente, através da fenomenologia, procura-se descobrir o que significa a experiência vivida e como um fenómeno particular é vivenciado, sem pressupor um conhecimento explícito do mesmo (Van Manen, 2014; Johnston, Wallis, Oprescu & Gray, 2017, p. 575). Assim, a fenomenologia é uma ciência humana que permite estudar o mundo de uma pessoa como ela o vive, procurando obter-se uma compreensão mais completa de suas experiências e, conseqüentemente, o que significa, com mais profundidade, viver no mundo (Van Manen, 2015, p. 9). Supondo que as questões significativas possam ser melhor ou mais profundamente entendidas, a fenomenologia permite agir com cuidado e com tato. Por esta razão, não é destinada a obter um conhecimento ou técnicas corretas com as quais um resultado possa ser alcançado. Nem é para responder, descobrir ou propor certas conclusões (Van Manen, 2015, p. 6).

A fenomenologia é, num sentido amplo, uma filosofia ou teoria do único. Interessa-se pelo que não é essencialmente substituível (Manen, 2015, p. 7). Isto é, a fenomenologia é o estudo das essências, do que é, sem o qual pode não ser o que é, questionando a verdadeira natureza ou significado de uma coisa (Van Manen, 1990, 2014, 2015, 2017). No entanto, tentar entender o significado essencial de um

fenómeno não é uma tarefa fácil ou simples, porque, no final, consiste em refletir fenomenologicamente sobre uma experiência particular (Van Manen, 2015, p. 7). Além disso, o facto de que o significado ou a essência de um fenómeno é multidimensional e estratificada torna impossível captar o seu significado numa única definição ou conceito (Van Manen, 2014, 2017). Portanto, entende-se que uma narrativa ou texto organizado fenomenologicamente, isto é, o texto fenomenológico, é o resultado de uma tentativa concertada de comunicação do significado do texto ou a essência de um fenómeno (Van Manen, 2015).

A aplicação do método fenomenológico-hermenêutico ao nível da investigação em enfermagem tem como ponto fulcral dar resposta a uma questão decorrente da teorização da prática de cuidados. Consiste na procura da compreensão das necessidades vivenciadas pelos utentes, de modo a poder-se corresponder efetivamente a essas necessidades (Loureiro, 2002, p. 5). Essa tarefa exige a percepção e compreensão das necessidades experienciadas e vividas pelo outro, que é o sujeito da intervenção e a forma como experiencia as coisas, as suas necessidades, desejos, medos e aspirações. Como refere Loureiro (2002, p. 5), não interessa a opinião que o participante tem ou faz de um determinado fenómeno, mas como ele é vivido, tratando-se da investigação na primeira pessoa. A fenomenologia pode desenvolver um entendimento, uma forma de pensar em enfermagem e de pensar a própria enfermagem. A prática da fenomenologia, com recurso à reflexão e à produção escrita, inaugura a possibilidade para a criação “de relações entre o ser e a ação, o “eu” e o “outro”, o interior e o exterior e entre o que nós somos e a nossa ação fundamental ao cuidar em enfermagem” (Sousa, 2018, p. 82).

A fenomenologia da prática é uma maneira útil e rigorosa de compreender profundamente fenómenos. Portanto, permite que a pesquisa seja conduzida nos aspetos mais sensíveis e decisivos da enfermagem. Para a enfermagem, a abordagem de Van Manen é especialmente relevante, porque, para além de contribuir para o corpo de conhecimento da enfermagem, proporciona um tipo especial de conhecimento que permite ao enfermeiro atuar de forma mais reflexiva, com tato e habilidade, em certas situações e relacionamentos que surgem na sua prática profissional diária (Errasti-Ibarrondo, Díez-Del-Corral, Jordán & Arantzamendi, 2019, p. 2).

A fenomenologia da prática, como metodologia de pesquisa, pode contribuir para a enfermagem como uma disciplina profissional de diferentes maneiras. Por um lado, através da fenomenologia, pode alcançar-se uma descrição e uma compreensão mais profunda do fenómeno e da sua essência, que são de interesse para a

enfermagem. Desta forma, o *corpus* do conhecimento de enfermagem, como uma disciplina, pode crescer significativamente. Por outro lado, tanto a pesquisa hermenêutico-fenomenológica como a enfermagem são ciências humanas que se interessam por um significado e, conseqüentemente, pela compreensão e interpretação de fenómenos relevantes, cujo significado reside na subjetividade (Errasti-Ibarrondo et al., 2019, p. 6).

A pesquisa hermenêutica-fenomenológica reúne o conhecimento da experiência humana, tem uma abordagem metodológica que, além de permitir e incentivar a expressão da complexidade e da profundidade da experiência, também promove uma compreensão mais profunda da natureza e do significado das experiências quotidianas e o que significa o ser humano (Van Manen, 2015, 2017). A este respeito, quando rigorosamente desenvolvida, a fenomenologia da prática de Van Manen oferece uma metodologia com uma compreensão completa da experiência vivida, o que se deve ao facto de que a fenomenologia tem o propósito prático da prática e desenvolver (por escrito) o denominado texto fenomenológico - um texto caracterizado por descrições ricas e profundas sobre um fenómeno estudado, isto é, a experiência, de tal forma que, ao lê-lo, tem-se acesso a um reavivar reflexivo da experiência (Van Manen, 2015, 2017).

Foram estes os princípios orientadores seguidos para a realização do estudo qualitativo, com recurso ao método fenomenológico-hermenêutico, nomeadamente: o recurso à entrevista semiestruturada. Segundo o alcance temporal, esta investigação é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados ocorreu num único momento a cada participante.

1.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nos estudos qualitativos a colheita de dados pode contemplar entrevista, diário, observação direta e observação participante (Fortin, 2009). Neste trabalho o método de colheita de dados que melhor se adequou aos objetivos do investigador foi a entrevista semiestruturada, que se caracteriza pelo contacto direto entre o investigador e seus interlocutores, permitindo, assim, uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor exprime as suas perceções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, com o objetivo de recolha de dados relativos às questões de investigação formuladas. O investigador facilita essa expressão, através das suas perguntas abertas e reações, evita o afastamento

dos objetivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade, pretendido nesta investigação (Fortin, 2009). As entrevistas serão gravadas em suporte áudio.

Na escolha do método de recolha de dados pela entrevista semiestruturada deve-se ao facto de se a melhor que se adapta à investigação fenomenológica, tendo em conta a proposta de Van Manen (1990), referenciado por Queiroz (2007, p. 149).

O instrumento de recolha de dados elaborado (cf. Anexo I) encontra-se dividido em duas partes distintas: a primeira parte visa a caracterização das mulheres em estudo e a segunda parte é constituída por perguntas abertas. Elaborou-se ainda um guião para servir de apoio à entrevista.

Cada entrevista foi gravada e decorreu num ambiente informal e calmo. Cada mulher entrevistada foi estimulada a relatar livremente as suas experiências, bem como as expetativas e terminou quando esta tinha demonstrado que já esgotou a sua descrição. O conteúdo de cada entrevista foi transcrito integralmente, de modo a manter o máximo de fidelidade das descrições vivenciais.

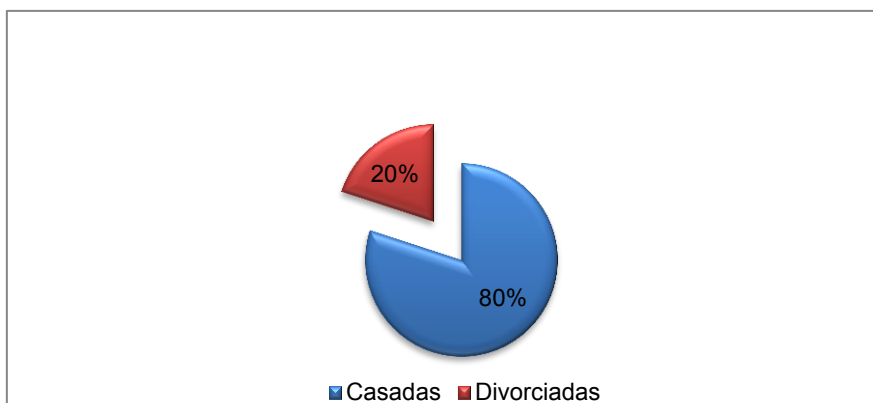
1.4. PARTICIPANTES

As participantes são 10 mulheres submetidas a histerectomia que se encontravam no ACES Douro Sul, inscritas numa UCSP do ACES Douro Sul, de forma a desocultar este fenómeno através da escolha de participantes que o vivenciem na primeira pessoa e sejam capazes de descrever a experiência.

1.4.1. Caracterização sociodemográfica das participantes

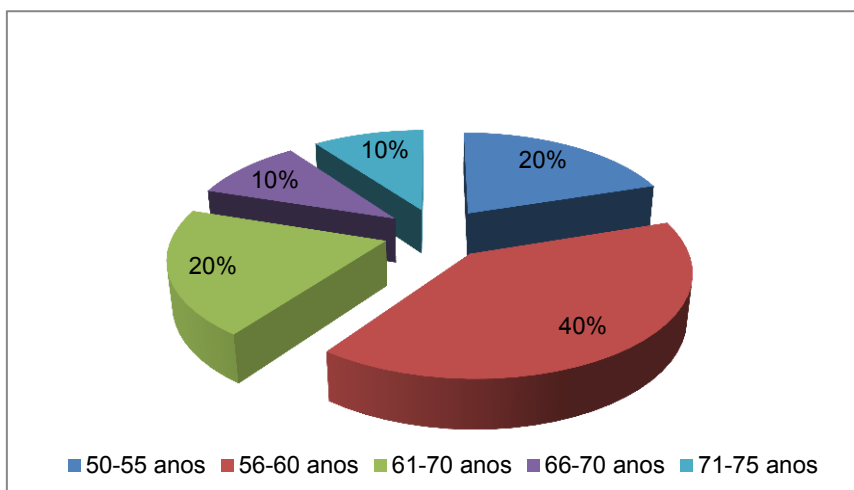
Constata-se que 80% das mulheres entrevistadas e 20% divorciadas (cf. gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição das participantes em função do estado civil



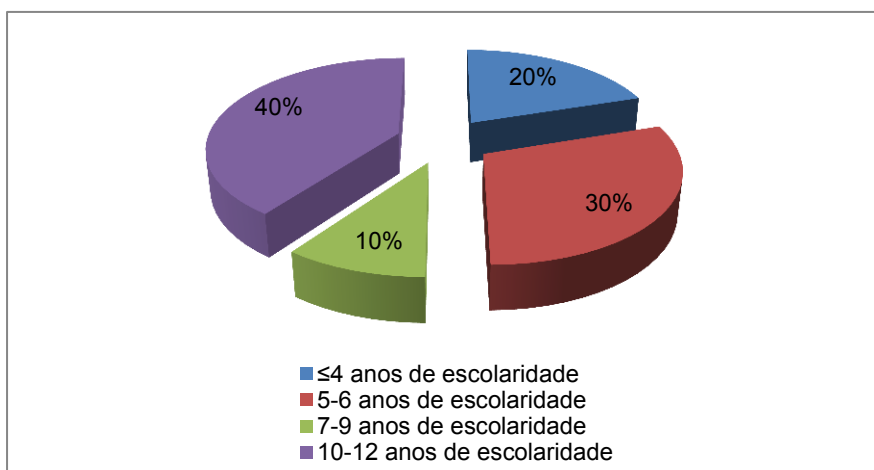
Quanto à idade das participantes, o grupo etário mais representado é o dos 56-60 anos (40%), seguindo-se, com igual valor percentual 20%, respetivamente, as mulheres com 50-55 anos e com 61-70 anos de idade. Verifica-se que 10% das mulheres possuem entre 66-70 anos de idade e 10% situam-se na faixa etária dos 71-75 anos (cf. gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição das participantes em função da idade



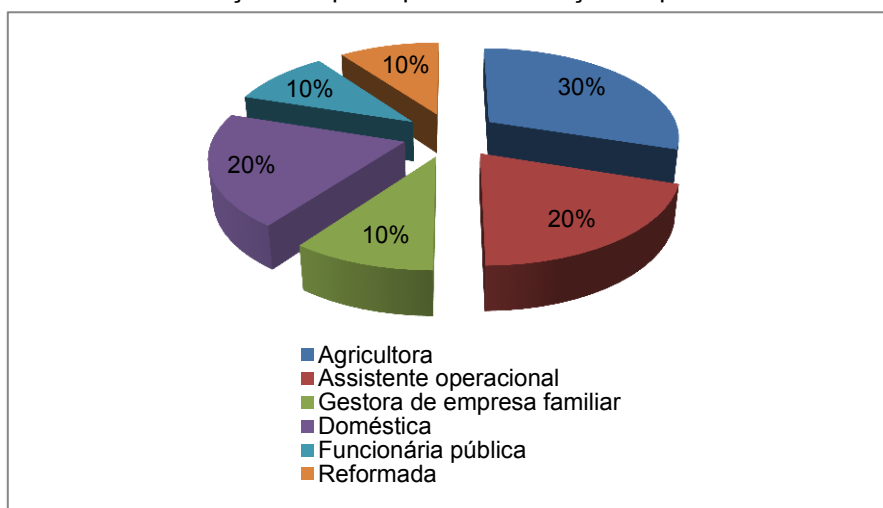
Verifica-se que estão em maioria (40%) as mulheres com escolaridade entre o 10º-12º ano, seguindo-se as que possuem entre o 5º-6º ano de escolaridade (30%), enquanto 20% possuem uma escolaridade inferior ou igual à 4ª classe (1.º ciclo do ensino básico) e, com menor representatividade, as que possuem entre o 7.º-9º ano de escolaridade (10%) (cf. gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição das participantes em função das habilitações literárias



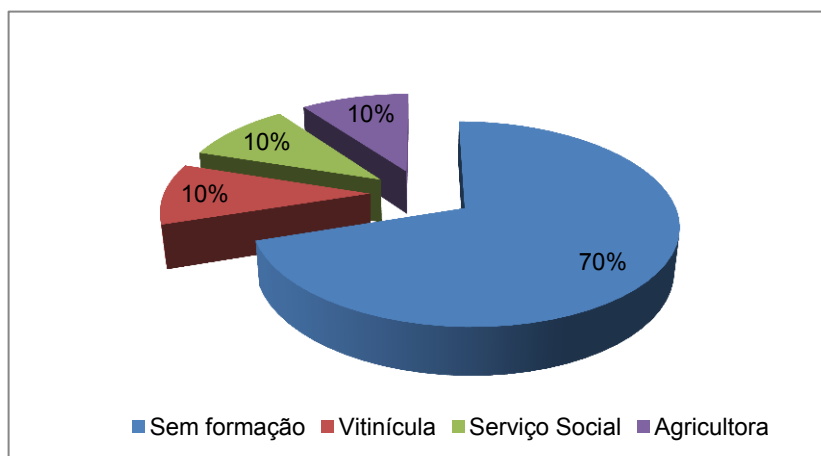
Em relação à profissão atual, constata-se que 30% das mulheres são agricultoras, estando em igual representatividade as domésticas e assistentes operacionais (20%, respetivamente. Também com igual valor percentual, funcionária pública, gestora de empresa familiar e reformada (10%, respetivamente) (cf. gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição das participantes em função da profissão atual



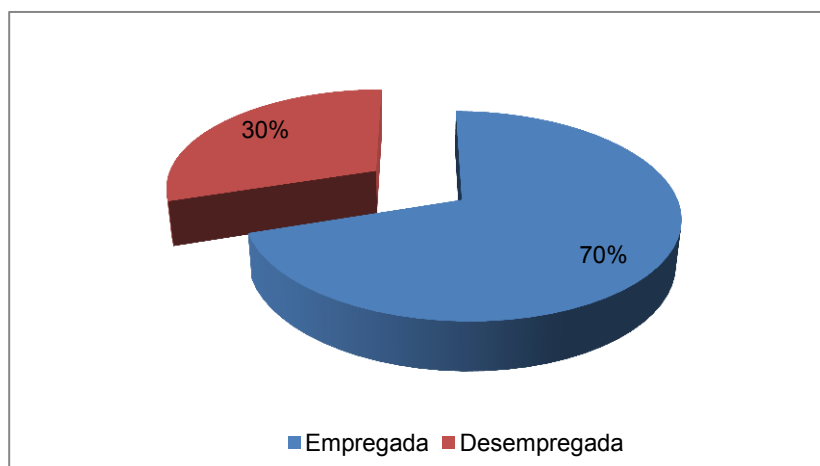
Quanto à formação profissional verifica-se que a maioria das mulheres (70%) não possui formação (cf. gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição das participantes em função da formação profissional



Maioritariamente (70%), as mulheres encontram-se empregadas (cf. gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição das participantes em função da situação profissional atual



1.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo obedeceu aos critérios éticos das pesquisas com seres humanos. Sendo assim, todo o processo de pesquisa iniciou-se após a explicação sobre o propósito e o processo de pesquisa e depois da obtenção por escrito, do consentimento livre e esclarecido (cf. Anexo II). Foi realizado um pedido de autorização formal à Diretora Executiva do ACES Douro Sul (cf. Anexo III) e à Comissão de Ética (cf. Anexo IV) da instituição em causa, para a recolha de dados necessários.

1.6. MÉTODO DE ANÁLISE

A análise de dados, na investigação qualitativa, começa quando a colheita de dados se inicia. Assim, considerando a finalidade do estudo e a problemática enunciada será utilizada a análise de conteúdo no tratamento dos dados com o auxílio da aplicação informática Nvivo® versão 11.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que se baseiam em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2015). Por sua vez, o Nvivo® é uma das aplicações usadas na análise de discurso, teoria fundamentada, análise de conversação, etnografia, revisões de literatura, fenomenologia e métodos mistos. Entre as suas possibilidades de uso, permite organizar, classificar, ordenar, examinar relações e combinar análises.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados recolhidos através das entrevistas encontram-se agrupados em oito categorias, nomeadamente: “Motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia”, “Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes”, “Expectativas da mulher face à histerectomia”, “Desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia”, “Fatores que interferem na vivência da sexualidade”, “Atitudes da mulher face à condição de histerectomia”, “Sentimentos vivenciados face à histerectomia” e “Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados”. Cada categoria encontra-se dividida em subcategorias que reúnem as citações mais expressivas recolhidas do testemunho das mulheres entrevistadas. As categorias e subcategorias são apresentadas quanto ao número de mulheres que se referem ao tema (n) e à frequência com que o fazem (Ur).

Analisando a tabela 1 “Motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia, é possível constatar que todas as mulheres referem esta categoria, a qual apresenta 46 referências que emergiram ao longo das entrevistas. Nove das dez mulheres entrevistadas mencionaram as “Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes”, com 57 referências. Registou-se também que oito das dez mulheres aludiram às “Expectativas da mulher face à histerectomia”, surgindo em 22 referências. Em relação aos “Desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia” foram mencionados por oito mulheres, com 18 referências. Quanto aos “Fatores que interferem na vivência da sexualidade”, são mencionados por sete mulheres, por 32 vezes. No referente às “Atitudes da mulher face à condição de histerectomia”, seis mulheres fazem referência à sua condição de histerectomia, aparecendo essas referências 28 vezes ao longo das entrevistas. Relativamente à categoria “Sentimentos vivenciados face à histerectomia”, quatro mulheres referenciaram-nos por 10 vezes. No que respeita à categoria “Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados”, apenas quatro mulheres referenciam essas atitudes dos enfermeiros, com cinco referências ao longo das entrevistas.

Tabela 1 - Categorias desocultadas no estudo

Categorias	N	Ur
Motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia	10	46
Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes	9	57
Expectativas da mulher face à histerectomia	8	22
Desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia	8	18
Fatores que interferem na vivência da sexualidade	7	32
Atitudes da mulher face à condição de histerectomia	6	28
Sentimentos vivenciados face à histerectomia	4	10
Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados	4	5

A categoria “Atitudes da mulher face à condição de histerectomia” é constituída por cinco subcategorias, tendo a subcategoria “Fazer terapêutica hormonal de substituição” duas especificações, nomeadamente: “Não se dar bem com a terapêutica hormonal de substituição” e “Passar a ter uma vida normal”. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram Resignar-se com a situação”, com 18 unidades de registo, “Fazer terapêutica hormonal de substituição” com oito unidades de registo e “Procurar ter uma atitude positiva” com sete unidades de registo. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “Alterar a alimentação” com duas unidades de registo; e “Não divulgar aos companheiros, com uma unidade de registo.

Resignar-se com a situação

“Conformei-me com tudo o que me podia acontecer” (E1)

“No início foi um bocado complicado para mim aceitar isso, mas tinha que aceitar, pronto” (E2)

“Não me deu outra alternativa... Antes que tivesse mais problemas, então assim ficava logo e eu pronto, aceitei. E acho que neste momento não estou repesa de fazer o que fiz” (E3)

“Era a única solução viável para o problema” (E4)

Terapêutica hormonal de substituição

“Ainda fiz vários anos, mas não. Não ajudou” (E6)

“Depois é que fui a outra consulta e ele [doutor] deu-me a medicação [terapêutica hormonal de substituição] e depois é que me veio os problemas maiores. Eu estive a morrer” (E8)

“Durante 5 anos tomei a terapêutica hormonal de substituição e daí para diante tive uma vida normal” (E3)

Procurar uma atitude positiva

“Não nos podemos desorientar...a vida continua. Não podemos agora estar a botar-nos ao chão” (E1)

“Eu tentei lidar o melhor possível com essa situação [histerectomia]” (E2)

Alterar a alimentação

“Foi uma das recomendações do meu médico, quando me operou. Para eu ter cuidado porque há pessoas que não têm esse cuidado e começam a aumentar muito de peso” (E2)

Não divulgar aos companheiros

“Nunca explicava ao meu companheiro o que é que me tinha acontecido, se por acaso não soubesse. Nunca expliquei que já não tinha o meu sistema, um sistema tão importante numa mulher, nunca expliquei” (E2)

Tabela 2 –Atitudes da mulher face à condição de histerectomia

Atitudes da mulher face à condição de histerectomia	n	Ur
Resignar-se com a situação	5	18
Fazer terapêutica hormonal de substituição	4	8
Não se dar bem com a terapêutica hormonal de substituição	3	7
Passar a ter uma vida normal	1	1
Procurar ter uma atitude positiva	4	7
Alterar a alimentação	2	2
Não divulgar aos companheiros	1	1

A categoria “Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados” é constituída por quatro subcategorias, todas referenciadas

apenas por uma mulher cada. A subcategoria “Ajudaram-me a ultrapassar” tem duas unidades de registo, as restantes, “Foram espetaculares”, “Foram impecáveis” e “Trataram-me bem”, têm todas apenas uma unidade de registo (cf. tabela 3).

Ajudaram-me a ultrapassar

“Cada vez que tinha que lá ir ela (enfermeira) conversava muito comigo. Dizia que agora era outra nova vida e que ficava aliviada e que era o melhor para mim. E de facto, o que ela me dizia assim foi”, “Eles (enfermeiros) ajudaram muito, muito no ultrapassar esta fase. Tanto a própria médica como os enfermeiros (E7)

Foram espetaculares

“foram espetaculares” (E7)

Foram impecáveis

“foram impecáveis” (E8)

Trataram-me bem

“trataram-me lá muito bem. Fui muito bem tratada tanto a nível de enfermeiras ou auxiliares. Fui lá muito bem tratada” (E9)

Tabela 3 –Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados

Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados	n	Ur
Ajudaram-me a ultrapassar	1	2
Foram espetaculares	1	1
Foram impecáveis	1	1
Trataram-me bem	1	1

A categoria “Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes” é constituída por 10 subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Os profissionais de saúde não explicam” com 19 unidades de registo; “A médica não se interessou” com seis unidades de registo; “O enfermeiro não me apoiou” com nove unidades de registo e “Os profissionais de saúde não se articulam com os profissionais de saúde do hospital” com três unidades de

registo. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “O enfermeiro não se preocupou comigo” com sete unidades de registo; “O enfermeiro só fez o curativo”, com duas unidades de registo; “Os profissionais de saúde não se preocupavam com a situação” com seis unidades de registo; “A médica deixou arrastar a situação” com três unidades de registo; “O enfermeiro não me colocou à vontade” e “O enfermeiro não me orientou” ambas com uma unidade de registo (cf. tabela 4).

Os profissionais de saúde não explicam

“Acho que houve alguma falta de orientação por parte da ginecologista. Ela nunca falou sobre a parte sexual, nunca me falou disto. Nota-se que as pessoas eram muito fechadas. A parte sexual era um tabu” (E10)

“Não tive nenhum enfermeiro que falasse comigo” (E10)

“Não fiquei esclarecida, e o pós-operatório foi horrível” (E10)

“Verbalmente nunca falaram comigo, e eu falo por mim” (E4)

“Entregaram-nos os folhetos informativos e não houve mais explicações” (E4)

“Nunca me foi explicada nenhuma solução [em alternativa à histerectomia]”
(E4)

“Os enfermeiros nem sequer me explicaram os cuidados a ter” (E2)

“A médica nunca me falou das complicações” (E9)

“Nunca falei com nenhum enfermeiro sobre o que estava a viver [vivência após histerectomia]. Nunca me explicaram” (E9)

“A médica nunca me falou das complicações” (E9)

“Nunca ninguém me explicou nada” (E1)

“Gostava que os enfermeiros me tivessem explicado e falado comigo” (E1)

O enfermeiro não me apoiou

“Gostaria de ter tido apoio por parte dos enfermeiros, principalmente nos primeiros tempos. Acho que deviam dar mais apoio e pensar mais nas mulheres como eu” (E2)

“Nunca tive apoios, nunca ninguém me perguntou como me sentia” (E2)

“[Os enfermeiros] apoiar não podiam, eramos muitas” (E7)

“Nunca tive assim apoio por parte do pessoal de enfermagem” (E10)

A médica não se interessou

“eu disse-lhe – senhora doutora eu estou bem mas não tenho prazer sexual. E ela respondeu-me que eu me tinha de mentalizar, pronto, ao meu corpo conforme estava” (E1)

“A médica não falou muito, que poderia acontecer isto a nível sexual” (E10)

“Ela é uma médica muito fria” (E7)

Os profissionais de saúde não se articulam com os profissionais do hospital

“Nunca tive mais consultas, nunca ninguém me marcou uma consulta de ginecologia” (E2)

“aquí (Centro de Saúde) deviam ter mais informação com o Hospital para saber o que se passa com os doentes, para ajudar a ultrapassar as dúvidas que tem o doente” (E7)

“Após a operação fui uma vez à minha Médica que me andava a seguir antes da operação. Ele disse que tinha alta, se ocorresse algum problema para voltar lá. Agora não sei o que é que se vai passar. Não recebi carta nenhuma, não sei se vou receber” (E9)

O enfermeiro não se preocupou comigo

“Apesar de nunca ninguém me ter feito estas perguntas [sobre o meu bem-estar]” (E2)

“Eu não me lembro bem de ter ninguém de enfermagem que se preocupasse muito com isso” (E2)

“Nunca ninguém me perguntou se algo ou parte de mim, do que me foi retirado, se eu sentia essa falta” (E2)

“nunca ninguém me perguntou. Nem eu sabia que podia ficar sem vontade, sem vício ou sem isto ou sem aquilo ou com dores, não. Ninguém me perguntou” (E8).

Os profissionais de saúde não se importavam com a situação

“mas também se não tivesse corrido bem, ninguém se iria importar que as coisas não tivessem corrido bem” (E2)

“nunca ninguém me perguntou como é que eu me sentia ao fim desse período, na nossa mente, portanto, na nossa mente eu como mulher é sempre complicado lidar com essas situações” (E2)

“Podia ter ajuda desde o princípio. Não tinha feito tanta asneira como fiz. As asneiras a gente faz da nossa cabeça, mas se tivesse ajuda era diferente” (E7)

O enfermeiro só fez o curativo

“a atitude deles [enfermeiros] foi normal, porque estávamos três senhoras no mesmo quarto e a atitude foi igual para as três, assim como os tratamentos. Aquilo que eu vi foi um tratamento normal como em outras vezes que já tinha estado internada. Eram feitos os curativos e de resto mais nada” (E4)

“Só foi o curativo e mais nada” (E6)

O enfermeiro não me colocou à vontade

“não fomos recebidas [eu e as outras senhoras que íamos fazer histerectomia] de uma certa maneira para que nos sentíssemos à vontade para tirarmos dúvidas e esclarecimentos” (E4).

O enfermeiro não me orientou

“E termos alguém que nos oriente após uma operação tão importante como essa, acho que era de muito valor pensarem nisso” (E2)

Tabela 4 - Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes

Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes	n	Ur
Os profissionais de saúde não explicam	7	19
O enfermeiro não me apoiou	3	9
A médica não se interessou	3	6
Os profissionais de saúde não se articulam com os profissionais de saúde do hospital	3	3
O enfermeiro não se preocupou comigo	2	7
Os profissionais de saúde não se preocupavam com a situação	2	6
O enfermeiro só fez o curativo	2	2
O enfermeiro não me colocou à vontade	1	1

O enfermeiro não me orientou	1	1
------------------------------	---	---

A categoria “Desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia” é constituída por seis subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Secura vaginal” com seis unidades de registo; “Alteração da imagem corporal” com três unidades de registo; “Dor na relação sexual” com três unidades de registo; “Engordar” com três unidades de registo” e “Entrar na menopausa” com duas unidades de registo. A subcategoria “Afrontamentos” foi a menos referenciada com uma unidade de registo (cf. tabela 5).

Secura vaginal

“às vezes sinto a minha vagina um bocadinho seca” (E1)

“Sinto-me que não tenho aquela humidade na minha vagina como antes” (E1)

“Tenho secura vaginal” (E5)

“Também fiquei com secura vaginal” (E7).

Alteração da imagem corporal

“porque eu tive de me mentalizar, eu sozinha com o meu corpo, conforme ficou” (E1)

“A cicatriz foi feita no mesmo sítio onde fizeram a cesariana – só não gostei muito no início de ver a cicatriz. Mas isso é secundário. É uma questão de estética que quase já normalizou” (E4)

Dor na relação sexual

“Cada vez que há relações sexuais sofro bastante porque tenho muitas dores” (E6), “Não sei se é por sentir dores” (E8)

“por causa da dor” (E8)

Engordar

“comei a engordar mais um bocadinho” (E1)

“Eu sofri um bocado porque engordei” (E6)

“E mesmo com a alimentação que eu fazia e tudo, mas engordei bastante, 8/10 kg, lentamente mas engordei” (E6)

Entrar na menopausa

“sofri porque também entrei na menopausa” (E6)

“entrei numa pré-menopausa” (E7)

Afrontamentos

“Depois fiquei com os afrontamentos e a médica deu-me uns selos, mas depois passou” (E10)

“a nível da roupa, eu não podia vestir umas calças normais, porque fazia-me mal-estar” (E9)

Tabela 5 - Resultados relativos à categoria “Desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia”

Desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia	n	Ur
Secura vaginal	4	6
Alteração da imagem corporal	3	3
Dor na relação sexual	2	3
Engordar	2	3
Entrar na menopausa	2	2
Afrontamentos	1	1

A categoria “Expectativas da mulher face à histerectomia” é constituída por quatro subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Voltar a ser a mulher que era” com sete unidades de registo e “Deixar de ter problemas” com quatro unidades de registo. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “Manter a esperança” com quatro unidades de registo e “Melhorar” com duas unidades de registo (cf. tabela 6).

Voltar a ser a mulher que era

“eu gostava de ser a mulher que era antigamente” (E1)

“[desejava] que fosse uma mulher normal e que corresse tudo dentro da normalidade” (E7)

“As expectativas que tenho é viver nesta ilusão que vem um reino novo e que quero ser uma mulher saudável e linda como era de nova” (E8)

Deixar de ter problemas

“Aquele problema ia desaparecer” (E4)

“Tinha mais problemas e deixei de ter. Tinha mais volume, deixei de ter” (E9)

“A minha expectativa é que me iria livrar deste problema e de que iria ficar boa” (E10) “fiquei com a esperança de que ia correr tudo bem e posso dizer que até hoje continuo com a mesma ideia com o mesmo sentimento”, “esperança de que ia correr tudo bem [em relação à cirurgia]” (E4)

Melhorar

“Podia andar melhor, mas queria melhor” (E9)

“Expectativa de ainda melhorar mais um bocadinho. Não sei se com o tempo vai melhorar, se não” (E9)

Tabela 6 - Resultados relativos à categoria “Expectativas da mulher face à histerectomia”

Expectativas da mulher face à histerectomia	n	Ur
Voltar a ser a mulher que era	5	7
Deixar de ter problemas	4	4
Manter a esperança	1	4
Melhorar	1	2

A categoria “Fatores que interferem na vivência da sexualidade” é constituída por sete subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Menor desejo sexual” com 13 unidades de registo, “Compreensão por parte do companheiro” com sete unidades de registo “Ausência de prazer no ato sexual” com três unidades de registo, e “Sentir-se usada pelo companheiro” com duas unidades de registo. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “Manter a atividade sexual” com duas unidades de registo, “Sentir-se menos mulher” com duas unidades de registo e “Maior desejo sexual” com uma unidade de registo (cf. tabela 7).

Menor desejo sexual

“[antes] eu sentia-me que quando o meu marido me tocava que era...correspondia logo ao sexo e tudo e agora é preciso haver tempo e com calma lá se faz o trabalhinho, pronto, que se deve fazer, mas não sou aquela mulher que antigamente era” (E1)

“Antes [da histerectomia] eu era uma mulher ativa [sexualmente] e deixei de ser” (E1) “Sexualmente nunca mais é a mesma coisa. Fica-se diferente. Perde-se muito o apetite sexual” (E10), “Notei uma diferença muito grande a nível sexual. Ficamos muito inferiores” (E10)

Compreensão por parte do companheiro

“ele não...pronto ele diz olha fazes aquilo que podes [sexualmente], mais nada” (E1)

“não tenho razões de queixa do meu parceiro” (E2)

Ausência de prazer no ato sexual

“Eu antes era uma mulher ativa, pronto, de sexo e tudo, mas agora não sou. Mantenho relações [sexuais], mas muitas vezes é com um bocadinho de dificuldades [não ter prazer no ato sexual]” (E1)

“afetou-me muito [a histerectomia] porque, para além do sistema reprodutor que é muito importante numa mulher, mas também nas suas relações [sexuais]” (E2)

Tabela 7 - Resultados relativos à categoria “Fatores que interferem na vivência da sexualidade”

Fatores que interferem na vivência da sexualidade	n	Ur
Menor desejo sexual	4	13
Compreensão por parte do companheiro	2	7
Ausência de prazer no ato sexual	2	3
Sentir-se usada pelo companheiro	2	2
Manter a atividade sexual	1	2
Sentir-se menos mulher	1	2
Maior desejo sexual	1	1

A categoria “Motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia” é constituída por nove subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Hemorragias” com oito unidades de registo, “Tumores” com oito unidades de registo, “Risco de cancro” com oito unidades de registo. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “Anemia” com quatro unidades de registo,

“Dor” com duas unidades de registo, “Cancro” com quatro unidades de registo, “Prolapso uterino” com duas unidades de registo, “Sofrimento” com duas unidades de registo e Quistos nos ovários com uma unidade de registo e (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Resultados relativos à categoria “Motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia”

Motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia	n	Ur
Hemorragias	6	8
Tumores	5	8
Risco de cancro	3	8
Anemia	2	4
Dor	2	2
Cancro	1	4
Prolapso uterino	1	2
Sofrimento	1	2
Quistos nos ovários	1	1

A categoria “Sentimentos vivenciados face à histerectomia” é constituída por duas subcategorias. A subcategoria “Antes da histerectomia” tem quatro especificações, sendo a mais referida pelas mulheres a referente ao “Medo” com cinco unidades de registo e “Desânimo” com cinco unidades de registo. Os sentimentos menos referenciados pelas mulheres antes da histerectomia foram: “Confiança na médica particular” com uma unidade de registo e “Insegurança no médico de família” com uma unidade de registo.

Em relação à subcategoria “Depois da histerectomia” contém 11 especificações, sendo as mais referenciadas pelas mulheres: “Vazio” com 12 unidades de registo, “Bem-estar” com 15 unidades de registo, “Alívio” com 13 unidades de registo, “Tristeza” com quatro unidades de registo, “Sofrimento inexplicável” com três unidades de registo e. As especificações menos referidas pelas mulheres foram: “Perda” com três unidades de registo”, “Vergonha” com duas unidades de registo, “Desalento” com uma unidade de registo, “Frustração” com uma unidade de registo, “Tranquilidade” com uma unidade de registo e “Revolta” com uma unidade de registo (cf. tabela 9).

Antes da histerectomia

Medo

“Nunca andava bem, porque eu tinha cólicas, tinha hemorragias, tinha medo de fazer viagens com o medo de ter hemorragias pelo meio do caminho, quer dizer andei durante 5 anos sempre mal, a pensar sempre o pior” (E3)

“Só tinha receio que na cirurgia alguma coisa não corresse bem. Em termos de cirurgia” (E4)

“Porque se eu não tirasse andava sempre com medo que acontecesse algo mais grave, não é?” (E5)

“Quando ia para lá estava com medo. Nunca tinha sido operada e estava com medo, não sabia como é que ia correr, o que é que se ia passar. E estava com medo” (E9)

Desânimo

“No início eu fiquei um bocado afetada porque não sabia o que e que iria acontecer, acontecer-me. Nem como eu iria reagir, porque pensando bem” (E2)

“Porque aquilo não era vida, da maneira que eu já vivia à coisa de 5 anos, com anemia” (E3)

“Andar assim [com cancro e a ter hemorragias] não era vida” (E7)

Confiança na médica particular

“As consultas que fiz antes de ser operada, ela disse-me o que é que podia acontecer, o que não podia acontecer. Ela disse que era o melhor para mim. Tinha mesmo que ser. Não havia já outra coisa a fazer. Ainda hoje é a minha ginecologista aonde eu vou uma vez por ano” (E3)

Insegurança no médico de família

“Nem o meu médico nunca soube [do que eu estava a viver], porque ele interessou-se muito, quando me viu doente, ele encaminhou-me para o hospital e fez-me tudo o que eu devia de fazer. Eu até antes de ir para a operação, até fui pagar uma consulta a uma médica para ver se eu havia de retirar ou não! Essa consulta é que me coisou e ela disse-me que sim, uma médica particular” (E1)

Após a histerectomia

Vazio

“Sinto que retirei aquilo que eu tinha, que Deus me deu e agora não tenho” (E1)

“Senti que algo de importante me tinham retirado” (E2)

“Parece que faltava alguma coisa” (E3)

“Para mim, na altura fiquei vazia” (E10)

“Senti-me oca” (E10)

Alívio

“Fiquei aliviada. Segundo o que a médica me explicava, que ia ficar melhor, não é, não ia ter os problemas que tinha até aí também fiquei aliviada” (E3)

“Felizmente foi tudo detetado muito a tempo e, então, retirou-me tudo, que era o melhor para não ter, não vir a ter mais problemas, mais tarde” (E2)

“Quando sai da operação, senti que estava livre de um problema, senti alívio” (E10)

Bem-estar

“Senti-me bem” (E3)

“Felizmente, para mim, correu tudo bem, reagi bem”, “Tem corrido tudo muito bem, conforme eu imaginava” (E4)

“Tenho mais qualidade de vida agora” (E9)

Desalento

“Hoje em dia sobrevivo” (E1)

Frustração

“Nos sentíssemos [as mulheres submetidas a histerectomia], como eu, tão frustradas, muitas vezes” (E2)

Perda

“Eu sabia que tinham tirado alguma coisa de mim, que eu sabia não é. Tirei o útero, tirei ovários, foi uma histerectomia completa” (E3)

“Quanto aquilo que tinha [útero e ovário], era meu, era meu. Isso [de ficar sem eles] faz doer um bocadinho, só quem passa por isso [histerectomia] é que consegue explicar, consegue dizer o que é isso” (E7)

Revolta

“A pessoa fica revoltada, torna-se revoltada. Embora fosse pela minha saúde, a pessoa fica um bocadinho revoltada” (E7)

Sufrimento inexplicável

“Muito, muito [apoio por parte do marido]. Sim, porque ele via também o meu estado, o que eu sofria” (E3)

“Só quem passa por isso [histerectomia] é que consegue explicar, é que consegue dizer o que é isso” (E7)

“Foi uma operação muito complicada e muito difícil de recuperar” (E10)

Tristeza

“Senti-me triste, porque eu já não era a mesma mulher que devia ser” (E1), “E se eu um dia quisesse ter mais filhas já não podia” (E2)

“Só que mais tarde quando vim a mim, não fiquei arrependida, mas fiquei um bocadinho triste” (E7)

Vergonha

“Talvez por vergonha. Nem nunca contei isto [perda do desejo sexual] ao meu médico [homem]”, “senti vergonha de dizer [ao médico de família] que eu era uma mulher ativa no sexo e agora que não tinha. Nunca contei. Guardei para mim e para o meu marido” (E1)

Tranquilidade

“Viver mais tranquila. Mais tranquila, sem estes problemas” (E3)

Tabela 9 - Resultados relativos à categoria “Sentimentos vivenciados face à histerectomia”

Sentimentos vivenciados face à histerectomia	n	Ur
Antes da histerectomia		
Medo	4	5
Desânimo	3	5
Confiança na médica particular	1	1
Insegurança no médico de família	1	1
Depois da histerectomia		
Vazio	7	12
Bem-estar	6	15
Alívio	6	13
Tristeza	3	4
Sufrimento inexplicável	3	3
Perda	2	3
Vergonha	1	2
Desalento	1	1
Frustração	1	1
Tranquilidade	1	1
Revolta	1	1

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. ATITUDES DA MULHER FACE À CONDIÇÃO DE HISTERECTOMIA

Neste estudo, a categoria “Atitudes da mulher face à condição de histerectomia” está presente no discurso de seis mulheres. Duas das atitudes emergentes foram alterar a alimentação, e fazer a terapêutica hormonal de substituição, todavia, de acordo com algumas mulheres, não se deram bem com esta terapêutica, apesar de uma delas ter referido que, após a cirurgia e após ter tomado a terapêutica hormonal de substituição, passaram a ter uma vida normal. Também Anjaneyulu et al. (2016), no seu estudo, verificaram que uma das complicações a longo prazo da histerectomia é o aumento de peso. Por seu lado, Santana, Melo e Carvalho (2019, p. 1) referem que, em relação à imagem corporal, entre outras complicações pós histerectomia, encontra-se a distensão abdominal, o ganho de peso e o aumento do risco de sobrepeso e obesidade, o que requer cuidado acrescido com a alimentação, uma atitude assumida por duas das Pardini (2014) refere que a terapêutica hormonal de substituição pode resultar em alguns efeitos secundários, algumas mulheres que tomam progesterona podem fazer retenção de líquidos, ter aumento de apetite e ganhar peso e menopausa precoce. O mais usual na administração da terapêutica hormonal de substituição consiste em recorrer a uma terapêutica combinada, ou seja, entre um estrogénio com um progestagénio, quer em mulheres que realizaram ou não a histerectomia.

Ainda no que se refere às atitudes das mulheres face à condição de histerectomia, outras atitudes emergentes foram não divulgar aos companheiros, procurar ter uma atitude positiva, e resignar-se com a situação. Estes resultados corroboram os alcançados por Mendonça et al. (2011), que registou um misto nas atitudes das mulheres pós histerectomia, ou seja, umas resignaram-se com a situação, aceitando que esta era a única forma de resolver o seu problema de saúde, tendo outras enfrentado a cirurgia com uma atitude positiva, tentando lidar o melhor que podiam com toda a situação.

3.2. ATITUDES DOS ENFERMEIROS CONSIDERADAS PELAS MULHERES COMO CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS

A categoria “Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados” foi uma das categorias com menos referências pelas mulheres. Das atitudes desocultadas pelos discursos das participantes emergem os enfermeiros ajudaram a ultrapassar a situação, foram espetaculares, foram impecáveis e trataram-me bem. Importa referir o facto de apenas quatro mulheres terem feito referência aos cuidados individualizados por parte dos enfermeiros, o que implica um reforço junto dos enfermeiros que prestam cuidados a estas mulheres, uma vez que, como refere Barro (2014), a histerectomia, por norma, desencadeia grandes mudanças na vida da mulher, devendo a abordagem por parte dos enfermeiros ser individualizada. É importante que os enfermeiros ajudem as mulheres a ajustarem-se melhor às modificações que o seu corpo atravessa, podendo, inclusive, experienciar um conjunto de emoções negativas, como a mutilação de uma parte do seu corpo, especialmente as mulheres com vida sexualmente ativa, o que pode resultar em estados depressivos (Anjaneyulu et al., 2016). Assim sendo, a assistência do enfermeiro nos cuidados pré e pós-operatório na mulher submetida a histerectomia deve ser individualizada e numa perspetiva holística, porque cada uma vivência esta experiência de acordo com a sua singularidade. Como enfatizam Gomes e Romanek (2013, p. 18) deve cuidar-se da mulher submetida a histerectomia “como um ser humano com sentimentos e necessidades humanas próprias”. Gercek, Dal, Dag e Senveli (2016, p. 165) referem que as necessidades de informação das mulheres histerectomizadas são elevadas e que a sua autoperceção é afetada negativamente após a histerectomia, o que implica que os enfermeiros lhes proporcionem uma assistência integral e apoio psicossocial após histerectomia. As mesmas autoras reforçam este seu postulado, uma vez que as mulheres histerectomizadas têm medo de perder a sua função sexual, a capacidade reprodutiva e o papel feminilidade. Além dessas preocupações, revelam medos relacionados com os efeitos nocivos da menopausa e com o facto de que o seu relacionamento com o companheiro possa ser afetado negativamente. A principal causa dessas preocupações deve-se, em grande parte, à falta de informação das mulheres antes e após a histerectomia, o que implica intervenções eficazes e apropriadas a cada caso por parte dos profissionais de saúde, no caso concreto por parte dos enfermeiros, através de uma comunicação eficaz, apoio psicológico e propostas de abordagens comportamentais (Gercek et al., 2016, p. 166).

3.3. ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONSIDERADAS PELAS MULHERES COMO NEGLIGENTES

No que diz respeito à categoria “Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes”, esta foi uma das categorias com mais referências por parte das mulheres, o que contrasta com a categoria anterior. A subcategoria mais referenciada pelas mulheres foi “Os profissionais de saúde não explicam” com sete unidades de registo, seguida de “O enfermeiro não me apoiou, “A médica não se interessou” e “Os profissionais de saúde não se articulam com os profissionais de saúde do hospital com três unidades de registo. As subcategorias “O enfermeiro não se preocupou comigo”, “Os profissionais de saúde não se preocupavam com a situação” e “O enfermeiro não me fez o curativo” com duas unidades de registo. E por último, com uma unidade de registo surgem as subcategorias “O enfermeiro não me colocou à vontade” e “O enfermeiro não me orientou”.

Antunes (2014, p. 17) refere que, tendo em conta que a histerectomia pode ter repercussões negativas na vida da mulher, “ao confrontar a mulher com a ameaça à sua feminilidade, e que estas consequências constituem uma problemática extremamente complexa, associada a múltiplas variáveis (biofisiológicas, psicológicas, sociais e culturais)”, assume toda a relevância que as atitudes dos profissionais seja a de uma intervenção personalizada que possibilite a compreensão da situação de cada mulher, tendo em conta as dúvidas, medos e necessidade de informações concretas e assertivas em relação a tudo quanto possa estar associado à sua realidade. Por outro lado, como defende a mesma autora “a prática de enfermagem centrada na compreensão destes aspetos parece ser imprescindível para a implementação de intervenções sistematizadas e individualizadas, que proporcionem a estas mulheres estratégias facilitadoras para vivenciar o impacto da histerectomia” na sua vida em geral de forma mais adaptada. Assim, considera-se que os profissionais de saúde devem ajudar a mulher submetida a histerectomia no seu processo de transição saúde/doença. Nas transições, os enfermeiros desempenham um papel ativo, dado que são estes os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com as mulheres no seu processo de transição de doença/saúde e vice-versa. Deste modo, os enfermeiros são um forte suporte, o que tem subjacente uma visão holística da mulher, foco da prática de enfermagem. A transição compreende os processos de mudança que implicam a necessidade de ajustamento e/ou adaptação. A pessoa ao

experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar novas situações poderá apresentar desajustamentos (Meleis, 2005). Neste sentido, sugerem-se algumas transformações na intervenção por parte dos profissionais de saúde, mais especificamente por parte dos enfermeiros: explicar, justificar e complementar as informações a serem transmitidas às mulheres antes e após a cirurgia, sobretudo as que constam no folheto informativo; adequar as informações às necessidades individuais de cada mulher; explorar e esclarecer todas as dúvidas subjacentes a todo o processo pelo qual a mulher está a passar; estabelecer um diálogo informal no momento do regresso ao domicílio, dando espaço às mulheres para expressarem os seus sentimentos, dúvidas e receios; individualizados cuidados prestados; assumir uma atitude empática e demonstrar disponibilidade. Estas sugestões são reforçadas com o facto de algumas mulheres terem referenciado que o folheto informativo foi o único veículo de informação/formação de que dispunham, sem qualquer explicação por parte dos profissionais de saúde.

Assim, a enfermagem tem como objetivo central facilitar os processos de transição, no sentido de se alcançar um estado de bem-estar. Neste sentido, os enfermeiros preparam a pessoa para a vivência das transições e “são quem facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença” (Meleis et al., 2000, p.13). Neste sentido, os enfermeiros prestam cuidados a pessoas que experienciam transições, antecipando as transições ou mesmo completando o ato de transição. Os enfermeiros têm um papel ativo nas estratégias de transição do cuidado, proporcionando um suporte de educação para a saúde e orientações para a prevenção, controlo da doença, promoção e manutenção da saúde, procurando-se aprimorar a preparação da alta hospitalar e garantir a continuidade dos cuidados no domicílio (Weber, Lima, Acosta & Maques, 2017).

A continuidade de cuidados, de acordo com algumas unidades de registo das mulheres, assumiu-se como pouco eficiente entre os vários sistemas assistenciais, não havendo articulação entre os profissionais de saúde do hospital e os do centro de saúde. A literatura na área da enfermagem realça que a troca de informação, sobretudo a que se relaciona com a comunicação entre o enfermeiro e a coordenação de cuidados, constitui o alicerce da continuidade de cuidados, podendo-se observar dois tipos de continuidade de cuidados, designadamente: o que se desenvolve através da relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa e o processo de gestão da informação. A continuidade dos cuidados permite um cuidado centrado na pessoa cuidada (Sousa, Frade & Mendonça, 2005).

Importa referir que a transição de cuidados, por definição, refere-se a “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (Direção Geral da Saúde, DGS, 2017, p.4), sendo este um processo que se processa entre os profissionais de saúde e/ou instituições prestadoras de cuidados, sobre a identificação e as informações do estado de saúde da pessoa, no caso concreto da mulher submetida a histerectomia, a partir do momento em que há transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade da prestação de cuidados (DGS, 2017). Segundo Cavaco e Pontífice-Sousa (2014, p.13), a transição de cuidados de saúde “assegura a continuidade de cuidados”, através da transmissão de informações, num momento de análise das práticas, possibilitando manter o mesmo nível de cuidados e atuação na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. A transição de cuidados deve pautar-se pela objetividade e efetividade (Tranquada, 2013).

3.4. DESCONFORTOS MANIFESTADOS PELAS MULHERES APÓS HISTERECTOMIA

A categoria “Desconfortos manifestados pelas mulheres após a histerectomia” foi referenciada por oito mulheres, correspondendo a 18 unidades de registo, tendo a subcategoria “Afrontamentos” sido referenciada por uma mulher. A subcategoria “Alteração da imagem corporal” foi reiterante a três mulheres, com um unidade de registo cada. De acordo com duas mulheres, após a histerectomia, ficaram com dor na relação sexual, o que se constituiu como subcategoria com três unidades de registo. De acordo com duas mulheres, um dos desconfortos da histerectomia foi o facto de engordarem, uma subcategoria com três unidades de registo. A subcategoria “Entrar na menopausa” foi referenciada por duas mulheres. Por último, quatro mulheres referiam, como desconforto, a “Secura vaginal”, uma subcategoria com seis unidades de registo. Os desconfortos mencionados pelas mulheres são concordantes com a literatura consultada, sendo exemplo o estudo de Álvaro e Angelica (2017), no qual a maioria das mulheres apresentava disfunção sexual, secura vaginal, alteração da sua imagem corporal, sobretudo porque aumentaram de peso, e algumas delas entram numa menopausa precoce. Barbosa, Santos e Rodrigues (2018, pp. 227-228) referem que estas mulheres experienciam desconfortos psicossociais e físicos que resultam em fragilidade emocional. As mesmas autoras acrescentam que, deste modo, é necessária uma atenção especial em relação à histerectomia porque a mesma,

geralmente, resulta em sofrimento, dúvidas e receios, baseados “em crenças e valores que podem levar a reformulações ligadas ao feminino, à representação social, ao género, à autoimagem, à sexualidade e à relação conjugal e social”. Sendo uma cirurgia irreversível, resulta, em muitos casos, em alterações da integridade corporal da mulher, causando-lhes desconfortos, não devendo, por isso, ser banalizada pelos profissionais de saúde. Greer, Richter, Wheeler, Varner, Szychowski, Kuppermann Learman (2010, p. 55), no seu estudo, verificaram que muitas mulheres, após histerectomia, apresentaram disfunção sexual e complicações em relação ao trato urinário, o que lhes causava desconforto.

3.5. EXPECTATIVAS DA MULHER FACE À HISTERECTOMIA

A categoria “Expectativas da mulher face à histerectomia” reuniu o consenso de oito mulheres, correspondendo-lhe 22 unidades de registo. A subcategoria mais referenciada foi “Voltar a ser a mulher que era”, sendo consensual a cinco mulheres com sete unidades de registo. A subcategoria “Deixar de ter problemas” foi também uma das mais referenciadas pelas mulheres com quatro unidades de registo. A subcategoria “Manter a esperança” foi referenciada por uma mulher, nomeadamente a E4, com quatro unidades de registo. A subcategoria “Melhorar” foi mencionada pela E9, com 2 unidades de registo. Nunes et al. (2009, pp. 577-578), no que se refere às expectativas da mulher face à histerectomia, identificaram duas categorias: “representações negativas e representações positivas”, estando relacionadas com “o contexto vivencial da mulher”. As perspetivas positivas centraram-se “no bem-estar após a cirurgia e na melhoria da qualidade de vida”. Também Silva et al. (2010, p. 80) constaram que algumas mulheres vêem “a cirurgia como solução”, o que vai esbatendo “as sensações negativas”, ou seja, atribuíram à remoção do útero uma conotação de “solução de vários problemas”.

Merighi, Oliveira, Jesus, Hoga e Pedroso (2012, p. 609) referem que a realização de histerectomia pode compreender quer “a preocupação da mulher com o ato cirúrgico”, quer as “suas expectativas no tocante à histerectomia, à vivência no pós-operatório, aos motivos, crenças e significados atribuídos ao útero”. De acordo com as mesmas autoras, esta abrangência deve-se ao facto do útero “ser considerado importante para o desempenho do papel social da mulher: a maternidade”. Todavia, de acordo com o seu estudo, as mesmas autoras referem que, para algumas mulheres, a

histerectomia pode originar uma concepção positiva, decorrentes dos resultados benéficos para a sua qualidade de vida.

3.6. FATORES QUE INTERFEREM NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

A categoria “Fatores que interferem na vivência da sexualidade” reuniu sete subcategorias, com 12 unidades de registo, sendo a subcategoria mais referenciada “Menor desejo sexual”, onde se incluem quatro mulheres com 13 unidades de registo. No que diz respeito à subcategoria “Ausência de prazer no ato sexual”, a mesma foi referenciada por duas mulheres com três unidades de registo. Álvaro e Angelica (2017), no seu estudo, estimaram que a disfunção sexual é um fator de risco para um elevado agravamento da qualidade de vida das mulheres, o que as leva a ter uma baixa autoestima. Real, Cabeleira, Nascimento et al. (2012, p. 126) referem que as disfunções sexuais relatadas pelas mulheres após a histerectomia foram a diminuição de orgasmo, ausência de desejo sexual e redução na frequência da atividade sexual, estando em conformidade com os resultados apurados no presente estudo.

A subcategoria “Compreensão por parte do companheiro” referenciada por duas mulheres tem sete unidades de registo. Real, Cabeleira, Nascimento et al. (2012, p. 126) referem as mulheres submetidas a histerectomia podem manifestar comprometimento da sexualidade, reprodução e função sexual. Mais da metade das mulheres relatam sentimentos de tristeza por verem a qualidade da sua vida sexual afetada, contando com a compreensão dos companheiros, o que, segundo os autores, nem sempre acontece, deixando-as ainda mais angustiadas. Todavia, no estudo de Merighi et al. (2012, p. 612), entre as transformações demonstradas pelas mulheres histerectomizadas, algumas participantes contrariaram a ideia de que a cirurgia poderia ter um impacto negativo na vivência da sua sexualidade, uma vez que houve uma manutenção e/ou perceptível melhoria da vida sexual, tendo algumas delas relatado que, psicologicamente, a histerectomia não influenciou a sua vida sexual, tendo o seu companheiro demonstrado, inclusive, mais carinho, afirmando que a sua vida, após a cirurgia, mudou muito, com melhorias na sua vida sexual, continuando a ter a sua libido.

3.7. MOTIVOS APRESENTADOS PELAS MULHERES PARA A HISTERECTOMIA

Neste estudo, a categoria com maior representação foi “Motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia”, transversal a todas as mulheres, com unidades de registo. Assim, os motivos mais apontados pelas mulheres e que constituíram subcategorias foram: “Hemorragias”, com oito unidades de registo.

Os motivos apontados pelas mulheres para a histerectomia estão registados na literatura, segundo a qual, as principais indicações para a sua realização partem do prolapso de órgãos pélvicos, leiomiomas uterinos, dor ou infeção pélvica, prolapso uterino, sangramento uterino anormal e doenças malignas e pré-malignas (Cardoso et al., 2017, p.18). No estudo de Merighi et al. (2012, p. 611), as mulheres também apontaram como motivos para a realização da histerectomia as hemorragias e a dor, o que comprometia negativamente o seu dia-a-dia, sendo a queixa mais frequente o mioma, dando, assim, a realização da cirurgia com uma potencial natureza resolutive desses sintomas. Estas mulheres viram na histerectomia o resgate da qualidade de vida.

3.8. SENTIMENTOS VIVENCIADOS FACE À HISTERECTOMIA

A categoria “Sentimentos vivenciados face à histerectomia” foi dividida em duas especificações: “Antes da histerectomia” e “Depois da histerectomia”. Assim, no que se refere aos sentimentos vivenciados pelas mulheres antes da histerectomia, o “Medo” foi o mais referenciado com cinco unidades de registo.

Vilar e Silva (2009, pp. 236-237), ao estudarem os sentimentos das mulheres antes e após a histerectomia, constaram que a maioria das mulheres descreve a histerectomia “como mutiladora, e apresentam medo e receios antes da cirurgia”. As autoras referem que a necessidade de realização da histerectomia resulta num misto de conflito de sentimentos, podendo ser traumáticos, de insegurança, medo e ansiedade. Justificam que estes sentimentos, para “além dos medos que uma cirurgia tradicionalmente possa despertar nas pessoas no caso da histerectomia acrescentam-se as dúvidas e inquietudes” em relação à condição da mulher após retirar o útero.

Quanto aos sentimentos manifestados pelas mulheres após a histerectomia, o mais referenciado foi o “Vazio”, com 12 unidades de registo.

Monterrosa-Castro et al. (2018), no seu estudo, também verificaram que, após a realização da histerectomia, algumas mulheres relataram agravamento da qualidade de vida, sobretudo devido à insatisfação com a sexualidade, baixo ou inexistente desejo sexual e diminuição do bem-estar, com relatos de sentimentos de medo, vazio

e revolta. Anjaneyulu et al. (2016) referem que as vivências das mulheres após a histerectomia são únicas, com algumas mulheres a ajustarem-se melhor às transformações que o seu corpo atravessa, enquanto outras experienciam uma série de emoções negativas, como a mutilação de uma parte do seu corpo, sentindo-se ocas, vazias, particularmente aquelas com vida sexualmente ativa, resultando em tristeza, intenso sofrimento interior e em estados depressivos. De igual modo, Mendonça et al. (2011), num estudo com mulheres submetidas a histerectomia, constaram que a remoção do útero para algumas mulheres significa perder um “pedaço importante de si”, uma vez que se trata do órgão característico da identidade feminina. A histerectomia implica “a ausência da sua liberdade de expressão social”. As mulheres percebem-se como “vazias”, resultando em baixa autoestima, medo, revolta e sentimento de perda. Estes resultados são corroborados por Freitas et (2016), cujo estudo documenta que as vivências e sentimentos de algumas mulheres submetidas a histerectomia são de revolta, medo, tristeza, vazio, enquanto outras encaram a histerectomia como um alívio e com a esperança de resolução do seu problema, o que foi demonstrado no presente estudo.

Ser histerectomizada pode ser traumático, porque, para a maioria das mulheres, o útero é um órgão simbólico da sua feminilidade. Como tal, muitas mulheres revelam uma autoestima e a imagem corporal radicalmente afetada. Muitas mulheres com histerectomia experimentam stresse psicológico e físico significativo, como receio do efeito da mesma no seu relacionamento com o companheiro, na sua atratividade e feminilidade, com algumas a vivenciar depressão por causa da sensação de perda (Cheung, Callaghan & Chang, s.d.). A corroborar, Coody, Stutzman e Abraham (2017, p. 2) referem que a histerectomia pode ter grandes impactos físicos, emocionais, sexuais para as mulheres.

CONCLUSÃO

“Quanto aquilo que tinha [útero e ovário], era meu, era meu. Isso [de ficar sem eles] faz doer um bocadinho, só quem passa por isso [histerectomia] é que consegue explicar, consegue dizer o que é isso” (E7).

“Sinto que retirei aquilo que eu tinha, que Deus me deu e agora não tenho” (E1)

Cada mulher é singular e, como tal, as suas vivências face à histerectomia também são singulares. O útero compreende uma parte importante da autoimagem da mulher e a sua perda significa a privação do senso de feminilidade, o que pode despoletar uma miríade de sentimentos. Neste sentido, os enfermeiros têm uma importante participação no cuidado e na orientação destas mulheres, para além de as informarem e tranquilizarem, tendo como principal objetivo a minimização do seu sofrimento psicológico. Para tal, é fundamental uma assistência diferenciada e individualizada, reconhecendo as suas necessidades de uma forma holística, para que possam ajudar as mulheres a adaptarem-se à sua nova condição de mulher, o mais positivamente possível.

Os resultados, recolhidos de forma subjetiva e empírica, resultaram nas seguintes conclusões mais significativas deste estudo:

- As atitudes da mulher face à condição de histerectomia foram: alterar a alimentação, não se dar bem com a terapêutica hormonal de substituição, passar a ter uma vida normal, não divulgar aos companheiros, procurar ter uma atitude positiva e resignar-se com a situação;

- Atitudes dos enfermeiros consideradas pelas mulheres como cuidados individualizados consistiram em ajudar a ultrapassar, serem espetaculares, impecáveis e trataram-me bem as mulheres;

- Atitudes dos profissionais de saúde consideradas pelas mulheres como negligentes: a médica deixou arrastar a situação, a médica não se interessou, o enfermeiro não me apoiou, o enfermeiro não me colocou à vontade, o enfermeiro não me orientou, o enfermeiro não se preocupou comigo, o enfermeiro só fez o curativo, os profissionais de saúde não explicam, os profissionais de saúde não se articulam com os profissionais de saúde do hospital, os profissionais de saúde não se preocupavam com a situação;

- As mulheres referenciam vários desconfortos após a histerectomia, nomeadamente: afrontamentos, alteração da imagem corporal, dor na relação sexual, engordar, entrar na menopausa e secura vaginal;

- As expectativas da mulher face à histerectomia consistiram em deixar de ter problemas, manter uma atitude de esperança, melhorar e voltar a ser a mulher que era;

- Os fatores que interferem na vivência da sexualidade, segundo as mulheres, foram: ausência de prazer no ato sexual, compreensão por parte do companheiro, maior desejo sexual, manter a atividade sexual, menor desejo sexual, sentir-se menos mulher e sentir-se usada pelo companheiro;

- Foram vários os motivos apresentados pelas mulheres para a histerectomia, nomeadamente: anemia, cancro, dor, hemorragias, prolapso uterino, quistos nos ovários, risco de cancro, sofrimento e tumores;

- As mulheres entrevistadas relataram um misto de sentimentos face à histerectomia, traduzindo-se, antes da cirurgia, em sentimentos de confiança na médica particular, desânimo, insegurança no médico de família e medo, e após a mesma, revelaram alguns sentimentos positivos, tais como: alívio, bem-estar, tranquilidade, mas maioritariamente sentimentos negativos, como: desalento, frustração, perda, revolta, sofrimento inexplicável, tristeza, vazio e vergonha.

Com a realização deste trabalho de investigação desenvolvemos seriamente uma consciência individual para esta e outras problemáticas. Apesar do enorme trabalho associado, o gosto pela desocultação dos diferentes significados que cada mulher atribuiu à sua condição, foi uma chama constante que nos guiou neste caminho. Questionamo-nos agora sobre quais as implicações destes resultados para a prática clínica. O que fazer a partir daqui?

A primeira ação que se impõe será a de desenvolver ações de formação em serviço no sentido de comunicar estes resultados aos envolvidos na prática de cuidar; dar-lhes oportunidade de refletir nas mudanças que se impõem nos cuidados a oferecer a outras mulheres que vivenciem esta e outras situações.

Esta formação profissional levará por certo, todos e cada um, à tomada de consciência de si e dos outros.

No imediato, pretendemos igualmente divulgar esta investigação, nomeadamente através da submissão de um resumo e de um artigo em congresso

internacional, de modo a permitir a tomada de consciência profissional a que cada um de nós está ética e moralmente obrigado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvaro, M.-C., & Angelica, M.-B. (2017). Sexual Dysfunction and Quality of Life in Colombian Hysterectomized Women. *Perceptions in Reproductive Medicine*, 1(3), 2-3. PRM.000513. 2017. DOI: 10.31031/PRM.2017.01.000513
- Anjaneyulu, G., Kumar, M., Deepika, P., Alekhya, & Harika (2016). The profile of hysterectomized women from an urban slum of Hyderabad, Telangana state, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health* Anjaneyulu G et al. *Int J Community Med Public Health*; 3(9), 2633-2636. Acedido em <http://www.ijcmph.com>
- Azevedo, B.Z.K., Santos, G.G., Ruzon, U.D., & Azevedo, E.M.M. (2010). Avaliação das hysterectomias abdominais e vaginais e a necessidade do uso de sangue alogênico e suas alternativas. *Anais do XIX EAIC – 28 a 30 de outubro de 2010*, UNICENTRO, Guarapuava –PR. Acedido em <https://anais.unicentro.br/xixeaic/pdf/489.pdf>
- Barbosa, A.R.S., Santos, A.N., & Rodrigues, T.S. (2018). Experiência de mulheres que realizaram hysterectomia: revisão integrativa. *Rev. UNINGÁ*, Maringá, v. 55, 2, 227-241.
- Barbosa, A.R.S., Santos, A.N., & Rodrigues, T.S. (2018). Experiência de mulheres que realizaram hysterectomia: revisão integrativa. *Rev. UNINGÁ*, Maringá, v. 55, 2, 227-241. ISSN 2318-0579
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bossick, A.S., Sangha, R., Olden, H., Alexander, G.L., & Wegienka, G. (2018). Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, vol. 5, 2, 167-175. Acedido em <https://digitalrepository.aurorahealthcare.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1581&context=jpcrr>
- Caçador, V.M.C. da (2013). *Funcionamento sexual e qualidade de vida em mulheres submetidas a hysterectomia*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9615/1/686610_Tese.pdf

- Cardoso, B.C., Cardoso, C.R., & Fernandes, I.F. (2017). Perfil de Mulheres Submetidas a Histerectomia e Influência da Deambulação na Alta Hospitalar. *Pleiade*, 11(21), 17-24, Jan./Jun., 2017.
- Carvalho, H.C.M., & Lemos, M.F. (2017). AS consequências da histerectomia na sexualidade feminina. *Perspectivas em Psicologia*, Uberlândia, vol. 21, 1, 209-224. ISSN 2237-6917.
- Cavaco, V. & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de Turno em Enfermagem: uma reflexão. *Sinais Vitais*, 13–18. Acedido em https://www.academia.edu/10982065/PASSAGEM_DE_TURNO_EM_ENFERMAGEM_uma_reflexão
- Cheung, L.H., Callaghan, P., & Chang, A.M. (s.d). A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. Acedido em <https://core.ac.uk/download/pdf/10872760.pdf>
- Coody, L.C., Stutzman, H., & Abraham, S. (2017). A case for evidence based patient education: Differences in short term and long term patient outcomes for total vs. subtotal hysterectomy using a systematic review of literature. *Cogent Psychology*, 4, 1-9. Acedido em <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/23311908.2017.1304017?needAccess=true>
- Costa, J.R.C.C. (2015). Tipos e vias de abordagem cirurgica da histerectomia e sua relacao com lesao do sistema urinario. *Rev Acta ObstetGinecolPort*, Sao Paulo, v. 6, 1, 2-4. Acedido em <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/83719/2/131321.pdf>.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2ª ed.). Lincoln: University of Nebraska.
- Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª série - N.º 162-23 de agosto de 2017. Portugal. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/108041480>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da...de.../por-serie-880762-pdf.aspx?..>

- Errasti-Ibarrondo, B.E., Díez-Del-Corral, M.P., Jordán, J.A., & Arantzamendi, M. (2019). van Manen's phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? *Nursing Inquiry*, 26, 2-10. DOI: 10.1111/nin.12259.
- Fernandes, A.F., Nicolau, A.I., Vasconcelos, C., Alves, P., Pinheiro, A.K., Sawada, N., Galvão, C.M., & Moreira C. (2014). Consequences of Different Hysterectomy Techniques in Sexual Behavior – A Systematic Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4: 333-341.
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, B.F., Gomes, N.P., Campos, L.M., Estrela, F.M., Cordeiro, K.C.C., & Santos, R.M. (2016). Complicações pós-cirúrgicas da histerectomia: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador; v. 30, 2, 1-11.
- Gante, I., Borges, C.M., & Águas, F. (2017). Hysterectomies in Portugal (2000-2014): What has changed? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.; 208: 97-102.
- Gercek, E., Dal, N.A., Dag, H., & Senveli, S. (2016). The information requirements and self-perceptions of Turkish women undergoing hysterectomy. *Pak J Med Sci*.; Vol. 32, 1, 165-170. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795860/pdf/PJMS-32-165.pdf>
- Gomes M.I., & Romanek M.R.A.F. (2013). Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida à histerectomia. *Revista Recien*.; 3(8), 18-24. Acedido em <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/53/151>
- Gomes, I.M., & Romanek, F.A.R.M. (2013). Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida à histerectomia. *São Paulo: Revista Recien*.; 3(8), 18-24. Acedido em <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/53/151>
- Greer, W. J., Richter, H. E., Wheeler, T. L., Varner, R. E., Szychowski, J. M., Kuppermann, M., & Learman, L. A. (2010). Long-term outcomes of the total or supracervical hysterectomy trial. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 16, 49–57. doi:10.1097/SPV.0b013e3181cec343
- Husserl, E. (2000). *A ideia de fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Johnston, C. M., Wallis, M., Oprescu, F. I., & Gray, M. (2017). Methodological considerations related to nurse researchers using their own experience of a phenomenon within phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 574–584. Acedido em <https://doi.org/10.1111>

- Loureiro, L.M. J. (2002). Orientações teóricas – metodológicas para a aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem. *Revista referência* (8), 5-16.
- Mendonça, L.F., Souza, B.G.S., Wagner, F.G., Wagner, G., Lacerda, D.K., & Reis, D. (2011). Histerectomia: um estudo epidemiológico no município de Aragarças – GO. *Interdisciplinar: Rev eletrôn Univar*, 7, 83-6. Acedido em <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/1463>.
- Merighi, M.A.B., Oliveira, D.M. de, Jesus, M.C.P. de, Hoga, L.A.K., & Pedroso, A.G.O. de (2012). Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2012 Jul-Set; 21(3), 608-15. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a16.pdf>
- Monterrosa-Castro, A., Monterrosa-Blanco, A., & Beltrán-Barrios, T. (2018). Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women. *Sleep Sci.*; 11(2), 99-105. DOI: 10.5935/1984-0063.20180019
- Nunes, M.P.R.S. (2008). *Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande. Acedido em <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2851/marianunes.pdf?sequence=1>
- Nunes, M.P.R.S., Gomes, V.L.O., Padilha, M.I., Gomes, G.C., & Fonseca, A.D. (2009). Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. *Escola ANNA Nery Revista de Enfermagem*. 13 (3), 574-581. Acedido em http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=462 12-04-2016, 15:00.
- Pardini, D. (2014). Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 58(2), 172-181. Acedido em <https://doi.org/10.1590/0004-2730000003044>
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Queiroz, A.A. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN: 978-972-8930-38-7.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redação de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura funções e utilização na*

- investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde. ISBN 972-8485-54-9.
- Real, A.A., Cabeleira, M.E.P., Nascimento, J.R. et al. (2012). Os efeitos da hysterectomia sobre a sexualidade feminina. *Saúde* (Santa Maria), v. 38, 2, 123-130. ISSN 22365834
- Real, A.A., Cabeleira, M.E.P., Nascimento, J.R., Braz, M.M., & Pivetta, H.M.F. (2012). Os efeitos da hysterectomia sobre a sexualidade feminina. *Saúde* (Santa maria). 38(2): 123-130.
- Santana, S.C.G., Melo, E.C.G.S., & Carvalho, R.C.A.F. (2019). Os efeitos da hysterectomia sobre o aumento de peso na mulher. *Saúde*. Acedido em <http://portal.estacio.br/media/3731490/os-efeitos-da-hysterectomia-sobre-o-aumento-de-peso-na-mulher.pdf>
- Santos, J.L.C., Cirqueira, R.P., Albuquerque, L.S., Rodrigues, T.S., & Ferreira, J.B. (2017). Função Sexual e Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas à Hysterectomia. *Rev. Mult. Psic.*, V.11, 39, 179-191. Acedido em <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/986/1412>
- Silva, C. M. C., Santos, I. M. M., & Vargens, O. C. A (2010). Repercussão da hysterectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 14 (1), 76-82. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a12>
- Silva, C.M.C., & Vargens, O.M.C. (2016). A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 24, 2-8.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2017). Consenso Nacional sobre Miomas Uterinos. Capítulo 3, 35-39. Acedido em www.spginecologia.pt/uploads/Consensos-sobre-miomas-2017-165x220-V12.pdf.
- Sousa, M.F.A. (2018). *Experiência vivida dos adolescentes com cardiopatia congénita: uma abordagem fenomenológica*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://www.ulisboa.pt/prova-academica/experiencia-vivida-dos-adolescentes-com-cardiopatia-congenita-uma-abordagem>.
- Sousa, P.A.F. de, Frade, M.H.L.C., & Mendonca, D.M.M.V. de. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de

- saúde: estudo delphi. *Acta paul. enferm.*; 18(4), 368-381. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- Teixeira, M.R., & Batista, E.C. (2016). Vivências Cotidianas da Mulher Histerectomizada: Narrativas e Contextos. *Rev Enfermagem e Saúde Coletiva*. v. 1, 2, p. 91, Faculdade São Paulo – FSP.
- Tennant, I., Augier, R., Sykes, A.C., Boothe, D.F., Aitken, N.M., Jones, K., Strachan, G.G., & Goldson, H.H. (2012). Complicações pósoperatórias menores relacionadas à anestesia em pacientes de cirurgias eletivas ginecológicas e ortopédicas em um hospital universitário de Kingston – Jamaica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*; 62(2), 188-198. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000200005&script=sci_abstract&lng=pt
- Tranquada, M. (2013). *A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português*. (Dissertação de Mestrado). ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE>
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. NY: SUNY Press.
- Van Manen, M. (2002). Care: as worry, or "Don't worry, be happy". *Qualitative Health Research*, 12(2), 262-278. doi: 10.1177/104973202129119784.
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Van Manen, M. (2015). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*, 2nd ed. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Van Manen, M. (2017). But is it phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27(6), 775–779. Acedido em <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>
- Vilar, A.S.E., & Silva, L.R. (2010). História de vidas de mulheres submetidas à histerectomia. *Cienc Cuid Saúde*; 9(3), 479-486. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.8491. Acedido em

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8491/6639>

Weber, L.A.F., Lima, M.A.D.S., Acosta, A.M., & Maques, G.Q. (2017). Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.*; (22)3, e47615. Acedido em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615>

WHO. (2014). *Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf

Anexo 1 – Guião das Entrevistas

Guião das Entrevistas

I – DADOS DA ENTREVISTA

Local:

Dia:

Hora:

Duração da Entrevista:

II – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Nacionalidade:

2. Idade:

3. Estado Civil:

Solteira Divorciada Viúva Casada Outra

4. Habilitações Literárias:

<input type="checkbox"/> Inferior ou igual a 4 anos	<input type="checkbox"/> Bacharelato
<input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 anos	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Entre 7 e 9 anos	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Entre 10 e 12 anos	<input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> Curso técnico-profissional	<input type="checkbox"/> Outra

5. Qual é a sua formação profissional? _____

6. Qual é a sua profissão atual? _____

7. Qual é a sua situação profissional atual?

Empregada Desempregada

Guião das Entrevistas

Vivências e Expectativas das Mulheres submetidas a Histerectomia

O que é significativa para si a Histerectomia?

Qual o motivo pelo qual foi submetida a Histerectomia?

O que sentiu quando foi submetida a histerectomia?

Que expectativas tinha antes da Histerectomia?

Que expectativas tem atualmente?

O que mudou na sua vida após a Histerectomia?

Qual foi a atitude dos enfermeiros perante a sua vivência deste processo?

Anexo 2 – Consentimento Informado

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Vivências e Expetativas das Mulheres Submetidas a Histerectomia

Enquadramento: O presente estudo irá ser realizado numa UCSP do ACES Douro Sul no âmbito de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de saúde de Viseu sob a orientação da Professora Doutora Emília Coutinho.

Explicação do estudo: Cada entrevista será gravada e irá decorrer em ambiente informal e calmo durante 30 minutos. Cada mulher entrevistada será estimulada a relatar livremente as suas experiências bem como as expetativas e terminará quando esta tiver demonstrado que já esgotou a sua descrição. O tempo previsto para a recolha de dados em entrevista será de dois meses. O conteúdo de cada entrevista será transcrito integralmente, de modo a manter o máximo de fidelidade das descrições vivenciais. A destruição das gravações será efetuada um mês após a defesa da tese.

Condições e financiamento: Não há qualquer pagamento de deslocações ou contrapartidas. O estudo irá ser financiado na totalidade pela investigadora. A participação no estudo é de carácter voluntário, não irei receber qualquer benefício direto com a minha participação e tenho direito a não querer participar. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

Confidencialidade e anonimato: A confidencialidade e o uso exclusivo de dados recolhidos para o presente estudo está garantida. A identificação dos participantes nunca será tornada pública e todos os contatos irão ser feitos em ambiente de privacidade.

Grata pela vossa colaboração

Ana Amaral - 966927128

(Enfermeira da UCSP em estudo)

Assinatura/s:

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

1

http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

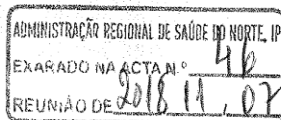
Anexo 3 – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA : 26.10.2018
Nº <Processo> <Registo>

PARA : Conselho Diretivo da ARS Norte

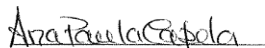
DE : Comissão de Ética para a Saúde

ASSUNTO ...: Parecer nº 129/2018





Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 129/2018 sobre o Estudo "As vivências e as expectativas das mulheres submetidas a histerectomia", aprovado na reunião de 2 de outubro de 2018, por unanimidade.

À consideração superior



Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

DELIBERADO CONCORDAR
7.11.2018


Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.


Rita Moreira
Vice-Presidente do CD


Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.


Paula Duarte
Vogal do CD



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 129/2018

Sobre o estudo T953 – “As vivências e as expectativas das mulheres submetidas a histerectomia”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, pela investigadora Ana Sofia Amaral, enfermeira no ACES Douro Sul, UCSP S. João da Pesqueira, onde pretende implementar o estudo e mestranda do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, sob orientação da Professora Doutora Emília Coutinho.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento, projeto com cronograma e orçamento; curriculum vitae da investigadora; consentimento informado, livre e esclarecido; guião da entrevista; autorização do coordenador da UCSP São João da Pesqueira e da Diretora Executiva do ACES Douro II – Douro Sul; declaração de compromisso de confidencialidade dos dados e sua utilização apenas neste estudo e declaração de compromisso de entrega do relatório final a esta CES.

1. O principal objetivo deste estudo é compreender as vivências e as expectativas de mulheres submetidas a histerectomia que residem no concelho de São João da Pesqueira.
2. A população é constituída por mulheres submetidas a histerectomia inscritas na referida UCSP.
3. A recolha de dados será efetuada por uma entrevista semiestruturada, com guião de apoio. Terá 2 partes; a primeira visa a caracterização das mulheres em estudo e a segunda parte é constituída por perguntas abertas. Cada entrevista será gravada e decorrerá em ambiente informal e calmo durante 30 minutos. Cada mulher será estimulada a relatar livremente as suas experiências bem como as expectativas. A destruição das gravações será efetuada um mês após a defesa da tese.
4. Será obtido o Consentimento Informado, livre e esclarecido de todas as participantes.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se importância e pertinência ao projeto;
2. Está garantido o respeito pelas participantes em todas as fases do estudo, garantindo a confidencialidade dos seus dados.




3. Trata-se de um estudo sem procedimentos invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos na sua vida quotidiana;
4. Está garantido o Consentimento informado, livre e esclarecido pelos participantes.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à realização deste estudo.

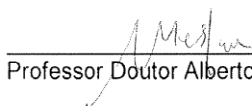
Aprovado na reunião de 2 de outubro de 2018, por unanimidade.

P^l O relator,



Mestre Maria Alzira Morais

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

