

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MARCELA OLIVEIRA SOUZA RIBEIRO

**DESVELANDO O SER-MULHER-QUE-VIVENCIA-O-PRÉ-
OPERATÓRIO-DE-HISTERECTOMIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O
CUIDADO EM SAÚDE**

**Juiz de Fora
2018**

MARCELA OLIVEIRA SOUZA RIBEIRO

**DESVELANDO O SER-MULHER-QUE-VIVENCIA-O-PRÉ-
OPERATÓRIO-DE-HISTERECTOMIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O
CUIDADO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem, linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Anna Maria de Oliveira Salimena

**Juiz de Fora
2018**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ribeiro, Marcela Oliveira Souza.

Desvelando o ser-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de histerectomia: contribuições para o cuidado em saúde / Marcela Oliveira Souza Ribeiro. -- 2018.

82 f. : il.

Orientadora: Anna Maria de Oliveira Salimena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Saúde da Mulher. 2. Histerectomia. 3. Assistência de Enfermagem. 4. Pesquisa Qualitativa. I. Salimena, Anna Maria de Oliveira, orient. II. Título.



MARCELA OLIVEIRA SOUZA RIBEIRO

**“DESVELANDO O SER-MULHER-QUE-VIVENCIA-O PRÉ-
OPERATÓRIO DE-HISTERECTOMIA: COMPRIBUIÇÕES PARA O
CUIDADO EM SAÚDE”**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 18 / 07 / 2018

Prof^ª. Dr^ª. Anna Maria de Oliveira Salimena
Universidade Federal de Juiz de Fora
(Orientadora)

x

Prof^º. Dr^º. Octavio Muniz da Costa Vargens
Universidade Estadual do Rio de Janeiro
1^º Avaliador

Prof^ª. Dr^ª. Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva
Universidade Federal Viçosa
2^a Avaliadora

Prof^ª. Dr^ª. Thais Vasconcelos Amorim
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
Suplente

Dedicatória

Dedico esse trabalho à minha mãe, meu exemplo. Gratidão a Deus por ser sua filha. Obrigada por ser-mãe-amiga e por me ensinar tudo o que sei sobre amor, cuidado, honestidade, determinação e responsabilidade.

Obrigada por ser-comigo-em-todos-os-momentos.

Essa vitória não é minha, é nossa!

AGRADECIMENTO

Palavras com certeza são insuficientes para demonstrar tamanha alegria e gratidão na conclusão desse momento.

Sou grata a Deus, Pai bondoso e generoso, que me sustentou (e me sustenta) nessa linda, e nem por isso fácil, caminhada. Obrigada meu Deus pelo auxílio em todos os momentos, por ser força propulsora em minha vida.

Agradeço a Jesus, Espírito de Luz, por ser fonte de inspiração diária em meu crescimento.

Agradeço aos Espíritos amigos por me auxiliarem nessa trajetória.

Agradeço ao meu marido por ser-comigo durante todo esse momento acadêmico. Obrigada por nunca me deixar desistir, pelos incentivos, inclusive nos momentos de desânimo. Obrigada por entender minhas ausências, pela paciência, cumplicidade e amor.

Agradeço à minha irmã, presente maravilhoso de Deus na minha vida, por ser minha fonte de alegria, minha amiga, companheira e por despertar em mim o desejo de ser melhor para que eu seja exemplo.

Agradeço à minha mãe, por saber que eu era capaz, quando eu ainda não sabia, por acreditar sempre que eu posso ser melhor, por incentivar meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada pelo exemplo de cuidado, determinação e força.

Agradeço ao meu pai por todos os ensinamentos. Por me ensinar, através de seus exemplos, sobre fé, generosidade, resignação e coragem. Obrigada por tornar a vida mais leve e doce, pela alegria, tranquilidade e confiança que você transmite.

Aos meus familiares, tios e tias, primos e primas, sogra e sogro, em especial ao meu avô, Jéus e minha avó, Therezinha (*in memorian*) por serem presença constante em minha vida e por torcerem por mim.

À minha querida orientadora, Professora Doutora Anna Maria de Oliveira Salimena, por ser-comigo desde a graduação, por ter sempre uma palavra de carinho, cuidado e incentivo. Obrigada por com-partilhar comigo tantos ensinamentos, profissionais e pessoais. Essa trajetória acadêmica não seria a mesma sem você.

À minha amiga Naty, que com-partilhou comigo todas as alegrias e dificuldades desse momento, que em seu modo de ser-com, trouxe leveza, delicadeza e companheirismo.

Aos amigos de turma, que na con-vivência cotidiana foram co-presenças nessa caminhada, em especial às amigas Sylvinha, Camila Vasconcelos e Talita.

Aos amigos da fenomenologia, Maggie, Guilherme e Camila Ramos, por compartilharem comigo a caminhada rumo ao saber Heideggeriano.

À todos os amigos queridos, cada um em seu modo de ser-com, que, sempre com palavras de incentivo, torceram por mim.

Ao Coronel Gregório, coordenador do Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM), que me permitiu alterar tantos horários de trabalho devido ao cronograma de aulas.

Aos professores Zuleyce Maria Lessa Pacheco, Thais Vasconcelos Amorim, Maria Carmen Simões Cardoso de Melo, Octavio Muniz da Costa Vargens e Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva pelas excelentes contribuições que possibilitaram o desenvolvimento desse trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem-Mestrado em Enfermagem da UFJF pelos ensinamentos acadêmicos que auxiliaram no meu desenvolvimento profissional.

Às secretárias do mestrado Elisângela, Ana Cristina e Wanessa pelo carinho, disponibilidade e por estarem sempre prontas a ajudar.

Às depoentes que foram essenciais ao desenvolvimento desse estudo, por confiarem parte de seu mundo-vida a mim.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse sonho, o meu muito obrigada.

*“Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz doces.
Recomeça”.*

Cora Coralina

RESUMO

A histerectomia representa o procedimento cirúrgico ginecológico não obstétrico mais realizado nos países desenvolvidos. As alterações corporais resultam em consequências psicoemocionais, logo a retirada do útero causa mudanças na autoestima, autoimagem e em conceitos que envolvem o ser mulher. A fase pré-operatória é momento fundamental do auxílio à paciente, visando compreender o preparo do processo cirúrgico, o ato cirúrgico propriamente dito e o momento pós-operatório, com suas restrições e cuidados necessários ao reestabelecimento de sua saúde. Objetivou-se compreender os significados e desvelar os sentidos do ser mulher que vivencia o pré-operatório de histerectomia. Estudo de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica, pautada no referencial teórico, filosófico e metodológico de Martin Heidegger. As participantes do estudo foram quatorze mulheres em pré-operatório de histerectomia. A análise foi possível após a transcrição na íntegra, leitura e sucessivas releituras das entrevistas a fim de captar as estruturas essenciais, possibilitando a identificação das Unidades de Significação: aceitar fazer a cirurgia; sofrer com a menstruação desregulada, sangramentos, dores, cólicas e passar por exames; vivenciar ansiedade, preocupação, nervosismo, insegurança, tristeza e medo; sentir-se aliviada e acreditar que a cirurgia trará melhora; apoiar-se em Deus e sentir-se bem cuidada no hospital. Foi construída a Análise Compreensiva e, após emergir o fio condutor da hermenêutica, a Análise Interpretativa. Na facticidade, o ser-mulher-em-pré-operatório-de-histerectomia, foi acometido pela patologia uterina que levou à necessidade da cirurgia. Na cotidianidade as mulheres vivenciaram períodos de sangramentos intensos e dores que impactaram em seu ser-no-mundo, limitando-a no mundo público e circundante, desvelando-se na inautenticidade e na impessoalidade. Sua compreensão do momento cirúrgico desvelou-se por meio do falatório, curiosidade e ambiguidade. Decaiu ao transferir a segurança da cirurgia para a equipe de saúde e sua possibilidade de cura para Deus. No mundo com-partilhado, sendo-no-mundo-com-a-família, vivenciou o pavor, horror e terror. Desvelar os sentidos do ser-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de-histerectomia possibilitou enfatizar o papel fundamental da equipe de saúde, que recorre à visita pré-operatória como um instrumento importante para a relação enfermeiro-paciente, momento de orientações e escuta, que propicia o entendimento de suas necessidades e auxilia no planejamento e elaboração de um plano de ação voltado às suas especificidades. É fundamental que os serviços acolham o ser-mulher e não apenas o ente. Que os profissionais pausem a mecanicidade em que executam seus trabalhos e compreendam o ser-mulher em sua dimensão existencial.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Histerectomia. Assistência de Enfermagem. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Hysterectomy represents the most frequently non-obstetrical gynecological surgical procedure in developed countries. The body changes result in psychoemotional consequences, so the removal of the uterus causes changes in self-esteem, self-image and concepts that involve being woman. The preoperative phase is a fundamental moment of patient assistance, aiming to understand the preparation of the surgical process, the surgical act itself and the postoperative moment with its restrictions and necessary care to the reestablishment of her health. The objective was to understand the meanings and unveil the senses of being a woman that experience the hysterectomy's preoperative. Research of a qualitative nature with a phenomenological approach, based on the theoretical, philosophical and methodological reference of Martin Heidegger. The participants of the research were fourteen women in hysterectomy's preoperative. The analysis was possible after the transcript in full, reading and successive re-reading of the interviews in order to identify the essential structures, making possible the identification of Units of Significance: to accept to do the surgery; suffer with deregulated menstruation, bleeding, pain, cramps and to do exams; to experience anxiety, worries, nervousness, insecurity, sadness and fear; to feel relieved and believe that the surgery will bring improvement; support herself in God and feel well care in the hospital. The Comprehensive Analysis was constructed and, after emerge the guiding thread of hermeneutics, the Interpretive Analysis. In the facticity, the being-woman-in-preoperative-of-hysterectomy was affected by the uterine pathology that caused to the necessity of surgery. Everyday women experienced periods of intense bleeding and pain that impacted their being-in-world, limiting in the public world and surrounding, unveiling in inauthenticity and impersonality. Her understanding of the surgical moment was unveiled through talk, curiosity and ambiguity. She decayed while transferring the safety of surgery to the the health team and her possibility of cure to God. In the shared world, being-in-the-world-with-the-family, she experienced the dread, horror and terror. Unveil the senses of being-woman-in- hysterectomy's-preoperative made it possible to emphasize the fundamental role of health team, which uses the preoperative visit as an important instrument for the nurse-patient relationship, moment of orientation and listening, which propitiates the understanding of their needs and assists in the planning and elaboration of an action plan focused on their specificities. It's fundamental that services welcome the being-woman and not just the body. That the professionals pause the mechanicity in which they perform their works and understand the being-woman in her existential dimension.

Keywords: Women's Health. Hysterectomy. Nursing Care. Qualitative Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	11
1.2 OBJETIVO DO ESTUDO	16
2 SOLO DE TRADIÇÃO	17
2.1 O CONTEXTO POLÍTICO DE SAÚDE DA MULHER	17
2.2 HISTERECTOMIA: O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, SUAS INDICAÇÕES E AS TÉCNICAS UTILIZADAS	20
2.3 SIGNIFICADOS DA HISTERECTOMIA E SUAS REPERCUSSÕES FÍSICAS E EMOCIONAIS	23
2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO PRÉ-OPERATÓRIO DE HISTERECTOMIA	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO	34
3.1 O FILÓSOFO MARTIN HEIDEGGER	35
4 CAMINHOS DO ESTUDO	39
4.1 CENÁRIO	39
4.2 AS DEPOENTES E ASPECTOS ÉTICOS	41
4.3 MOVIMENTOS DA ETAPA DE CAMPO	42
4.4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	43
5 ANÁLISE COMPREENSIVA	45
5.1 HISTORIOGRAFIA	45
5.2 HISTORICIDADE	47
5.3 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	50
5.4 COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA	57
5.5 FIO CONDUTOR	60

6 ANÁLISE INTERPRETATIVA	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE- ROTEIRO PARA O ENCONTRO FENOMENOLÓGICO	77
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	78
ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A saúde da mulher sempre foi um tema que me despertou bastante interesse. Durante a Graduação em Enfermagem, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, a disciplina de Saúde da Mulher trazia-me encantamento. É muito importante para mim, como mulher e também como enfermeira que cuida de mulheres, compreender biologicamente as particularidades do sexo feminino, tais como a fisiologia feminina, as variações hormonais e as patologias. O estudo da evolução da mulher ao longo da história, a criação das políticas de saúde e a progressão da conquista feminina foram motivadores do estudo.

Entretanto, mais instigante ainda foi o interesse nas discussões que envolviam o “ser mulher”, aquela que, em meus pressupostos, é trabalhadora, estudante, mãe, esposa, “ser” forte, que vence limitações e fragilidades e é, muitas vezes, o alicerce da família. Mostrou-se importante o olhar atento a mulher como ser sócio-político, singular, em cada momento do ciclo da vida.

Ainda durante a graduação senti a necessidade de conhecer mais de perto a mulher através da pesquisa. Realizei meu Trabalho de Conclusão de Curso com o estudo sobre “O cotidiano da mulher em hemodiálise” a fim de conhecer sua vivência e sua superação diária como mulher nesse cenário que nos apresenta a Terapia Renal Substitutiva. Aquela que se compromete três dias na semana, por um turno do dia, seja manhã ou tarde, a estar em tratamento dialítico, articulando com seus outros afazeres diários, como o trabalho, o cuidado doméstico e aos filhos, convivendo com as debilidades fisiológicas e desgaste emocional que o pós tratamento pode causar e que consegue seguir em frente buscando apoiar-se em Deus, na família e nos profissionais de saúde (SALIMENA et al., 2016).

Nessa mesma época, também fui seduzida pelos conteúdos a respeito de Centro Cirúrgico (CC). Foi um dos temas pelos quais me apaixonei e tive o privilégio de desfrutar do feliz acaso de ser enfermeira de Unidade Cirúrgica durante um ano no meu primeiro emprego. Identifiquei-me com a dinâmica de trabalho e suas especificidades. Fazia-se empolgante a oportunidade de tamanho aprendizado com a vasta diversidade de tecnologia e conhecimento de tantas especialidades ali presentes, além da possibilidade de relacionamento com profissionais de variados campos de atuação e também com tantos pacientes. A experiência diária naquele ambiente suscitou inquietações a respeito de como as pacientes sentiam-se no

momento pré-operatório, em que sabiam que seriam encaminhadas ao ambiente cirúrgico. Essas inquietações persistem até os dias de hoje.

Com a vivência hospitalar surgiram inquietações relativas ao universo cirúrgico ao perceber nas mulheres a presença de sentimentos de angústia, insegurança e medo durante o período pré-operatório. Ao conviver com essa realidade afligiu-me o grande número de mulheres que realizam a histerectomia, e que, em sua maioria, vivenciam ansiosas o pré-operatório, vivendo o conflito da necessidade cirúrgica com a mutilação de um órgão com tanto significado, relacionado a sua sexualidade, e que representa o fim da possibilidade reprodutiva.

No contato com algumas dessas mulheres percebi o quão impactante representava a hospitalização e o tratamento ginecológico cirúrgico, que por um lado representava a resolução de um problema biológico, mas por outro lado trazia uma série de questionamentos psicoemocionais sobre a condição de ser mulher, permeando todas as fases cirúrgicas.

Pesquisa apresentada pelo Ministério da Saúde no DATASUS, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013, evidencia a porcentagem de mulheres que realizaram histerectomia, conforme apresenta a Tabela 1:

Tabela 1: Porcentagem de mulheres que fizeram histerectomia segundo Região

Região	%Mulheres_fizeram_histerectomia	Informações Estatísticas
1 Região Norte	4,8	IC=(4,0-5,7) CV=9,1%
2 Região Nordeste	8,2	IC=(7,3-9,1) CV=5,5%
3 Região Sudeste	7,7	IC=(6,7-8,7) CV=6,6%
4 Região Sul	7,3	IC=(6,2-8,3) CV=7,2%
5 Região Centro-Oeste	9,1	IC=(8,0-10,2) CV=6,1%
Total	7,7	IC=(7,1-8,2) CV=3,5%

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

Legenda:

IC95%- Intervalo de Confiança ($\alpha=0.05$), levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

CV- Coeficiente de variação

De acordo com a pesquisa realizada pelo IBGE 7,7% das mulheres pesquisadas em todo o Brasil realizaram histerectomia, evidenciando-se o Centro-Oeste como o local com maior quantidade de mulheres que retiraram o útero, representando 8,2% do total de mulheres da

região. Em seguida observamos o Nordeste seguido da região Sudeste. A evidência desse número expressivo encontrado no país reforça a necessidade do nosso olhar sobre esse grupo de mulheres que necessitam serem assistidas com qualidade.

As alterações corporais refletem diretamente no indivíduo, logo a perda do útero causa mudanças na autoestima, autoimagem e em conceitos que trazem a sensação de ser mulher (SILVA; VARGENS, 2016). A histerectomia corresponde a um procedimento cirúrgico irreversível repleto de simbolismos, baseados em crenças e valores relacionados ao universo feminino, a sexualidade e a relação conjugal. Estudos relatam que algumas mulheres manifestam o sentimento de se sentirem vazias, “ocas” após a cirurgia. Devido a isso muitas pacientes temem ser desvalorizadas como mulheres após a retirada do útero (SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010, p. 80).

Outro dado relevante apresentado também pelo IBGE no período de 2013 representa a idade média em que foi realizada a histerectomia, de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2: Idade média histerectomia segundo Região

Região	Idade_média_histerectomia	Informações Estatísticas
1 Região Norte	42,5	IC=(41,1-43,9) CV=1,7%
2 Região Nordeste	43,2	IC=(42,1-44,2) CV=1,3%
3 Região Sudeste	43,7	IC=(42,4-45,0) CV=1,5%
4 Região Sul	42,7	IC=(41,2-44,1) CV=1,8%
5 Região Centro-Oeste	43,5	IC=(42,3-44,7) CV=1,4%
Total	43,3	IC=(42,6-44,0) CV=0,8%

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

Legenda:

IC95%- Intervalo de Confiança ($\alpha=0.05$), levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

CV- Coeficiente de variação

Conforme tabela, podemos identificar que a idade média de realização de histerectomia nas regiões brasileiras varia de 42 a 43 anos, acometendo parte importante das mulheres em idade reprodutiva.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, as mulheres em idade reprodutiva estão entre 10 a 49 anos e representam um total de 65% da população

feminina, caracterizando uma parcela importante da sociedade (BRASIL, 2011). A mutilação uterina pode representar um impacto maior às mulheres nessa faixa etária, visto que, culturalmente a mulher é reconhecida como aquela que nasce com o dom da maternagem, sendo uma vontade natural a de ser mãe e de amamentar.

A maternidade é algo esperado pela sociedade e pela mulher, que é a principal cuidadora da criança e da família. Ainda nos dias atuais, maternidade é atribuída ao sexo feminino como uma obrigação. Entretanto, devemos considerar que cada mulher tem concepções próprias, construídas a partir de seu dia a dia, de suas experiências e de seus conhecimentos adquiridos ao longo da vida (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012). Cabe, portanto, a enfermagem compreendê-las em sua subjetividade, atentando-se para suas reais necessidades.

As alterações psicoemocionais no período pré-operatório podem ser acentuadas pela falta de orientações adequadas da equipe de saúde. Segundo Real et al. (2012), a falta de orientação e apoio emocional dos profissionais no período pré-operatório potencializa o aparecimento de distúrbios emocionais nas mulheres.

Nesse contexto, indaguei-me acerca do preparo ou despreparo emocional das mulheres que seriam submetidas à histerectomia e sobre as informações que elas possuíam a respeito do procedimento cirúrgico. Diante disso, atentei-me a observar a assistência de enfermagem pré-operatória oferecida a essas mulheres.

Cabe a enfermagem executar ações compreendidas além de cuidados biológicos, mas que alcancem a mulher em sua totalidade, atentando-se as peculiaridades do ser a partir da dimensão existencial.

O período perioperatório compreende os momentos cirúrgicos: pré, intra e pós-operatório, representando desde o momento da decisão cirúrgica até a recuperação do paciente (HAYASHI; GARANHANI, 2012). A fase pré-operatória visa auxiliar o paciente a compreender o preparo envolvido no processo cirúrgico, bem como o ato cirúrgico propriamente dito e ainda o momento pós-operatório, com suas restrições e cuidados necessários ao reestabelecimento de sua saúde. Portanto, a atenção da equipe de enfermagem no momento pré-operatório irá repercutir, positivamente ou não, na compreensão e enfrentamento do paciente em todas as fases seguintes.

Nesse sentido, Giron, Berardinelli e Espírito Santo (2013) afirmam que é fundamental um acolhimento humanizado do paciente em pré-operatório, valorizando seus sentimentos e emoções, esclarecendo dúvidas e exercitando a escuta, possibilitando assim melhor entendimento e conforto. Costa, Sampaio (2015, p. 261) complementam: “Além do preparo

físico, o enfermeiro tem o papel de trabalhar o emocional do paciente prestando ações de assistência mais diretas no pré-operatório”.

Os profissionais de enfermagem devem estar capacitados a exercerem uma assistência direcionada e abrangente, que englobe orientações, escuta qualificada e que proporcionem o conforto e a segurança que a mulher necessita diante da cirurgia (SILVA, SANTOS, VARGENS, 2010).

A visita pré-operatória do enfermeiro, representando a primeira etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é imprescindível para conhecer as necessidades da mulher, possibilitando a atuação direcionada e é o momento ideal de esclarecimento de dúvidas, auxiliando de forma positiva na fase intra e pós-operatória quando a paciente acorda da anestesia (AMORIM; SALIMENA, 2015).

A assistência ao paciente cirúrgico requer também um momento de educação, dado que as orientações atuam na desalienação em relação ao ato cirúrgico, seu estado de saúde e do momento pós-cirúrgico, assim como nas alterações do cotidiano após a alta hospitalar, além disso, diminui a ansiedade causada pela ausência de informações (AMORIM; SALIMENA, 2015).

A mulher a ser submetida à histerectomia necessita ser atendida em questões subjetivas, que são singulares de cada ser humano, a fim de ser orientada e preparada psicoemocionalmente não apenas para o procedimento em si, mas para os cuidados no pós-operatório que pode culminar em restrições temporárias às atividades do cotidiano, com necessidade de repouso, limitações na rotina familiar e laborais.

O pré-operatório compreende uma intensidade de sentimentos, alteração da rotina diária, momento de separação da família e ingresso neste cenário até então desconhecido, aspectos que se somam a preocupações específicas que a retirada do útero acarreta. Nessa concepção, este estudo justifica-se pela necessidade de reflexão sobre o significado do momento pré-operatório na vida das mulheres; pela demanda cirúrgica significativa de histerectomia; pela importância de atuação da equipe de enfermagem através da promoção de um cuidado que vise o acolhimento e orientação da mulher no período pré-operatório, assim como sua preparação para o momento cirúrgico e para a vivência pós-cirurgia.

Sendo assim, tornou-se objeto deste estudo a compreensão do ser mulher em pré-operatório de histerectomia. Este significado só pode ser conhecido a partir do próprio ser que vivencia esse fenômeno, portanto a abordagem fenomenológica na perspectiva de Martin Heidegger apresenta-se adequada, pois busca a essência do ser, considerando suas

singularidades, além de possibilitar à enfermagem uma aproximação ao ser, ao compreender os significados manifestos e as reais necessidades dos indivíduos.

1.2 OBJETIVO DO ESTUDO

Compreender os significados e desvelar os sentidos do ser mulher que vivencia o pré-operatório de histerectomia.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

O Solo de Tradição corresponde a um momento pré-reflexivo sobre o conhecimento que se tem sobre a temática do estudo. É a fase de recuperação do conteúdo científico produzido (SALIMENA et al., 2015).

Portanto, nesse capítulo apresentam-se as contribuições da ciência a respeito do contexto político da saúde da mulher, o procedimento cirúrgico, suas indicações e as técnicas utilizadas, significados da histerectomia e suas repercussões físicas e emocionais e sobre a assistência de enfermagem à mulher no pré-operatório de histerectomia, referenciadas em estudos prévios que retratam o estado da arte sobre a temática estudada.

2.1 O CONTEXTO POLÍTICO DE SAÚDE DA MULHER

O conceito de saúde abrange não apenas ausência de doença, mas também a relação com o meio ambiente, lazer, alimentação, trabalho e moradia. O processo saúde-doença, portanto, é consequência dessa série de fatores mencionados acima. Ainda hoje as mulheres tem sua saúde prejudicada ao sofrerem discriminações e desigualdades, evidenciadas nas relações de trabalho, com remuneração inferior aos homens, sobrecarga das responsabilidades com o trabalho doméstico, desigualdades relacionadas a raça e situações de pobreza (BRASIL, 2011).

A partir do século XVIII o corpo passou a ser visto pelas diferenças entre homens e mulheres. O útero foi uma representação significativa entre os sexos, se diferenciando pelas funções sexuais e sociais, atribuindo a mulher o papel doméstico e da maternidade (FREITAS, 2008).

No século XIX a Ginecologia constitui-se, enquanto disciplina, como ciência da saúde e da doença da mulher, tornando-se objeto da ciência médica os órgãos sexuais femininos, que estabeleceu as diferenças entre os sexos. Tais diferenças não foram apenas físicas, mas os órgãos sexuais foram associados à natureza nervosa e frágil das mulheres e a predisposição a doenças, o que culminaria em incapacidades sociais. O conhecimento do corpo contribuiu para se estabelecer a distinção social dos homens e mulheres, sendo os primeiros detentores de capacidades intelectuais, obtendo a função de provedor da família, e às mulheres, incumbiu-se da função reprodutiva e doméstica (PEDROSA, 2005).

A ginecologia objetivava evidenciar alterações na fisiologia feminina e tratamento às suas patologias, além do cuidado às fases da vida da mulher, indo desde a puberdade à

menopausa, características que definitivamente as diferenciavam dos homens, também vinha ratificar a diferença social entre homens e mulheres (FREITAS, 2008).

Apenas no final do século XX ocorreram transformações relacionadas ao gênero, quando a mulher passa a contribuir financeiramente em casa e, muitas vezes, ser a mantenedora da família (PEDROSA, 2005).

Inicialmente a saúde da mulher limitava-se ao processo de reprodução e a saúde materna. Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher foi incorporada às Políticas Nacionais de Saúde limitando-se às questões relativas à gravidez e ao parto, trazendo uma visão restrita da mulher em seu papel de mãe e doméstica. Esses programas objetivavam desenvolver estratégias de proteção aos grupos de risco e em situação de vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Na década de 70, houve o surgimento do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), caracterizado pela predominância das intervenções médicas, com o incentivo à cesárea e preferência da esterilização como método contraceptivo (NETO et al., 2008). A esterilização feminina auxiliou no controle, sendo o olhar à mulher restrito apenas a questão da reprodução, excluindo os demais ciclos da vida (CASSIANO et al., 2014).

Nessa mesma época do militarismo, o movimento feminista ganhou força com a insatisfação das desigualdades de gênero e com a fragmentação da assistência de saúde às mulheres (CASSIANO et al., 2014). A perspectiva reducionista dos programas suscitou críticas do movimento feminista brasileiro que não concordavam com a assistência à saúde apenas no período gravídico-puerperal. As mulheres reivindicaram melhorias nas condições de saúde que abordassem as particularidades em cada ciclo da vida, além de ações que contemplassem as condições sociais, econômicas e culturais, revelando as desigualdades nas condições de vida e as desigualdades de gênero (BRASIL, 2011).

Com o crescimento do movimento feminista e a extensão de suas propostas a sindicatos, associação de moradores e universidades, suas reivindicações incluíram também o direito a mulher ao controle de seu corpo, com a prevenção da gravidez não desejada e o estímulo a uma nova consciência feminina, buscando modificações nos problemas relacionados ao gênero (PEDROSA, 2005).

Os movimentos feministas e de mulheres no Brasil lutam pela inclusão da atenção integral a saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de seus preceitos de igualdade, equidade e universalidade (FERREIRA, 2013).

Na década de 1980 a articulação do movimento feminista, de alguns setores da universidade e do movimento de reforma sanitária foram de extrema importância para

impulsionar a elaboração de políticas públicas relacionadas à nova concepção de gênero (PEDROSA, 2005).

O Ministério da Saúde, em 1984, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) introduzindo um novo enfoque nas políticas públicas de saúde com a ruptura dos princípios norteadores da política anterior. Como princípios do PAISM estavam à integralidade e equidade da atenção, e descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde. O programa incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011).

O PAISM representou uma conquista notável à população feminina, ao abordar a saúde da mulher não apenas no período gravídico (CASSIANO et al., 2014), entretanto, mesmo com a introdução dessa nova proposta manteve-se o enfoque relativo às questões reprodutivas (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Meados da década de 80 e 90 a implantação do PAISM foi influenciada pelas políticas de saúde estabelecidas na época, como o processo de municipalização e a reorganização da Atenção Primária com o Programa de Saúde da Família, ainda, em 1998 a atenção à saúde da mulher começa a ser considerada uma prioridade para o governo federal (BRASIL, 2011).

Posteriormente, em 2001 o Ministério da Saúde apresenta a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que ampara a saúde da mulher ao garantir assistência básica no pré-natal e puerpério, prevenção do câncer de colo de útero e planejamento familiar. Em 2003, inicia-se a preocupação com problemas que afetam a saúde das mulheres, como mortalidade materna, assistência deficiente a mulher na adolescência e no climatério, saúde mental e problemas de infertilidade; e também a preocupação com a inclusão de outras parcelas da população feminina ainda não beneficiada pelo PAISM, como atenção às mulheres negras, indígenas, presidiárias, rurais, com deficiência, lésbicas (BRASIL, 2011).

Nessa época, em 2004 o Ministério da saúde tornou pública a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) orientada pelos princípios ideológicos do SUS, reafirmando o compromisso estabelecido na década de 80 com o PAISM, ampliando as ações de saúde aos grupos de mulheres ainda não envolvidas nas políticas públicas. A abrangência das diversidades socioculturais e econômicas são alguns dos desafios do PNAISM (FERREIRA, 2013). A política determina também orientações aos gestores para conhecerem a realidade local e assim conhecerem as necessidades das mulheres (SOUTO, 2009).

Conforme afirmam Reis, Santos e Paschoal Júnior (2012, p. 130): “A mulher é detentora de saberes particulares que foram construídos e moldados com base em uma história de vida, uma experiência social, impregnada, sobretudo, de valores culturais”. Por isso deve ser cuidada e valorizada em sua singularidade.

Assim, a integralidade da saúde da mulher envolve a necessidade de transformação de uma abordagem exclusivamente fisiológica para uma abordagem que englobe condições culturais, sociais, necessidades individuais e características de gênero. Para isso, se fazem necessárias melhorias gerenciais nos serviços, qualificação dos profissionais de saúde e modificações curriculares na formação dos futuros profissionais, visando novos conhecimentos e novas atitudes com foco nas necessidades dos indivíduos (PEDROSA, 2005).

Buscando a integralidade do cuidado, o acolhimento e a identificação das necessidades de saúde das mulheres, a Atenção Primária desempenha papel indispensável, sendo definida por um conjunto de ações que envolvem promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2007).

Dessa forma, as unidades de saúde devem atuar de forma a oferecer uma atenção humanizada e individualizada à mulher, a fim de atuar de acordo com as reais necessidades desse grupo, através de promoção da saúde e prevenção de agravos que podem levar, por exemplo, a necessidade da retirada do útero (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012).

2.2 HISTERECTOMIA: O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, SUAS INDICAÇÕES E AS TÉCNICAS UTILIZADAS

A hospitalização requer do indivíduo uma capacidade de adaptação, pois envolve um ambiente desconhecido, com completa mudança no cotidiano, trazendo impedimentos laborais e sociais, somados a separação da família e obrigatoriedade em seguir uma nova rotina de acordo com a unidade, o que traz sensações de isolamento, angústia, medo e desconforto (COSTA; SAMPAIO, 2015).

A internação cirúrgica acompanha diversas alterações biológicas e confere desgaste emocional ao paciente e a família, dado que tem seu cotidiano modificado sendo necessário, muitas vezes, adiar metas e reestruturar seu mundo-vida, além da interrupção do convívio social (AMORIM; SALIMENA, 2015).

O Centro Cirúrgico caracteriza-se como um ambiente desconhecido e assustador para as pessoas, principalmente para aquelas que serão submetidas à intervenção cirúrgica pela

primeira vez (ALVES et al., 2015). Segundo Giron, Berardinelli e Espírito Santo (2013, p. 767) “Além disso, a suposta estranheza causada pelas roupas utilizadas por todos os profissionais e os procedimentos realizados naquele ambiente, naturalmente, são geradores de tensões”.

As fases cirúrgicas pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória compõem o período que chamamos de perioperatório. A primeira fase corresponde desde a indicação cirúrgica até o transporte do paciente ao centro cirúrgico. O segundo momento, a fase intraoperatória, inicia-se no momento em que o paciente adentra o centro cirúrgico até sua admissão na Sala de Recuperação Pós- Anestésica (SRPA). E por fim a fase pós-operatória vai desde a admissão na SRPA até o fim do acompanhamento com o cirurgião (NETTINA, 2014).

Independentemente do tipo e da complexidade da cirurgia, o pré-operatório vem sempre acompanhado de inseguranças e medos, muitas vezes agravados também pela ansiedade relacionada à falta de informação e orientação a respeito do procedimento. Grande parte dos usuários são orientados pela equipe de enfermagem apenas durante o preparo para a cirurgia, o que impede a total assimilação das informações e o esclarecimento de dúvidas devido ao nervosismo do momento (RUOFF; SOUSA; SILVA, 2014).

A complexidade técnico-científica do trabalho no centro cirúrgico, a sobrecarga de atividades, somada aos fatores geradores de tensão física e psicológica, como o risco de complicações e morte, requerem profissionais extremamente capacitados e especializados para que possam contribuir com o indivíduo, a fim de impedir a perda de sua identidade, de privacidade e de preservar a autoestima (SILVA et al., 2014).

O CC é uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar, sendo constituído por equipamentos de tecnologia avançada e desenvolvida logística para o suporte de seu funcionamento, além da ameaça da morte ser fator iminente (GASPAR et al., 2015). Devido a sua complexidade, observa-se que é um ambiente de circulação restrita que requer dedicação e grande concentração da equipe envolvida, pois toda cirurgia em si é um procedimento delicado e por vezes estressante.

Freitas (2008) afirma que, no século XIX houve o desenvolvimento das cirurgias ginecológicas: ooforectomia e a histerectomia na Inglaterra, nos Estados Unidos e na França. Salimena, Souza (2008 apud Linde, Mattingly 1971) relatam que McDowell realizou a primeira cirurgia ginecológica abdominal em 1840, que consistiu em uma ooforectomia, posteriormente foi realizada a histerectomia. Segundo Villar e Silva (2009) a primeira histerectomia realizada ocorreu no ano de 1853.

Nessa época a intervenção cirúrgica ginecológica passa a ser defendida também por ser um novo campo lucrativo à classe médica, culminando em interesse de muitos deles,

principalmente dos obstetras que direcionaram especialização ao campo da cirurgia ginecológica. Por volta da segunda metade do século XIX as cirurgias ginecológicas começam a ser realizadas no Brasil (FREITAS, 2008).

Ainda no século XIX a efetivação da ginecologia ocorreu também com a criação das maternidades e instituições voltadas ao cuidado com as mulheres. Há os que acreditavam que as mulheres deveriam ter um atendimento em local especializado e não em hospitais gerais, nem em domicílio, pois as doenças que as acometiam eram carregadas de sensibilidade e exacerbações nervosas (FREITAS, 2008).

As instituições especializadas ao cuidado de mulheres tratavam não apenas as patologias ginecológicas, mas também doenças crônicas e as relacionadas ao trabalho (FREITAS, 2008).

As cirurgias ginecológicas representam um elevado número de procedimentos cirúrgicos realizados no mundo, experienciadas de maneira particular para cada mulher (SILVA; VARGENS, 2016).

Segundo Nogueira-Silva et al. (2014), o procedimento cirúrgico ginecológico não obstétrico mais realizado nos países desenvolvidos é a histerectomia. A Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde a partir de fontes do SIH-SUS e IBGE evidenciou que 133/100.000 mulheres com 20 anos ou mais foram submetidas a histerectomia no ano de 2013 (PROADESS, 2017).

A histerectomia consiste no procedimento cirúrgico de retirada do útero, podendo ser realizada por indicações de causas malignas, como neoplasias malignas de colo e corpo uterino, neoplasias malignas de ovário; e benignas, como endometriose, dismenorreia, dispareunia, displasia cervical, prolapso uterino (GUTIERREZ, 2015; AARTS et al., 2015) e ainda devido a miomas, que quando se apresentam com grande volume e sintomáticos, necessitam de tratamento, que pode ser conservador ou não (ALMEIDA et al., 2015).

Costa, Amorim, Cursino (2003) afirmam que atualmente as indicações mais frequentes de histerectomia compreendem as afecções benignas, estando às indicações por causas malignas quantificadas em torno de 10%.

Nas mulheres jovens, a retirada do útero ocorre em grande parte devido à atonia uterina pós-parto e câncer ginecológico assintomático (TRISTÃO et al., 2017).

A indicação da histerectomia pelo médico deve ser realizada após um estudo sobre suas vantagens e desvantagens de acordo com cada paciente, avaliando a possibilidade de tratamentos alternativos, além de considerar o ponto de vista do paciente sobre o tratamento (GUTIERREZ, 2015).

O procedimento pode ser realizado por via abdominal, através de uma incisão na parte inferior do abdômen, via vaginal, em que o útero é removido pela vagina ou por via laparoscópica, utilizando-se de pequenas incisões na região abdominal, geralmente com retirada do útero pela vagina. A escolha da via está relacionada a fatores como tamanho da vagina e do útero, presença de patologia extrauterina, recursos disponíveis, experiência da equipe cirúrgica, dentre outros. (ROCHA et al., 2015; GUTIERREZ, 2015).

Estudo realizado por Costa, Amorim, Cursino (2003) evidenciou que a histerectomia vaginal apresentou vantagens em relação à histerectomia abdominal, como menor perda sanguínea durante o procedimento operatório, menor permanência hospitalizar, tempo significativamente menor de retorno as atividades da vida diária. Foram evidenciados menores escores de dor e, portanto, menos necessidade de uso de analgesia. O estudo concluiu que a histerectomia total realizada por via vaginal possui melhores resultados e diminuição de complicações intra e pós-operatórias se comparada à cirurgia por via abdominal, tornando-a recomendada como técnica de primeira escolha. Todavia, Villar e Silva (2009) afirmam que tradicionalmente a maioria das histerectomias é realizada por via abdominal, entretanto, nos últimos anos é crescente o número de cirurgias por via vaginal.

A histerectomia por via laparoscópica compreende benefícios possibilitados pela ampliação da imagem que favorece a visibilidade do cirurgião. Ademais, consiste em um procedimento minimamente invasivo, seguro, associado também a baixas taxas de complicações intra e pós-operatórias, podendo ser opção de escolha também em casos de úteros volumosos (NOGUEIRA-SILVA, 2014).

A histerectomia varia de acordo com o tipo, podendo ser: total, com a remoção de todo o corpo uterino, inclusive o colo; subtotal ou parcial, no qual ocorre a remoção de parte do útero, preservando o colo; radical, com retirada do corpo e colo uterino, e ainda dos tecidos circundantes ao útero e da porção superior da vagina; e por fim podemos citar a histerectomia com anexectomia, quando ocorre a remoção também das trompas e ovários (SOUSA et al., 2013).

2.3 SIGNIFICADOS DA HISTERECTOMIA E SUAS REPERCUSSÕES FÍSICAS E EMOCIONAIS

Qualquer tipo de tratamento cirúrgico, incluindo as cirurgias eletivas, implica em expressões individuais, podendo desencadear reações que reflete físico e emocionalmente e no

fator social. A perda de um órgão exige uma construção de um novo conceito corporal (MELO; BARROS, 2009). A eliminação de uma parte do corpo representa um grande impacto na vida das mulheres, pois é a representação física do que elas são. Todas as modificações refletem no interior do indivíduo (SILVA; VARGENS, 2016).

A mulher submetida à cirurgia de histerectomia está sujeita a vivenciar algumas modificações não apenas psicossociais, mas também biológicas em consequência do procedimento, como dor, alterações anatômicas da pelve, alterando tamanho e formato dos órgãos genitais, que podem acarretar dificuldades de penetração vaginal e dispareunia; e diminuição da libido devido à redução dos níveis hormonais circulantes (REAL et al., 2012). No pós-operatório podem ocorrer infecções e hemorragia, sendo importante que a equipe de saúde informe a mulher sobre limitações durante sua recuperação como evitar esforços, relações sexuais e algumas atividades cotidianas.

Pivetta et al. (2014) referem que muitos estudos relacionam a histerectomia com alterações no sistema urinário, como incontinência urinária e alterações da função intestinal e anorretais, podendo citar distensão abdominal, constipação, e incontinência para gases e fezes. Relatam, porém, que outros estudos questionam essas disfunções atribuindo-as a alterações prévias anteriores a cirurgia.

No pós-operatório de histerectomia, por ser uma cirurgia de grande porte, requer um período mais prolongado de internação devido às limitações que o procedimento impõe o que estende a impossibilidade de convívio externo, ocasionando prejuízos sociais (SALIMENA; SOUZA, 2008).

A histerectomia simboliza a perda de um pedaço do corpo que causa estranheza e sensação de mutilação de algo importante para a caracterização da mulher. Essa mutilação pode ser devido à amputação do órgão, ou caracterizar uma mutilação abstrata, devido à perda da identidade feminina, que se forma pelas características biológicas femininas. Pode-se considerar ainda uma mutilação funcional, pela ausência da função desempenhada por este órgão retirado (SILVA; VARGENS, 2016).

A remoção do útero, além de todos os sentimentos de angústia e receios que normalmente permeiam o período pré-operatório, pode causar forte impacto psicológico na vida da mulher, devido a sua função reprodutiva e por ser um órgão ligado a feminilidade e sexualidade (BARROS, 2014).

O útero, assim como todos os órgãos relacionados à reprodução e envolvidos com a maternidade, faz parte da construção do ser mulher, então sua remoção pode desconstruir a imagem feminina culturalmente imposta. Com isso, a mulher histerectomizada ao se comparar

com outras mulheres, pode sentir-se diferente e desvalorizada, dado que ela não mais possui o órgão que nutria um dos papéis femininos fundamentais, sua função então como mulher pode estar diminuída (SILVA; VARGENS, 2016).

Após a cirurgia, com a extirpação do órgão, a mulher pode não mais perceber-se da mesma forma, podendo “sentir-se desconstruídas, anormais, incompletas, o que remete ao peso que determinados ‘pedaços do corpo’ – útero, ovários, trompas, mamas – têm para a subjetividade de ser mulher e de sentir-se mulher inteira” (SILVA; VARGENS, 2016, p. 6).

O impedimento da gestação àquelas mulheres ainda em idade reprodutiva e que desejam ter filhos corresponde a uma situação delicada, principalmente levando-se em consideração a sociedade atual que vincula o ser mulher com o ser mãe, muitas vezes considerando a maternidade como obrigação e até mesmo uma vocação (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012).

De acordo com a Tabela 3, Porcentagem de Mulheres que fizeram histerectomia por faixa etária, segundo região, apresentada no período de 2013 pelo IBGE, podemos observar o número significativo de mulheres que realizaram a cirurgia nas faixas etária de 40 a 59 anos e com 60 anos ou mais.

Tabela 3: %Mulheres fizeram histerectomia por faixa etária segundo Região

Região	De 18 a 29 anos	De 30 a 39 anos	De 40 a 59 anos	Com 60 anos ou mais	Total	Informações Estatísticas
1 Região Norte	*	*	9,7	12,4	4,8	IC=(4,0-5,7) CV=9,1%
2 Região Nordeste	*	2,3	13,2	18,7	8,2	IC=(7,3-9,1) CV=5,5%
3 Região Sudeste	*	*	11,2	15,4	7,7	IC=(6,7-8,7) CV=6,6%
4 Região Sul	*	*	11,6	13,5	7,3	IC=(6,2-8,3) CV=7,2%
5 Região Centro-Oeste	*	*	14,7	20,4	9,1	IC=(8,0-10,2) CV=6,1%
Total	*	1,9	11,9	16,1	7,7	IC=(7,1-8,2) CV=3,5%

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

Legenda:

IC95%- Intervalo de Confiança ($\alpha=0.05$), levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

CV- Coeficiente de variação

* Número de casos menor que 30, insuficiente para determinar qualquer estimativa com precisão aceitável.

Conforme evidência estatística, a faixa etária de 40 a 59 anos, contemplando parte das mulheres ainda em idade reprodutiva apresenta número significativo, vindo corroborar também a tabela II, já apresentada, que evidencia a média nacional de idade da realização de histerectomia, que é 43,3 anos.

Para mulheres que ainda desejam engravidar, a aceitação da histerectomia não é uma decisão fácil, pois a remoção do útero representa a eliminação definitiva de qualquer possibilidade futura de reprodução. A impossibilidade da escolha de uma gravidez, retirando a oportunidade da maternidade não é decisão simples, impactando para sempre a vida da mulher (SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010).

A histerectomia para a mulher em fase reprodutiva e que ainda deseja ter filhos pode sofrer grande impacto psicológico, podendo ocasionar depressões, perda de identidade, sentimento de inferioridade pela incapacidade de gerar filhos, o que repercute na sua vida social e na sua sexualidade, podendo surgir também o medo de não ser mais desejada sexualmente (TRISTÃO et al., 2017).

Estudos evidenciam também que a ausência da menstruação após a retirada do útero representa um impacto significativo para a mulher, pois o fato de menstruar está diretamente ligado à ideia de feminilidade, estando presente mês a mês durante grande parte da vida da mulher (TRISTÃO et al., 2017).

A alteração da autoimagem também pode estar associada à menopausa precoce, que pode ocasionar sentimento de perda, relacionadas com a supressão antecipada da juventude e da maternidade (SBROGGIO; GIRALDO; GONÇALVES, 2008).

Os mitos em relação à mulher que retirou o útero podem causar problemas emocionais, que somados a falta de orientação de um profissional da saúde podem culminar em modificações na vida sexual do casal. Por ser um órgão significativo para a mulher, vinculado à sexualidade e ao prazer, a sua remoção pode interferir no desejo sexual de muitas mulheres (MELO; BARROS, 2009).

A falta de orientação, os desconhecimentos do corpo e da função dos órgãos relacionados ao prazer sexual podem interferir de forma negativa na relação com o parceiro e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida (MELO; BARROS, 2009; REAL et al., 2012). Cabe ao marido/companheiro entender o momento vivido e fornecer o apoio necessário para que sua mulher se sinta segura a retomar sua vida sexual.

Observam-se desconfortos significativos que permeiam o cotidiano das mulheres que aguardam a histerectomia, principalmente àquelas em que os miomas representam a causa cirúrgica. Estudam evidenciam que os miomas são a causa benigna mais frequente da

necessidade de retirada do útero, representando alteração na sua qualidade de vida, podendo apresentar-se assintomático ou com sintomatologia de fluxo de sangramento uterino aumentado e prolongado, dor pélvica crônica, dor em diferentes momentos do ciclo menstrual, pressão abdominal e dispareunia (ZIMMERMANN et al., 2012).

Para algumas mulheres, principalmente as que sofriam com dores intensas e hemorragias, a retirada do útero pode representar um alívio e uma melhora tão significativa, que sua vida pós cirurgia se torne mais feliz e prazerosa, o que vale também para a atividade sexual, podendo apresentar aumento do desejo e diminuição da dispareunia. Então, a qualidade de vida e o enfrentamento pós histerectomia é singular a cada mulher, dependendo de diversos fatores internos e externos, que vão desde os biológicos, a religiosos, econômicos, culturais e sociais (LUNELLI et al., 2014).

Silva e Vargens (2016) afirmam que há sensações comuns às mulheres, como a alteração da autoimagem, sensação de mutilação, de corpo marcado e de um vazio interno, entretanto confirmam que a vivência da cirurgia ginecológica é particular para cada mulher, podendo apresentar percepções e emoções diferentes.

A opção pela histerectomia muitas vezes se dá pelas tentativas sem sucesso de tratamentos clínicos àquelas mulheres com grandes desconfortos físicos, sejam dores, sangramento intensos ou cansaços, devido a quadros de anemia, que por trazerem a sensação de doença, repercutem no emocional das pacientes, que optam pelo tratamento definitivo pela possibilidade real de cura (KUPPERMANN et al., 2010; SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010).

Assim sendo, “as repercussões da histerectomia na vida dependem da idade da mulher, do desejo ou não de futuras gestações, da reação do companheiro, da escolha ou não de submeter-se ao procedimento e da análise dos benefícios ou malefícios da retirada do útero” (SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010, p. 81).

Essa afirmativa também é apresentada nos estudo de Tristão et al. (2017, p. 8):

... a histerectomia pode ou não trazer problemas de ordem psicossocial para as mulheres. Em alguns estudos realizados, elas percebem o útero como um órgão de caráter apenas funcionalista – o de gerar filhos. Para além desta função, é visto somente como “causador de problemas”. Ao mesmo tempo, existem aqueles estudos nos quais o útero é considerado um órgão muito importante para a feminilidade e só o fato de não menstruar mais se mostra extremamente significativo, como símbolo de feminilidade, o que faz com que a sua remoção gere influências na identidade sexual, na sua caracterização como mulher e na causa de problemas de ordem psicossocial.

Na sociedade atual, a saúde sexual ainda representa um tema delicado a ser abordado, o que nos faz refletir sobre a importância de esclarecimentos sobre esse assunto, de forma que

possibilite abertura para que a mulher faça seus questionamentos e possa esclarecer suas dúvidas (LUNELLI et al., 2014).

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO PRÉ-OPERATÓRIO DE HISTERECTOMIA

Todo ser humano nasce com um potencial para o cuidado, pois ele faz parte da essência do ser. A capacidade de cuidar pode ser melhor desenvolvida de acordo com o empenho de cada um, envolvendo não apenas habilidades técnicas, mas uma relação pautada em respeito, interesse, solidariedade, carinho (WALDOW; BORGES, 2008).

O ato de cuidar é intrínseco do ser humano, faz parte da dimensão existencial e representa um momento de transformação no qual é possível que o ser cuidado, a partir do estabelecimento de uma relação de confiança com o cuidador, se sinta protegido, confiante, mais corajoso e melhore sua autoestima. Esse conforto proporcionado pela relação paciente-cuidador tem repercussões no alívio de dores, traz tranquilidade e bem-estar, impactando diretamente na experiência vivenciada pelo ser cuidado (WALDOW; BORGES, 2008).

Cada fase do período operatório possui particularidades que se compreendidas e observadas pela enfermagem representa um diferencial no cuidado, permitindo intervenções específicas e individualizadas (BASTOS et al., 2013). A assistência de enfermagem de qualidade no período que antecede a cirurgia, durante e após a sua realização tem impacto direto nos resultados do procedimento realizado (SANTOS; RENNÓ, 2013).

O enfermeiro de Centro Cirúrgico atua tanto no gerenciamento quanto na assistência ao procedimento cirúrgico, sendo responsável pelo conhecimento e aplicabilidade de técnicas atualizadas e especializadas, pelo provimento de recursos materiais e humanos, atenção ao relacionamento interpessoal da equipe e destes com a paciente e com a família, além de atividades de planejamento e organização, bem como a atividade de liderança da equipe (CAMPOS et al., 2015). A equipe de enfermagem tem a função de oferecer acolhimento durante a entrada da paciente ao centro cirúrgico, bem como fornecer conforto e apoio psicológico que irão garantir um atendimento individualizado e de qualidade.

O momento pré-operatório deve compreender um ambiente tranquilo, seguro, harmonioso, proporcionando uma assistência humanizada que respeite autonomia e individualidade da paciente (CALLEGARO et al., 2010). O enfermeiro deve estar sensível a

conhecer as singularidades de cada paciente para uma assistência humanizada e individualizada (BASTOS et al., 2013).

A enfermagem deve utilizar-se de uma visão holística que contemple desde o acolhimento da paciente no hospital, até sua alta hospitalar, atentando-se às suas demandas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais para realizar intervenções adequadas e assistência de qualidade (BASTOS et al., 2013).

O período anterior a cirurgia corresponde a um momento delicado para as pacientes, pois há a preocupação com os riscos e complicações presentes de acordo com o procedimento cirúrgico, sendo fundamental a atenção da equipe de saúde (DA CORREGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014). A assistência perioperatória varia de acordo com a especificidade cirúrgica, devendo o enfermeiro atentar-se para as necessidades específicas de cada paciente durante as fases do período operatório. As orientações anteriores a cirurgia, que objetivam o preparo psicológico tem repercussões positivas no decorrer do tratamento, possibilitando um transcorrer mais tranquilo das demais fases perioperatórias (BASTOS et al., 2013).

Estudos apontam que grande parte dos pacientes admitidos em Instituições de Saúde para realização de cirurgia não possuem orientações e informações suficientes contribuindo para sentimentos de insegurança e ansiedade frente ao procedimento (GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

A paciente em pré-operatório de histerectomia fica submetida à vulnerabilidade emocional que necessita ser observada pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que a acompanha por um tempo mais prolongado (AMTHAUER; FALK, 2014). A ansiedade proveniente do período pré-operatório pode causar consequências negativas no tratamento e recuperação pós-operatória, devido a alterações psicológicas e fisiológicas do organismo como taquicardia, hipertensão e piora da evolução do quadro (ASSIS et al., 2014).

É neste momento que se experienciam múltiplas emoções devido ao medo do tratamento cirúrgico, da anestesia e medo da morte. As ações de cuidado envolvem interação entre enfermeiro-paciente, devendo estar baseada no diálogo, proporcionando apoio e conforto e esclarecimento de dúvidas (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

Para a efetividade das ações de educação à saúde é importante que o enfermeiro conheça as reais necessidades das pacientes e sua capacidade de assimilação das orientações a serem repassadas, de forma a utilizar vocabulário simples e objetivo para sua real compreensão. O enfermeiro também deve ser capaz de compreender a linguagem não-verbal expressa, de modo que possa ocorrer a interação adequada entre ambos (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) garante um melhor cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico (BISPO; MARIA, 2010), sendo utilizada como um instrumento norteador das ações de enfermagem, compreendendo as seguintes etapas: visita pré-operatória, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação e visita pós-operatória (HAYASHI; GARANHANI, 2012).

Segundo Santos; Rennó (2013) a SAEP contribui significativamente para a melhoria da assistência de enfermagem, promovendo efetividade nos processos de enfermagem no CC e possibilitando que o paciente retorne ao estado de bem-estar.

Amorim e Salimena (2015. p. 152) afirmam que:

Ao compreender a necessidade de envolvimento técnico e científico para atuar nas dimensões gerenciais e assistenciais, sob a ótica das particularidades fisiológicas e emocionais de cada cliente, o enfermeiro agrega valor à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória como ferramenta do cuidar em enfermagem imprescindível para a efetivação do binômio cliente-cuidador cirúrgico.

O período pré-operatório requer a visita de enfermagem para que se estabeleça a interação enfermeiro-paciente, momento de orientação a respeito do procedimento cirúrgico e de preparo emocional do paciente. Os esclarecimentos e orientações devem ser individualizados, de acordo com a necessidade que a paciente apresenta, com vistas a esclarecer dúvidas, minimizar ansiedades e diminuir complicações no pós-operatório (GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

A visita pré-operatória é uma ferramenta indispensável, contribuindo com a ambientação da mulher e objetivando auxiliá-la durante o processo, transmitindo tranquilidade e segurança no enfrentamento do processo cirúrgico (SANTOS; RENNÓ, 2013; COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015). Nessa perspectiva, é uma importante ferramenta de cuidado utilizada pelos enfermeiros, compreendendo uma forma de acolhimento às paciente e a família, estabelecimento de vínculo enfermeiro-paciente e oportunidade de educação para saúde (CAMPONOGARA et al., 2012; AMTHAUER; FALK, 2014).

Durante a visita pré-operatória, o enfermeiro deve ter o cuidado de não fornecer informações excessivas à paciente e seus familiares, o que pode impedir o não entendimento das orientações ou despertar maior ansiedade. É importante o diálogo e primeiramente a escuta, identificando suas dúvidas e anseios e direcionando a conversa para responder a esses questionamentos, minimizando as inseguranças e desconfortos. É um momento permeado de

emoções que deve ser baseado no comprometimento e ética para o desenvolvimento da relação enfermeiro-paciente-familiar/cuidador (AMTHAUER; FALK, 2014).

Camponogara et al. (2012) ressaltam também que as orientações realizadas pelos enfermeiros contribuem para que a paciente compreenda os procedimentos a que será submetida e seu processo de recuperação e auxilia no conhecimento dos ambientes em que receberá cuidados, com isso, as mulheres tem sua autonomia valorizada, o que motiva a corresponsabilidade no seu cuidado tornando-as mais ativas no processo do autocuidado.

A visita pré-operatória auxilia no processo de comunicação, possibilita a construção de um vínculo de confiança que assegura melhor aderência terapêutica e minimiza estresse, ansiedade e desgastes emocionais (CALLEGARO et al., 2010; COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015). Assim, o estabelecimento de um vínculo entre profissional-paciente auxilia no desenvolvimento da confiança na equipe e na conclusão do procedimento, diminuindo a ansiedade.

Neste contexto, o contato prévio com a mulher viabiliza, além do esclarecimento de informações, traçar um plano de cuidados importante ao seu acompanhamento, e ainda identificar e prevenir possíveis eventos causadores de danos (SANTOS; RENNÓ, 2013).

A construção do plano de cuidados requer do enfermeiro habilidade e conhecimento do processo cirúrgico e das prováveis reações emocionais das pacientes (AMTHAUER; FALK, 2014). Este plano é construído a partir da identificação das necessidades da mulher, da percepção de suas expectativas, dúvidas e inseguranças, para a possibilidade de elaboração de um plano individual e adequado ao suprimento de suas carências (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

É importante que o enfermeiro esteja ciente que as crenças pessoais de cada mulher sobre a retirada do útero irão definir como ela irá vivenciar a cirurgia e conseqüentemente o pós-operatório. Então, cada mulher necessita de um plano individual de cuidado, devendo conhecê-la para que possa atuar de acordo com suas necessidades (KUPPERMANN et al., 2010).

O entendimento da mulher acerca de sua condição de saúde é um diferencial no seu processo de recuperação, pois a informação permite a construção de atitudes positivas, diminuindo ansiedades. Além dos esclarecimentos em relação ao momento cirúrgico propriamente dito, é necessário o preparo da paciente para o pós-operatório imediato, objetivando sua cooperação para auxílio de sua recuperação (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

A assistência durante o período pré-operatório possibilita que a paciente entenda o processo cirúrgico, superando as dificuldades e retorne mais rapidamente ao estado de bem-estar. Essa assistência deve permear não apenas o período que antecede a cirurgia, mas continuamente durante todo o processo cirúrgico, abarcando também a assistência a família (CAMPONOGARA et al., 2012).

De acordo com Coppetti, Stumm, Benetti (2015), a relação paciente-família-profissional de saúde é fundamental para uma recuperação pós-operatória efetiva, devendo fazer parte do plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro, incluir a família no cuidado ao paciente após a alta hospitalar, importante à sua reabilitação e retorno às atividades cotidianas.

A fase pré-operatória por ser a de maior instabilidade fisiológica e emocional, requer o desenvolvimento de ações de cuidado pelo enfermeiro, tais como a identificação de possíveis problemas a fim de reduzir os riscos cirúrgicos, orientações quanto ao procedimento cirúrgico, quanto à anestesia, cuidados físicos e alimentares no pós-operatório, fornecendo uma compreensão completa sobre o momento cirúrgico (HAYASHI; GARANHANI, 2012).

Como profissional do cuidado, o enfermeiro deve esclarecer a mulher sobre todo o procedimento a ser realizado, propor discussões sobre a histerectomia, realizando orientações sobre o procedimento, seus resultados, as possíveis alterações que possam ocorrer, para que a mulher possa tomar uma decisão consciente, capaz de participar da escolha por realizar ou não o procedimento. Os profissionais devem estar abertos ao diálogo, incitando reflexões sobre consequências dos sintomas em sua qualidade de vida, suas preocupações em relação ao procedimento cirúrgico, assim como seus pontos positivos e negativos (SILVA; SANTOS; VARGENS 2010, KUPPERMANN et al., 2010).

Devido a possíveis implicações na autoimagem, e conseqüentemente alterações na vida sexual, é necessário implementar uma assistência integral à mulher que contemple discussões relacionadas à saúde sexual a fim de evitar ameaça à sua identidade feminina na vivência pós-histerectomia (SILVA; SANTOS; VARGENS 2010).

Outro ponto importante a ser considerado é que a histerectomia está presente na vida de parte significativa das mulheres em idade reprodutiva, logo o enfermeiro deve atentar-se a essa faixa etária, oferecendo suporte psicológico e emocional, e exercendo a escuta ativa (TRISTÃO et al., 2017).

É indispensável à atuação de uma equipe multidisciplinar no cuidado a mulher, como modo de auxiliar no bem-estar físico, mental, social e na restauração de sua saúde. A assistência deve ocorrer em todas as etapas do processo cirúrgico e também nas consultas ginecológicas a fim de conhecer suas necessidades e possibilitar entendimento de seu processo saúde-doença,

e assim, fornecer subsídios ao aprimoramento de seu autocuidado (TEIXEIRA; BATISTA, 2017).

Neste sentido, é necessária assistência específica a essas mulheres, de acordo com suas necessidades, que abranja não apenas o cuidado biológico, mas atenção ao ser mulher, que é único, singular. Além disso, é imprescindível a atuação do enfermeiro na promoção da autonomia e do autocuidado para que elas retomem sua rotina anterior ao processo de adoecimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

Ao refletir sobre o referencial filosófico que dá sustentação ao objeto desse estudo com enfoque na compreensão de mulheres em pré-operatório de histerectomia, encontrei na Fenomenologia de Martin Heidegger uma possibilidade de compreensão do ser humano mediante o desvelamento de sentidos.

A fenomenologia oportuniza a compreensão do fenômeno a partir do *ser*, por meio de um olhar existencial que promova o cuidar a partir de sua essência. Apresenta uma possibilidade de sustentação teórica necessária para a compreensão de significados do vivido e da vivência das pessoas em diferentes condições e momentos do processo saúde-doença (SALIMENA et al., 2015).

A fenomenologia nasceu como uma crítica, do pensamento europeu, ao positivismo em relação à questão do *ser*. Surgiu na Alemanha, com Edmund Husserl (1859-1938) no início do século XX, com influência das ideias de Platão, Descartes e Brentano (SALIMENA et al., 2015). Destacam-se como pensadores fenomenólogos apoiados nas concepções de Husserl: “Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty” (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008, p. 255).

O termo “Fenomenologia” é composto de duas palavras que provém do grego *fenômeno* e *logos*. A palavra fenômeno em seu sentido originário refere-se ao “que se revela, o que se mostra em si mesmo” (HEIDEGGER, 2015, p. 67). Logos significa “deixar e fazer ver” (HEIDEGGER, 2015, p. 72). Então, a fenomenologia é compreendida, segundo Heidegger (2015, p. 74) por “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo”. Portanto a fenomenologia é o caminho para ir às coisas mesmas.

É uma ciência objetiva, rigorosa, que estuda o fenômeno, considerando tudo o que se manifesta ou se desvela, ao contemplar as experiências vividas, o vivido dos sujeitos, buscando-se a essência (SPINDOLA, 1997).

Segundo Silva, Lopes, Diniz (2008, p. 255): “Esse método filosófico desvela a cotidianidade do mundo do *ser* onde a experiência se passa, transparece na descrição de suas vivências”.

A fenomenologia permite mostrar e compreender os fenômenos vividos que se mostram e expressam por si mesmos, buscando a compressão do homem em sua totalidade e preocupando-se com a essência do *ser* (CAPALBO, 1994; MOREIRA, 2010).

Husserl propôs o direcionamento à fenomenologia de “ir às coisas mesmas”, deixando de lado pré-conceitos e pressupostos que permite evidenciar o fenômeno em si mesmo,

considerando seu “*mundo-vida*”, o que permite desvelar o fenômeno que se deseja compreender (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008, p. 255).

Diante disso, a fenomenologia não tem como objetivo a explicação dos fatos, mas a busca da compreensão do comportamento humano, procurando-se chegar a essência através das experiências vividas pelo sujeito. Sendo assim, a abordagem fenomenológica utiliza-se da visão holística para compreender o homem, sendo adequada aos estudos dos fenômenos humanos e sociais (SALIMENA et al., 2015).

Sendo assim, a abordagem fenomenológica é o método apropriado ao estudo do fenômeno da vivência do pré-operatório de histerectomia para a mulher, que, muitas vezes, encontra-se encoberto, sendo possível a compreensão dos significados e o desvelamento dos sentidos a partir da compreensão das singularidades do *ser* que será cuidado pela enfermagem.

3.1 O FILÓSOFO MARTIN HEIDEGGER

Martin Heidegger nasceu em 26 de setembro de 1889 em Messkirch, na Alemanha, e faleceu em 26 de maio de 1976 na cidade de Freiburg, aos 87 anos. Filósofo, tornou-se discípulo de Husserl em 1915, após sua aproximação na Universidade de Freiburg, onde trabalharam juntos de 1918 a 1923, dedicando-se a partir de então à compreensão da fenomenologia (GIACCOIA JUNIOR, 2013).

Em 1927 publicou sua principal obra “*Ser e Tempo*”, dedicando-a a seu professor Edmund Husserl. Nela expõe seu próprio pensamento em relação à “questão sobre o sentido de *ser*” (HEIDEGGER, 2015, p. 34).

A obra “*Ser e Tempo*” representou uma abertura à fenomenologia, entretanto, instituiu uma separação entre a concepção de fenomenologia de Husserl e Heidegger. Husserl sistematizou a fenomenologia a partir dos conceitos de Bolzano e Brentano, objetivando estabelecer novos fundamentos para a filosofia e para as ciências (GIACCOIA JUNIOR, 2013). Entretanto, três elementos da fenomenologia de Husserl permaneceram com Heidegger: “em primeiro lugar a noção de intencionalidade; em segundo lugar a noção de redução fenomenológica e, em terceiro lugar o lema husserliano “*rumo às coisas mesmas*” (CASANOVA, 2012, p. 40).

Heidegger revela seu propósito de superação da metafísica e explicita ainda que seu pensamento objetiva retornar ao início da filosofia, voltando à busca pelo sentido do *ser*

(GIACCOIA JUNIOR, 2013). Para Heidegger, a filosofia tradicional não foi capaz de compreender a questão sobre o sentido de *ser*, considerando-o como *ente* (HEIDEGGER, 2015).

O estudo fenomenológico sustentado por Martin Heidegger busca o que não está à mostra, o que está escondido ou velado, mas que pode ser revelado. Heidegger busca a essência do *ser*, pois o *ser* pode encobrir-se até ser esquecido e a questão do *ser* e de seu sentido se ausentarem. Sendo assim, o fenômeno pode estar no *ente* de modo oculto e não ser desvelado devido ao cotidiano do *ser* (SALIMENA et al., 2015).

Segundo Heidegger (2015, p. 42): “*Ente* é tudo de que falamos dessa ou daquela maneira, *ente* é também o que e como nós mesmos somos”. Portanto, entendemos que *ente* é tudo o que ocupa lugar no mundo, um objeto, um homem, tudo aquilo que vemos (SALIMENA et al., 2015).

Entretanto, o homem é considerado como o “*Dasein*”, o *ser-aí*, “que é o *ente* que cada um de nós mesmos sempre somos” (HEIDEGGER, 2015, p. 42), que está *lançado no mundo* e tem como modo de ser o *poder ser*, e “*ser* é sempre *ser* de um *ente*” (HEIDEGGER, 2015, p. 77).

O *Dasein* se distingue dos outros *entes* e tem a possibilidade de perguntar sobre o *ser*. O modo de *ser* do *ente* é entendido como *presença*, um *ente* privilegiado, não apenas um *ente* comum, uma vez que se difere através da característica de estabelecer uma relação com seu próprio *ser* (ALMEIDA et al., 2009).

Portanto, de acordo com a investigação fenomenológica, para se chegar à essência do *ser*, interroga-se o *Dasein*, que é o *ente* capaz de transpor a ponte entre o ôntico e o ontológico. Entretanto, é preciso que já se tenha assegurado previamente o acesso ao *ente* para que se atinja a questão do *ser*. Logo, é necessário questionar o *ente* para se apreender o *ser* e a partir daí buscar o sentido do *ser* (HEIDEGGER, 2015).

Heidegger (2015, p. 75) afirma que a “fenomenologia é a via de acesso e o modo de comprovação para se determinar o que deve constituir tema de ontologia. Ontologia só é possível como fenomenologia”. Relata ainda que a “fenomenologia é a ciência do *ser* dos *entes* - é ontologia” (HEIDEGGER, 2015, p. 77).

A fenomenologia é antes de tudo um conceito de método, que não caracteriza o quê, mas busca o modo e o como dos objetos da investigação fenomenológica. Faz-se necessária, pois, muitas vezes, os fenômenos presentes no *ser* do *ente* não se mostram prontamente, estão encobertos, ocultos. Um fenômeno encoberto pode significar que ele nunca foi descoberto, que foi revelado apenas uma de suas facetas, ou ainda que já tenha sido descoberto mas voltou a encobrir-se (HEIDEGGER, 2015).

Para o desvelar do *ser* é importante que o pesquisador suspenda suas crenças já estabelecidas e detenha quaisquer *pré-conceitos* e *pré-juízos* em relação ao fenômeno que deseja compreender e desvelar. O investigador não deve fazer juízo de valor, de forma a oferecer ao outro a possibilidade manifestar seu modo de pensar. Essa suspensão é denominada redução fenomenológica ou *epoché* (EWALD, 2008).

De acordo com Heidegger (2015) o *Dasein* em sua *cotidianidade* pode se mostrar de várias maneiras e se constitui sob a perspectiva de três dimensões fundamentais: a *facticidade*, a *transcendência* e a *decadência*. A *facticidade* consiste em estar lançado no mundo, independentemente de sua escolha; a *transcendência* diz respeito a seu caráter existencial, que é a capacidade do homem de projetar-se no mundo e para além de si mesmo; a *decadência* ou ruína não diz respeito ao juízo moral, mas a queda, a fuga de si mesmo (HEIDEGGER, 2015).

Segundo Heidegger (2015), o homem está *lançado-no-mundo* e ao *ser-no-mundo* e *estar-no-mundo*, não é possível desvinculá-lo das possibilidades do cotidiano, por isso constitui-se sempre como um *ser-de-possibilidades*. O homem é considerado um *ser-de-possibilidades*, um *ser* que não é objeto no mundo e que traz em si uma compreensão do mundo. Na concepção fenomenológica o fim de toda possibilidade, de *poder-ser* do ser do humano é representado pela morte, como a possibilidade mais própria do *ser*.

De acordo com Heidegger (2015), o *ente co-existe* através das relações humanas, dessa forma, *ser-com-os-outros* é característica própria do existir humano.

No pensamento Heideggeriano, encontramos as expressões ôntico e ontológico. A primeira representa a instância dos fatos, relacionadas aos *entes*: aos objetos, as coisas e aos *entes* dotados do *ser* da *presença*. Todos nós seres humanos somos seres da dimensão ôntica. A expressão ontológica ou existencial diz respeito à instância do fenômeno, o mostrar-se do *ser* do humano que se desvela a partir dos significados que expressa ao ser questionado (HEIDEGGER, 2015). É o *ser* do humano. É a instância de possibilidades de desvelamento do fenômeno, que se origina na esfera factual (PAULA et al., 2012).

Para se chegar à essência do *ser*, desvelando sentidos, Heidegger propõe um método fenomenológico que se fundamenta em dois momentos metódicos: a Análise Compreensiva ou Compreensão Vaga e Mediana, que permite a compreensão dos significados e o segundo denominado Análise Interpretativa ou Hermenêutica que se constitui na interpretação do fenômeno para se desvelar os sentidos do *ser* (HEIDEGGER, 2015).

Na entrevista fenomenológica baseada em atitudes de empatia do pesquisador, que possibilitam o mostrar-se das depoentes, interrogou-se o *ente* para conhecer o *ser*, favorecendo

a historiografia que revela o quem e a partir dela a historicidade considerando o mostrar-se das depoentes para além das informações objetivas.

A leitura e releituras atentas dos depoimentos possibilitaram a captação das estruturas essenciais que constituíram as Unidades de Significação e a partir dessas foi possível o desenvolvimento da Compreensão Vaga e Mediana.

O primeiro momento metódico possibilitou a elaboração do conceito de *ser*, com a junção dos caputs das Unidades de Significação, que constitui o fio condutor para a hermenêutica, que é um processo interpretativo do aspecto ontológico significado pelo *ser-no-mundo*, que torna possível o desvelamento do fenômeno (HEIDEGGER, 2015).

Para o desvelamento do *ser* há a necessidade de reflexões contínuas sobre os depoimentos manifestos. Ocorre um caminhar progressivo da dimensão ôntica à ontológica para que seja possível desvelar como a mulher vivencia sua *facticidade* de *estar-no-mundo*. Será possível, então, compreender os significados e desvelar os sentidos do *ser* mulher em pré-operatório de histerectomia.

4 CAMINHOS DO ESTUDO

A pesquisa de natureza qualitativa permite a livre expressão dos sujeitos sobre suas vivências e experiências acerca de determinada temática e possibilita a análise de questões particulares e subjetivas, além de favorecer a compreensão dos significados. Deste modo, optou-se por desenvolver este estudo na abordagem qualitativa, com vistas ao alcance do objetivo proposto (CAMPOS; TURATO, 2009).

No âmbito da pesquisa de natureza qualitativa, elegeu-se a abordagem fenomenológica de forma a atender o objetivo deste estudo, pois esta permite olhar as coisas da forma como elas se manifestam, não se preocupando simplesmente em explicar o fenômeno, mas em realizar uma descrição rigorosa que permite chegar até a essência do fenômeno proposto (AMORIM et al., 2013). A fenomenologia de Martin Heidegger possibilitou a compreensão dos significados manifestos pelo ser dos entes desta investigação.

A abordagem fenomenológica busca a essência do ser, o que não está à mostra, mas que pode ser revelado. O fenômeno em estudo pode estar no ente de modo oculto, havendo a possibilidade de seu desvelamento (PIOLLI, 2016).

A fenomenologia possibilitou compreender a mulher em sua subjetividade como ser existencial, valorizando-a. Isto porque a fenomenologia busca a compreensão dos significados que o ser humano manifesta através do seu discurso oral, gestual e até mesmo silencioso, além de permitir mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se expõem e se expressam por si mesmos (FERREIRA, 2014).

O objeto foi construído a partir de minhas inquietações e busquei desenvolver esta investigação tendo como objetivo compreender os significados e desvelar os sentidos do ser-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de-histerectomia. Neste sentido, busquei na corrente fenomenológica na perspectiva de Heidegger aproximar-me da compreensão dos sentimentos e sentidos da mulher, possibilitando uma assistência de enfermagem pré-operatória de qualidade, voltada às suas reais necessidades.

4.1 CENÁRIO

O cenário de estudo foi a Clínica Cirúrgica de um Hospital de ensino da Zona da Mata Mineira que interliga atividades de ensino, pesquisa e extensão e possui atendimento que engloba os níveis primário, secundário e terciário. A opção por este cenário foi devido a

demanda crescente de cirurgias de histerectomia realizadas no hospital. Segundo dados estatísticos da Instituição, no ano de 2015 foram realizadas 43 histerectomias e em 2016 esse número subiu para 74. No ano de 2017 foram realizadas um total de 103 histerectomias.

O hospital mantém exclusividade para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), estando atualmente vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Conta com três unidades de atendimento, sendo que duas delas oferecem desde serviços ambulatoriais a cirurgias de alta complexidade e uma unidade compreende serviços de saúde mental. Conta com uma equipe multidisciplinar que reúne pessoal técnico e administrativo, docentes, residentes, estudantes das Faculdades de Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Farmácia e Bioquímica e Serviço Social, integrados em programas de acolhimento ao paciente e às famílias (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2018).

Oferece mais de 40 serviços e atendimentos, entre eles atendimentos médicos em 24 especialidades e sete tipos de cirurgias. Também, conta com serviços de assistência social, fisioterapia, anatomia patológica, atendimento a doenças infecto-parasitárias e infectocontagiosas, endoscopia, transplante de medula óssea, vigilância epidemiológica, controle de infecção hospitalar e enfermagem. Os serviços disponibilizados estão divididos em 16 setores: Agência Transfusional, Ambulatório de Especialidades, Centro Material Esterilizado, Centro Cirúrgico, Setor de Cirurgia com atendimento especializado ao homem e à mulher, Clínica Médica com atendimento especializado ao homem e à mulher, Coordenação de Residentes, Farmácia, Ginecologia, Hospital Dia, Imaginologia, Laboratório Central, Pediatria, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Unidade de Treinamento Intensivo, Unidade Intermediária Cirúrgica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2018).

Além disso, o hospital dispõe de diversos centros de referência: Centro de Atendimento a Doenças Neurológicas Imunoimediadas, Centro de Diagnósticos e Análises Clínicas, Centro de Reabilitação de Hanseníase da Zona da Mata Mineira, Centro de Referência em Hepatologia, Centro de Transplante de Medula Óssea e Centro de Tratamento da Fibrose Cística (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2018).

Sua unidade principal compreende 140 leitos de internação em diversas especialidades, 9 leitos de Unidade de Terapia Intensiva para Adultos, sendo 1 leito de isolamento e possui Centro Cirúrgico com 4 salas de cirurgias (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2018).

Foi solicitada autorização para iniciar a investigação à Responsável Técnica pelo Serviço de Enfermagem do hospital, bem como comunicado aos enfermeiros do setor sobre a pesquisa e seu desenvolvimento.

4.2 AS DEPOENTES E ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo se insere na Linha de Pesquisa Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A pesquisa faz parte do Projeto de Pesquisa “Laboratório do cuidar/humanização da assistência” que tem como objetivo primário estudar significados e/ou vivências de pacientes e profissionais de enfermagem sobre o ato de cuidar, levando-se em consideração a definição de humanização preconizada pelos órgãos competentes. O projeto previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o Parecer número 1.049.543 (Anexo A), em conformidade com as questões éticas dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Ao buscar compreender significados e desvelar sentidos da mulher em pré-operatório de histerectomia, foram estabelecidos como critérios de inclusão as mulheres que estavam no pré-operatório de histerectomia por quaisquer causas, com idade superior a 18 anos e como critério de exclusão aquelas que apresentassem algum comprometimento mental que as incapacitasse de responder a questão norteadora.

As depoentes do estudo constituíram-se de quatorze mulheres, sendo o contato estabelecido sempre na véspera de sua cirurgia, a fim de tentar captar os significados do momento pré-operatório.

No encontro com as depoentes explicava sobre o estudo e convidava-as a participarem. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Anexo B), em duas vias sendo uma da depoente e uma da pesquisadora, e esclarecido junto à elas quanto ao objetivo da pesquisa. Foi informado sobre a garantia do anonimato, o sigilo das informações, e também que a pesquisa consistia em risco mínimo, pois que seria realizada apenas entrevista acerca dos significados do pré-operatório de histerectomia, estando por isso sujeito a riscos emocionais. A pesquisa somente se iniciou após o consentimento das mulheres e com a assinatura do TCLE.

Os depoimentos, assim como os demais registros realizados, serão arquivados sob a responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos e posteriormente serão destruídos conforme preconiza a Resolução 466/2012.

4.3 MOVIMENTOS DA ETAPA DE CAMPO

Para o desenvolvimento do estudo estabeleci contato com o Centro Cirúrgico para conhecer como era a agenda das cirurgias ginecológicas do hospital e sua rotina de cirurgia. Dessa forma constatei que as cirurgias eram agendadas sempre com no mínimo uma semana de antecedência, programando então os dias e horários de todas as cirurgias ginecológicas a serem realizadas na semana seguinte, podendo ocorrer de segunda a quinta-feira. Posteriormente, recorri ao auxílio do servidor técnico-administrativo responsável pela marcação cirúrgica, ficando combinado que eu ligaria toda semana, na sexta-feira, para saber da agenda de histerectomia da semana seguinte, o que me possibilitou saber as datas e horários das cirurgias, assim como das internações das mulheres.

Para o encontro com as mulheres, ancorada na fenomenologia de Martin Heidegger, foi realizada entrevista aberta, em ambiente acolhedor, com privacidade e sem interrupções para que fosse possível a construção do vínculo e da confiança com a participante que é fundamental à obtenção da concepção proposta pela fenomenologia (PAIVA, 2015).

Para isso, primeiramente foi necessária ambiência do local a ser realizado o estudo, logo efetuei a primeira visita ao setor de Cirurgia de Mulheres a fim de conhecer as enfermarias e outras opções de locais disponíveis, que assegurassem a confidencialidade dos encontros.

Foi oferecida às mulheres a possibilidade do uso do consultório ginecológico, localizado ao lado das enfermarias femininas por ser um ambiente tranquilo, que propiciasse a privacidade do encontro, entretanto ficava a cargo da mulher escolher o local que mais lhe agradasse. Algumas mulheres optaram por realizar o encontro no consultório e outras na própria enfermaria.

Dentre as depoentes, três delas solicitaram a presença de seus acompanhantes (que eram familiares), e, compreendendo que os mesmos representavam referencial de apoio às mulheres, eles estiveram presentes no encontro, mas não participaram dos depoimentos.

A entrevista/encontro existencial deve basear-se em atitudes de empatia e intersubjetividade, devendo o pesquisador suspender qualquer crença, teoria ou pré-concepção sobre o fenômeno que está investigando (SALIMENA et al., 2015). Durante a entrevista não deve haver nenhum indicio avaliativo e o participante não deve sentir-se questionado, para que seja possível ao pesquisador adentrar no seu mundo vivido (FERREIRA, 2012).

Durante a entrevista procurei mostrar-me atenta, reduzindo meus pressupostos, estando aberta a escuta e ao diálogo, para que fosse possível estabelecer uma relação de empatia com as mulheres. Foi desenvolvido pelas pesquisadoras um instrumento norteador (Apêndice) a fim

de orientar o encontro, composto pelas seguintes questões: O que significou para você saber que teria que fazer a cirurgia de histerectomia? Como está sendo este período de internação anterior a cirurgia? Como você está se sentindo neste momento? Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Os depoimentos foram gravados em aparelho Mp3, com a finalidade de se obter total fidelidade aos depoimentos e posteriormente transcrito na íntegra tão logo fosse possível. Uma das depoentes recusou que seu depoimento fosse gravado, porém aceitou e demonstrou muita vontade em participar da pesquisa. Assim sendo, o diálogo ocorreu paulatinamente, a fim de se registrar integralmente o depoimento. Ao final, a pesquisadora leu para a depoente todo o escrito e a mesma concordou com o registro.

Os encontros ocorreram entre os meses de agosto a outubro de 2017, com duração média de trinta minutos cada. Após o término de cada entrevista, ainda próximo ao local de encontro, realizei anotações de todas as observações no diário de campo, permitindo o registro da linguagem não verbal, como pausas, expressões e gestos que apoiaram a análise compreensiva. O discurso não dito, através dos gestos, olhares, silêncios, lágrimas são expressões importantes que dizem respeito ao desvelar do ser e devem ser registrados em diário de campo para complementar a escuta atenta (AMORIM; SALIMENA; SOUZA, 2015).

Para garantir o anonimato das depoentes foi utilizado código alfa numérico representado pela inicial E de entrevista, seguida do número cardinal equivalente a ordem das entrevistadas (E1, E2, E3...).

Nas pesquisas de natureza qualitativa não há a prévia determinação de modo fechado e fixo do número de participantes, sendo importante captar a essência do ser que se mostra. Portanto, as entrevistas ocorreram até o momento em que as mesmas não apontaram novas informações e aquelas obtidas apresentaram relevância e consistência para atender o objetivo proposto para o estudo, possibilitando a análise compreensiva proposta por Heidegger (BOEMER, 1994).

4.4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A análise iniciou-se após a transcrição na íntegra, leitura e sucessivas releituras das entrevistas objetivando-se captar as estruturas essenciais, com o auxílio do diário de campo a fim de rememorar o encontro fenomenológico com cada uma das participantes do estudo.

A busca pelas estruturas essenciais para se desvelar as facetas do fenômeno em estudo transcorreu a partir do recorte e agrupamento das falas transcritas, inicialmente destacadas por cores, para que fosse possível evidenciar os significados identificados nos depoimentos das mulheres e compor as Unidades de Significação.

A compreensão dos significados expressos pelas mulheres, apreendido em suas falas evidencia-se no desenvolvimento da Análise Compreensiva ou Compreensão Vaga e Mediana do ser, segundo o referencial de Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2015).

No segundo momento, após emergir o fio condutor com a construção do conceito de ser, desenvolve-se a Análise Interpretativa ou Hermenêutica, que busca a interpretação dos sentidos, o desvelamento do fenômeno (HEIDEGGER, 2015).

5 ANÁLISE COMPREENSIVA

A análise compreensiva, segundo o referencial metodológico de Martin Heidegger, abrange o primeiro momento metódico, a compreensão vaga e mediana. O segundo momento metódico compreende a análise interpretativa ou hermenêutica.

A compreensão vaga e mediana é a primeira compreensão do participante do estudo acerca do fenômeno. É aquilo que o ente pensa e fala do ser, mas ainda não é a interpretação. É uma compreensão que permanece na instância ôntica dos fatos, estando o fenômeno ainda velado. Após esse primeiro momento de análise ocorre a elaboração do fio condutor para a construção do conceito do ser por meio da junção do título das unidades de significação (HEIDEGGER, 2015).

Nessa etapa buscou-se a compreensão dos significados do período pré-operatório vivenciado pelas mulheres que irão se submeter à histerectomia, iniciando a descoberta das interpretações do ser. Os sentidos ainda se encontrarão velados, sendo possível o seu desvelar na hermenêutica.

5.1 HISTORIOGRAFIA

De acordo com o referencial filosófico-teórico-metodológico adotado neste estudo, a caracterização das participantes é feita pela historiografia, que representa uma tentativa de transmitir para a escrita um pouco do *quem* das mulheres compreendido a partir do encontro existencial.

A historiografia é composta a partir da esfera factual, pela dimensão ôntica dos fatos a qual contextualiza o ente em seu *quem* com base nas informações objetivas, possibilitando a compreensão do mundo que os circunda (PAULA et al., 2012; AMORIM; SALIMENA; SOUZA, 2015).

Heidegger afirma que a historiografia consiste em assumir como tarefa a abertura do que é histórico, referindo-a “como a ciência da história da presença”, que “deve pressupor o ente originariamente histórico como seu possível objeto” (HEIDEGGER, 2015, p. 485).

De acordo com a historiografia, participaram da pesquisa quatorze mulheres com idade entre 33 a 67 anos, sendo dez casadas, duas divorciadas e duas solteiras, todas com pelo menos um filho. Em relação ao grau de escolaridade, quatro possuem o 2º grau completo e uma incompleto, duas possuem o nível fundamental completo e sete incompleto. Das entrevistadas, cinco relataram ser evangélicas, oito católicas e uma declarou não ter nenhuma religião.

Como motivo da realização da cirurgia de histerectomia predominou-se o leiomoma do útero, em nove depoentes. Uma depoente apresentou prolapso uterovaginal, uma endometriose e uma hiperplasia adenomatosa endometrial. Duas mulheres apresentaram câncer uterino.

Quadro 1: Caracterização das participantes

Identificação	Data do encontro	Idade	Estado Civil	Religião	Escolaridade	Nº de filhos	Data da cirurgia	Motivo da cirurgia	Tipo de cirurgia
E1	22/08/17	67	Divorciada	Evangélica	2º Grau Completo	1	23/08/17	Prolapso uterovaginal	Histerectomia total
E2	23/08/17	51	Divorciada	Católica	2º Grau Completo	1	24/08/17	Leiomoma do útero	Histerectomia com anexectomia
E3	29/08/17	47	Casada	Católica	2º Grau Completo	2	30/08/17	Endometriose	Histerectomia com anexectomia
E4	05/09/17	42	Solteira	Evangélica	Fundamental Incompleto	1	06/09/17	Leiomoma do útero	Histerectomia total
E5	05/09/17	64	Solteira	Católica	Fundamental Incompleto	4	06/09/17	Leiomoma do útero	Histerectomia total
E6	13/09/17	64	Casada	Católica	Fundamental Incompleto	7	14/09/17	Neoplasia maligna do corpo do útero	Histerectomia total ampliada
E7	19/09/17	52	Casada	Evangélica	Fundamental Completo	1	20/09/17	Hiperplasia adenomatosa endometrial	Histerectomia total
E8	26/09/17	33	Casada	Evangélica	2º Grau Incompleto	2	27/09/17	Leiomoma do útero	Histerectomia total
E9	26/09/17	35	Casada	Católica	Fundamental Completo	2	28/09/17	Leiomoma do útero	Histerectomia total
E10	03/10/17	45	Casada	Católica	Fundamental Incompleto	2	04/10/17	Leiomoma do útero	Histerectomia total
E11	04/10/17	41	Casada	-	Fundamental Incompleto	2	05/10/17	Leiomoma do útero	Histerectomia total
E12	04/10/17	35	Casada	Católica	2º Grau Completo	1	05/10/17	Neoplasia maligna do útero	Histerectomia total ampliada
E13	10/10/17	47	Casada	Evangélica	Fundamental Incompleto	3	11/10/17	Leiomoma do útero	Histerectomia com anexectomia
E14	17/10/17	51	Casada	Católica	Fundamental Incompleto	1	25/10/17	Leiomoma do útero	Histerectomia total

Fonte: Ribeiro, M.O.S: Salimena, A.M.O

5.2 HISTORICIDADE

A historicidade anuncia a dimensão fenomenal, revela subjetividades e expressa a intersubjetividade do encontro (PAULA et al., 2012), considerando o mostrar-se dos depoentes além das informações objetivas (AMORIM; SALIMENA; SOUZA, 2015).

A historicidade representa o registro do acontecer, do dar-se do ser baseado na temporalidade. Para Heidegger (2015, p. 57) a “historicidade indica a constituição de ser do ‘acontecer’, próprio da presença como tal”.

Apresenta-se como um modo de ser da história, o que a torna objeto possível da historiografia (AMORIM, SALIMENA, SOUZA, 2015). A historiografia propicia a historicidade para além das informações objetivas, caracterizando o ser na dimensão ôntico-ontológica, possibilitando o desvelar dos sentidos possíveis do ser (HEIDEGGER, 2015).

Para que fosse possível a construção da historicidade das depoentes foi necessário rememorar as entrevistas e recorrer ao diário de campo, onde foram registradas as singularidades de cada mulher, expressa pelos gestos, expressões faciais, silêncios, choros, seu modo de falar, toda a linguagem não verbal. Buscando compreender o significado e desvelar sentidos da mulher em pré-operatório de histerectomia apresento o modo como elas se mostraram.

E1 solicitou esclarecimento sobre cada detalhe da pesquisa. Apresentei-lhe o TCLE e ela pediu que eu fizesse a leitura. Disse que queria muito participar, mas não gostaria que a entrevista fosse gravada. Expliquei da confidencialidade do depoimento e da importância da gravação para as escutas posteriores, mas ela não concordou, disse que ficaria tímida e nervosa. Afirmou ter medo que o áudio fosse ouvido por outras pessoas. Insistiu que gostaria de participar sem a gravação. Optou por realizar o encontro na enfermaria. Sentou-se em uma poltrona, sempre com as mãos no abdômen, como se estivesse segurando algo e relatou que era devido ao prolapso.

E2 estava assentada na cama quando adentrei a enfermaria e me recebeu com um sorriso discreto. Escutou atentamente sobre a pesquisa e prontamente respondeu que aceitava participar. Preferiu que conversássemos no consultório ginecológico ao lado da enfermaria, local mais reservado e pediu que sua filha nos acompanhasse. Durante a entrevista voltava o olhar sempre em direção à filha e às vezes para o chão.

E3 estava deitada quando cheguei e ali permaneceu. Muito atenciosa, aceitou prontamente participar da pesquisa. Optou por permanecer na enfermaria, que estava silenciosa

naquele momento. Antes de iniciar a gravação conversamos um pouco, mostrou-se muito receptiva e simpática, sempre com um olhar acolhedor.

E4 estava sentada na cama, quieta, quando cheguei. Estava sozinha, sem acompanhante. Concordou prontamente em participar, mas mostrou-se retraída. Optou por realizar a entrevista no consultório da ginecologia. Falava pouco e olhava sempre para o chão com as mãos sobrepostas uma a outra.

E5 estava cochilando quando cheguei e despertou com minha aproximação. Senhora de aparência bem sofrida, daquelas que trazem no corpo todas as marcas de uma vida de trabalho árduo. Conversamos por um tempo antes da entrevista, o que me fez perceber que ela não entendia bem o porquê da cirurgia, somente sabia que existia cisto no ovário e uma massa bem grande em sua região abdominal que precisava ser retirada. Afirmou que gostaria apenas de voltar pra casa e seguir sua vida normal. Ao final da entrevista, sua filha contou-me do medo de sua mãe, que não queria realizar a cirurgia e estava muito ansiosa, mas não gostava de demonstrar tais sentimentos.

E6 encontrava-se deitada, de olhos fechados, pensativa e com uma voz bem baixinha disse-me que concordava em participar. Não falou muito, fez pausas durante a entrevista, sua voz era calma e seus olhos por vezes apresentavam-se marejados em lágrimas. Durante todo o nosso encontro pronunciou palavras otimistas.

E7 estava conversando sorridente com as outras pacientes da enfermaria quando cheguei. Foi muito receptiva e de pronto aceitou participar da entrevista. Preferiu que nosso encontro fosse realizado na privacidade do consultório ginecológico. Antes da entrevista começar a ser gravada contou-me um pouco da sua história, afirmando sobre a tristeza em estar vivenciando aquele momento. Contou-me que há alguns anos retirou parte do colo uterino, sentindo-se parcialmente mutilada desde então. Após desligar o gravador relatou sobre a dificuldade das relações sexuais devido ao sangramento recorrente, cólicas e dispareunia. Mencionou o receio em como será a relação sexual após a cirurgia.

E8 muito receptiva e espontânea optou por conversarmos no consultório. Falava alto e estava sorridente, como quem estava ali para resolver um problema que a incomodava muito. Relatou medo, mas disse-me que não aguentava mais passar por situações constrangedoras devido ao sangramento intenso. Discorreu sobre várias das situações de constrangimento que passou, assegurando estar aliviada pelo fim deste problema. Relatou sobre suas ansiedades e preocupações com sua condição financeira após a cirurgia, pois era autônoma. Cabisbaixa, relatou que desejava muito ser mãe de uma menina, mas como esse não era o desejo de seu marido, optou pela cirurgia.

E9 recebeu-me com um largo sorriso. Falou-me sobre sua família, seus filhos e seu trabalho. Muito receptiva e com um tom de voz firme, mencionou que conhecia muito o hospital e como teria que fazer a cirurgia, se sentia segura que fosse ali. Contou-me que estava com muitos medos e que por ter muitos casos de câncer na família e seu diagnóstico não estar completamente esclarecido, receava o que poderia encontrar na cirurgia. Relatou sobre suas ansiedades, sobre o receio de se distanciar dos filhos pequenos e sobre a tristeza de ter que estar sozinha no hospital. Estava muito curiosa sobre a cirurgia e pós-operatório, questionando-me suas dúvidas principalmente sobre a recuperação.

E10 estava jantando quando cheguei. Optou para que conversássemos no consultório ginecológico. Com um sorriso tímido no rosto, apertava as mãos o tempo todo, com olhar voltado para elas. Relatou muitas vezes o medo da cirurgia.

E11 estava assistindo televisão do lado de fora, disse que era pra ajudar a passar o tempo. Aceitou de pronto o convite e nos encaminhamos para o consultório ginecológico. Mostrou-se tímida. Contou-me que era de outra cidade e estava triste de ter que ficar sozinha neste momento delicado e ainda que a espera causava ansiedade. Expressou sobre o alívio em saber que não iria mais ter sangramentos intensos que tinham duração de um mês inteiro.

E12 apresentava-se muito séria, cabisbaixa, um olhar que traduzia muita tristeza. Não sorriu em nenhum momento. Dizia-se estar tranquila, entretanto sua face denotava angústia. Falou pouco, seus olhos sempre encontrando o chão. Comentou que estava triste por ter que ficar longe do filho por alguns dias e que seu único desejo era que aquele momento terminasse logo.

E13 estava assistindo televisão. Demonstrou dúvida em aceitar, demorando um pouco para responder. Por fim disse que sim e nos encaminhamos para a enfermaria, local de sua escolha. Estava muito séria, apertava as mãos com impaciência. Falou pouco. Contou-me que o tempo passava mais lentamente no hospital.

E14 estava deitada, quieta e pensativa. Seu marido estava sentado ao seu lado, com um olhar sério. Aceitou participar da entrevista preferindo que fosse realizada ali mesmo no leito. Contou-me que estava muito triste, pois sua cirurgia foi adiada devido a um quadro de infecção no qual ela se encontrava e que não esperava esse tempo de internação tão longo. Relatou que a impossibilidade de realizar suas atividades diárias a aborrecia.

5.3 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

No encontro fenomenológico com as depoentes, busquei estar-com as mulheres por meio da escuta aberta e atenta, reduzindo pressupostos a fim de captar os significados do fenômeno e posteriormente desvelar os sentidos. Para isso, após a transcrição dos depoimentos, leituras e releituras, identifiquei as estruturas essenciais e as estruturas ocasionais e destaquei com cores diferentes as estruturas que foram significativas e consegui agrupá-las em Unidades de Significação (US). Recorri aos registros no diário de campo a fim de alcançar o que foi significativo para a mulher, o que contribuiu para a construção das US.

Assim, as mulheres em pré-operatório de histerectomia significaram:

US 1: Aceitar fazer a cirurgia;

US 2: Sofrer com a menstruação desregulada, sangramentos, dores, cólicas e passar por exames;

US 3: Vivenciar ansiedade, preocupação, nervosismo, insegurança, tristeza e medo;

US 4: Sentir-se aliviada e acreditar que a cirurgia trará melhora;

US 5: Apoiar-se em Deus e sentir-se bem cuidada no hospital.

Unidade de Significação 1: Aceitar fazer a cirurgia

Esperei até quando pude para não fazer. Mas a doença só progredia. Passei por quatro ginecologistas e clínicos, e todos disseram que eu tinha que operar. Eu não queria. Até que eu vi que não pude resistir mais. Um ano, quase dois anos. Tentei tomar chá pra melhorar, fiz tudo que me falaram que era bom, tomei remédio, mas não deu. E1

Aí a gente fica meio assim, mas falei: “Ah! Tem que cuidar”. Eu olhei pra cara dele e falei: “Minha nossa senhora! Será que é isso mesmo?”. E2

[...] Ele falou assim: “Olha, se você quiser tirar, isso é uma opção sua, porque o útero tá... como é que chama o que a gente dá? Endometriose. O endométrio tá espessado. Então ou você tira ou continua a vida inteira tomando remédio. É uma opção sua. Aí como eu já tive duas filhas... E3

[...] ele conversou comigo, perguntou se eu concordava em tirar o útero, eu falei: “Concordo!” Porque eu sinto muita dor, eu já não aguento mais de dor. E4

Eu nem sabia (da cirurgia). Ah eu fiquei quieta. A gente não pode fazer nada. Tem que fazer, senão, se ficar com esse negócio vai piorar. A doença passa, não tem mais cura. Num adianta a gente ficar nervosa, porque se a gente ficasse lá tomava um remedinho, passava, mas a doença ia voltar outra vez. Quando ela volta, ela volta feia. E5

Eu não posso ficar assim, não sei o que está acontecendo. E6

Se está estragado vamos tirar, não tem como colocar outro, então vamos tirar. Espero que não demore muito pra eu ficar livre dessa situação. E7

Eu já tive duas vezes pra operar no Rio, só que aí eu pegava e desistia. Fazia os exames e desistia. Agora eu falei: “Não vou correr mais não!” E8

Então, eu não sei falar o certo. Acho que até agora eu não entendi direito o quê que está acontecendo. Eu ainda nem sei o quê que eu tenho de verdade. E9

Ah não vou não, vou esperar, dar mais um tempo. Tudo por medo, medo de fazer. Aí ele falou que era melhor tirar porque eu não posso ficar com essa anemia toda vida. E10

Se tem que tirar, vamos tirar de uma vez, porque eu vou ficar assim, menstruada direto. Ele falou que a sorte minha é que não deu anemia, porque tem umas mulheres que dá. E11

Aí o médico falou que agora não tem jeito. Agora vai ter mesmo que operar esse mioma e aproveita e tira a coisa. Aí eu falei: “Por mim tudo bem”. E13

Aí ele falou que nesse caso ia ter que fazer a cirurgia. Fiquei assustada, mas como tem que fazer. É muito difícil, mas tem que aceitar é complicado. Não tem outro jeito não, podia ser pior, aparecer uma coisa pior. E14

Unidade de Significação 2: Sofrer com a menstruação desregulada, sangramentos, dores, cólicas e passar por exames.

Os exames eu paguei particular pra ver se ia mais rápido, mas mesmo assim demorou. Tive muita infecção urinária, o útero soltou e prendeu a bexiga, aí eu não conseguia urinar direito e tinha muita infecção. E1

Comecei assim, ter tipo assim uma preguiça. Eu queria fazer as coisas, mas não tinha aquela vontade de fazer. A ferretina tava baixa, anemia, tudo. Aí eu fiz o ultrassom, aí apareceu o mioma. Aí eu voltei ela pediu o transvaginal. Aí constatou que eu estou com mioma e não sei o quê mais. E2

A minha menstruação, o fluxo aumentou muito e me dava muita cólica, de repente começou a vir mais dias, cheguei a ficar até dias direto menstruando. Tinha feito o transvaginal, os outros exames e sempre tava falando que o útero tava aumentado. Tinha dia que tava bem, depois descia aquele monte, sujava tudo... fora aqueles pedaços que sai. Eu sei o sofrimento que é, a dor que é. Fiz vários exames, aí fui nele e ele falou assim: o útero tá com endometriose. E3

Porque sinto muita dor, eu já não aguento mais de dor. Muita dor, quando eu fico menstruada aí que a dor vem mesmo. E remédio nenhum tá adiantando nada. Fiz tratamento, falou pra tomar direto o Ciclo 21, mas não adiantou. Minha pressão tá subindo e me dando muita dor de cabeça. Minha pressão chegando a 20, 21. E4

Eu tava vomitando demais. Não comendo nada. Vomitando verde, mancando, eu não sabia o quê que era. Aí eu fui consultar, fazer os exames aí deu... Cisto no ovário. E eu não sabia não. E5

Foi assim um negócio de um sangramento, aí fui no médico, o cirurgião lá estava de férias e me encaminhou pra cirurgia aqui. Graças a Deus fiz os exames tudo, tomografia, fiz o raio-x, eletro, fiz o eco do coração, exame de sangue. E6

Fiquei quase dois anos sem menstruar e quando foi em março eu voltei a sangrar, eu menstruei novamente. Eu fiquei do dia quatorze até o dia trinta de março menstruada. Eu tava andando sentindo cólica. Porque eu já fiz um CAF, então eu fui bem sucedida nessa cirurgia, só que uma semana e eu sangrei muito. E7

Porque estou conversando aqui e se tiver menstruada tenho que usar fralda, porque absorvente pra mim é como se não tivesse usando nada. Uma vez eu estava em casa conversando e quando eu abaixei parecia que o sangue tava jorrando. É muita placa que vem e muito cheiro forte. Aí eu falei vamos resolver isso logo. Chega! É muita cólica que sinto, choro de dor, não consigo trabalhar. Chega uma hora que você tem que dar um basta. E8

O sofrimento que eu vivo, com o sangramento, com as dores tudo é muito grande. Tem dois anos que eu comecei a sentir dores, minha menstruação desregular. Mas aí o meu médico lá em Cataguases, a primeira coisa que ele disse é que a suspeita era endometriose e que o certo seria eu tirar. E9

Fiz o ultrassom transvaginal e ele me passou até um medicamento anti-hemorrágico pra controlar a hemorragia e falou que se não controlar vamos ter que fazer a cirurgia. Os primeiros três meses controlou direitinho, mas depois não estava adiantando mais. Estava sangrando muito, não estava resolvendo mais. Ele disse que tinha que tirar, até porque eu estava ficando com muita anemia. E10

Todo ano eu faço o ultravaginal, só que nunca acusou nada. Acusava um pequeno cisto, mas esse ano eu descobri que estava com mioma. Aí foi uma surpresa pra mim. E também eu tava ficando menstruada duas vezes num mês só, direto, sem parar, mesmo tomando remédio de evitar eu sangrava direto. E11

É desde agosto, porque eu fiz essa cirurgia em julho que fiz a biópsia e deu que teria que tirar o útero. Mas, eu não fiquei assustada porque eu já queria ter tirado o útero, só não tirou porque o médico falou que eu estava sendo radical. E12

Foi que eu comecei a ter hemorragia, comecei a ir ao médico. Tem dois anos isso e ele falou que eles iam entrar com hormônio, mas não adiantou nada, continuei tendo hemorragia. E13

Começou minha barriga crescer bastante, comecei a sentir incômodo, uma dormência nessa perna direita sempre no segundo dia da menstruação, muito gases. Umás pessoas na rua, vizinhos me perguntavam se eu estava grávida, começou a me incomodar. Na hora que vai ter relação não dá, fica difícil, complicado, eu não sinto dor não, mas incomoda bastante. Aí eu resolvi ir no médico e ele pediu pra mim fazer os exames, ultrassom abdominal, transvaginal, exame de sangue, exame de urina, fiz tudo isso. E14

Unidade de Significação 3: Vivenciar ansiedade, preocupação, nervosismo, insegurança, tristeza e medo.

Eles ficaram de me ligar quando agendasse a cirurgia. Fiquei muito tensa. A gente nunca sabe o que vai acontecer na cirurgia a gente nunca sabe. Tô preocupada com a anestesia. Tenho medo da anestesia, mas estou tendo muito apoio. Quando eu fui ganhar neném eu não tive medo, mas agora eu tenho. E1

Na expectativa até amanhã. Ansiosa. Fico pensando, eu lembro como que eu fui na cesárea. E2

Ansiosa, doída pra poder fazer isso logo, sair dessa etapa. Essa ansiedade que me dá, eu achei até que ia ser hoje a cirurgia, ela falou que era pra mim vim de jejum, chegou aqui, falaram que vai ser amanhã. É eu tenho gente na família que já morreu com problema no colo do útero, então eu não quero isso pra mim. Eu não sei o que pode causar, então eu escolhi tirar. E3

Tô quietinha, fazer o quê. A gente não pode fazer nada. E5

Eu senti assim meio preocupada, no começo eu fiquei meio preocupada. Assim, fiquei meia tensa uns dias. E6

A gente fica chocada, porque a gente fica mutilada. No momento, num primeiro momento fiquei assim meio triste. Porque às vezes a gente começa a pensar, fica meio coisa, mas tem lá aquela menina magrinha (paciente da enfermagem) que não me deixa pra baixo. E7

Ansiosa também pra recuperar logo e voltar a trabalhar. Porque todo dia eu trabalho de manhã e à noite eu trabalho em outro, aí a gente sente falta. Vai ser um descanso, porque eu trabalho todos os dias a noite e praticamente eu não paro em casa. No início foi medo, que o povo me botava tanto medo! A gente tem um certo medo no hospital. Os dias pra trás eu estava bem nervosa, mas hoje eu tô tranquila, amanhã eu já não sei. E8

Muito ansiosa. Muita ansiedade, demais da conta, no entanto que o médico lá do posto, até me receitou sertralina. Cheguei a ponto de esquecer tudo, tudo que eu tinha que fazer. Me deu um esquecimento, uma coisa assim esquisita, confundia as agendas lá no meu serviço. Nossa senhora, uma confusão danada. Acaba que fico muito nervosa com as crianças também. Acho que é a ansiedade que faz isso. Tô apreensiva, com medo, medo de tudo, medo de tirar e minha vida não ser normal, medo de dá algum problema, alguma complicação, tudo pode acontecer, a gente sabe disso. Ter que ficar longe (da família) alguns dias. Dá um medo de não voltar. E9

Até que está sendo tranquilo, eu achei que ia ficar mais nervosa do que eu tô. Eu não tô tranquila não, mas tive mais é medo, igual eu estou tendo ainda medo de fazer a cirurgia. Mas a parte psicológica foi tranquilo. Só mesmo o medo da cirurgia. E10

Só tô ansiosa que chega amanhã, se eu vou ficar bem. Claro que eu sei que eu vou ficar. E11

Tô ansiosa, mas tô bem tranquila, mas nervosa não. Não vejo a hora de passar tudo, de acabar. A princípio quando eu descobri que era o câncer, a gente fica assim, fica nervosa, não espera essa doença, mas sobre tirar o útero eu fiquei tranquila. E12

Ontem que eu fiquei meio nervosa, minha pressão subiu a hora que eu cheguei aqui. Fiquei nervosa. Hoje graças a Deus já tá controlada. Agora eu não tô sentindo nada. Tô um pouquinho ansiosa, mas é normal. Fora a ansiedade, só isso. Resto tá tudo tranquilo. E13

Levei um susto. No início foi muito triste. Eu nunca, até hoje, não fiz nenhuma cirurgia. Aí eu fiquei meio assustada, com medo, muito difícil. Muito difícil, porque a gente tá assim, sentindo bem e ficar no hospital é muito difícil. Na hora que ele falou que eu tinha que operar eu fiquei muito assustada. Ontem, antes de eu vim eu fiquei tão ansiosa que eu dei até dor de barriga, de tanta ansiedade, mas depois eu cheguei aqui, relaxei, aí hoje a médica veio aqui falar que eu não ia fazer mais (cirurgia adiada por mais uns dias), aí eu já fiquei triste. E14

Unidade de Significação 4: Sentir-se aliviada e acreditar que a cirurgia trará melhora

Pelo menos o problema vai acabar, porque é muito ruim, não posso andar muito, tem que fazer muita higiene, limpar muito bem pra não dar infecção e também ficar usando cinta apertada. Isso tudo vai acabar, aí vai ser bom. E1

Deixa eles fazer o que eles tem que fazer, mas se Deus quiser eu tô voltando pronta. E2

Então ou você tira ou continua a vida inteira tomando remédio. É uma opção sua. Aí penso, menos um problema pra mim... acho que vai ser um benefício. Tô certa de que vai ser bom, com a consciência tranquila. Todo mês tendo que viver de tomar remédio, sendo que eu já tomo muito, então vai ser menos um que vou ter que tomar. Melhorar minha vida, porque eu num posso fazer caminhada, eu vou fazer uma esteira. Eu vou ficando mais limitada às coisas da vida e a retirada do útero também vai ser bom. E3

Ah, fiquei mais aliviada porque eu sentia muita dor, aí fiz os exames e o médico falou que o mioma tava muito grande. Aí fiquei mais aliviada porque ele falou que por fora deu um e por dentro tem vários. Tô me sentindo ótima, aliviada e ótima. E4

Tá sendo bom, porque descobriu. Tem que fazer, senão, se ficar com esse negócio vai piorar. A doença passa, não tem mais cura. E5

Graças a Deus em relação à cirurgia tranquila que vai dar tudo certo. E6

Eu prefiro tirar, porque aí também eu fico tranquila. Porque a gente quando sai de casa, não sabe que roupa que sai. E7

No início foi medo e depois foi alívio devido ao tempo que eu fico menstruada. Eu passo de vinte dias. Vamos fazer. Porque só o fato de você não ficar mais menstruada, minha filha, nossa mãe! E8

O sofrimento que eu vivo, com o sangramento, com as dores tudo, é muito grande. Tô esperando o melhor. Tô em paz, em paz. Confiante. E9

Porque se não tivesse filho eu ia ficar com pesar, mas eu tenho meus filhos, graças a Deus. E10

Ansiosa pra mim operar, ficar livre desse problema. Se tem que tirar, vamos tirar de uma vez, porque eu vou ficar assim, menstruada direto. E11

Porque desde o princípio eu já queria tirar. Quando fui fazer minha outra cirurgia, fui fazer uma CAF, já queria tirar. Falei pro médico: Acho melhor já tirar, porque já que tá dando problema. E12

Tô necessitando mesmo porque tava tendo muita hemorragia, aí o médico falou que ia tirar o mioma. E13

Não tem outro jeito não, podia ser pior, aparecer uma coisa pior. Porque assim, sentindo muito ruim, porque vai vestir uma roupa não serve, às vezes fica desanimada. Fui tomar banho, fui raspar e eu nem conseguia, porque eu agacho e não conseguia direito. Então quer dizer, tem que correr contra o tempo. E14

Unidade de Significação 5: Apoiar-se em Deus e sentir-se bem cuidada no hospital.

Tem que confiar em Deus primeiro, segundo nos médicos. A mão de Deus na frente. Tenho que ter essa confiança. Agora que estou aqui estou melhor, pois estão me tratando muito bem. A doutora é muito atenciosa. A psicóloga conversou muito, atendeu muito bem, mas não gravou não. A assistente social também me tratou muito bem. Aqui todo mundo trata a gente bem. O hospital é ótimo, tem tudo de recurso. [...] Eu ligo pro meu irmão, pras minhas colegas, elas estão passeando e conversam comigo. E1

Encontrei uma colega ali (na enfermaria).[...] Aí se Deus quiser amanhã faço. Se Deus quiser. O meu, se Deus quiser, vai ser tipo assim uma cesárea. É isso. E2

Tranquila, firme que vai dar tudo certo. Confio em Deus. E3

Aqui as pessoas são muito boas, tratam a gente muito bem. Toda hora tá lá no meu quarto, perguntando se eu tô sentindo alguma coisa. A assistência muito boa. E4

Sou bem atendida, bem tratada. Bem cuidada, graças a Deus. Na UPA também fui bem tratada, aqui também fui. Milha filha tá de companhia. Filha boa que a gente tem. E5

A gente fica assim meio coisa, pensando na família em casa. Eu senti assim meio preocupada, mas logo eu falei entregue pra Deus tomar conta. Ele vai me dar muita força. E6

Então ela (colega de quarto) tá me deixando bem tranquila e ele também (marido), ele fala sempre comigo, sempre do meu lado. Ele vem me ver todo dia, eu falo (no telefone) com a minha sogra todo dia. E7

Todo mundo que eu conversei já operou, que foi a tia do meu esposo, a minha sogra e minha cunhada. Dor, todo mundo tem quando vai fazer

cirurgia, mas é só fazer o resguardo direitinho. Tá entregue na mão do Senhor, eu sei que vai dar tudo certo. E8

Agora é real. Agora é confiante, entregar nas mãos de Deus e Ele vai fazer o melhor. Se eu tô aqui é vontade Dele. Mas, assim esperando o melhor, confiante de que vai dar tudo certo. E9

Eu fiquei com medo de vir pra cá, muito medo na hora que eles me falaram que eu tinha que vim pro HU, não conheço esse hospital. Fiquei morrendo de medo, mas eu tô sendo muito bem cuidada. E10

Confio em Deus primeiramente e neles aqui com certeza. Ah sendo bom, as enfermeiras sendo legal. Um bom atendimento. Eu nunca fiquei num hospital assim, o pessoal trata a gente bem, gostando. Eu tenho confiança e confio nos médicos também. E11

Eu acho que vai correr tudo bem e pronto, acabou. É ruim ficar longe do filho, da família da gente, mas tem que passar por isso, fazer o quê. E12

Agora tá tranquilo. Sendo muito bem tratada, enfermeiro muito bom, pessoal muito bom, muito educado. Nessa parte aí bem graças a Deus. E13

Agora vamos esperar, ver e que seja o que Deus quiser. E14

5.4 COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA

Durante a leitura dos depoimentos buscou-se identificar as estruturas essenciais possibilitando a construção das Unidades de Significação, e a partir daí, o desenvolvimento da Compreensão Vaga e Mediana. Essa compreensão ocorreu pela distinção das manifestações essenciais daquelas ocasionais, o que possibilitou a compreensão dos significados expressos pelas mulheres que irão se submeter a histerectomia, entretanto os sentidos encontram-se velados (HEIDEGGER, 2015).

Logo, as mulheres demonstraram em seus depoimentos que aceitaram a realização da cirurgia por desconhecerem outra abordagem de tratamento e acreditarem ser a melhor opção para a cura de seus problemas. Entenderam que o tratamento clínico não estava adiantando, após a tentativa com o uso de hormônios não surtiram o efeito esperado. Houve relato de uma depoente que fez uso de chá para tentar melhorar.

Algumas depoentes relataram surpreendidas e significaram desconhecimento sobre sua situação de saúde e seu diagnóstico efetivo, entretanto concordaram em realizar a cirurgia acreditando ser o tratamento de melhor escolha.

Uma depoente significou aceitação da cirurgia visto que o útero está estragado e não há como substituí-lo. Foram informadas que a anemia poderia surgir e que era prejudicial possuí-la por um longo tempo. Informaram preocupação de ter que tomar remédio a vida toda devido a endometriose.

Ressaltaram o receio de que seu estado de saúde piorasse ou que o problema fosse resolvido momentaneamente e retornasse mais tarde. Outra expressou que resistiu à cirurgia por um longo tempo, o máximo que pode, porém como a doença progredia chegou um momento em que a espera não pode mais ser possível.

As depoentes relataram que passaram por vários exames, dentre eles os exames de sangue, de urina, ultrassons abdominais e transvaginais, tomografia, raio-x, eletro, eco do coração, para comprovar a necessidade e se estavam aptas à intervenção cirúrgica. Nesses exames foram identificados cistos, miomas, endometriose e câncer.

Expressaram sofrimentos que alteram sua rotina diária, destacaram sangramento intenso, menstruação desregulada, dores, cólicas, ânsia de vômito decorrente das dores fortes, infecção urinária e anemia. Todas as queixas apresentadas perduraram por um período significativo de tempo e trouxeram modificações na vida diária das mulheres, que compreenderam que a cirurgia era a única solução para esses problemas.

As mulheres significaram que entre as alterações da vida diária estava o desânimo decorrente da anemia, impossibilidade de trabalhar devido às dores e sangramentos, uso de fralda visto que o absorvente não era suficiente para conter o fluxo aumentado, não poder sair com qualquer roupa e até mesmo evitar eventos sociais como forma de prevenir constrangimentos causados pelas hemorragias.

Uma depoente relatou constrangimento devido ao aumento abdominal, levando os vizinhos a questionarem se estava grávida. Manifestou alteração na vida sexual, com desconfortos que dificultaram e por vezes impossibilitaram essa prática, relatou que o inchaço abdominal atrapalhava em outras atividades como a de higiene pessoal.

Afirmaram que a ansiedade surgiu desde a espera da marcação cirúrgica, que foi rápida para algumas delas e muito demorada para outras. Mencionaram também a ansiedade logo que chegaram ao hospital, no período em que aguardavam para subirem para as enfermarias.

Revelaram também a ansiedade em recuperarem-se e retornarem ao trabalho, pois o período cirúrgico e o pós-operatório impactam diretamente nas atividades diárias. Uma

depoente mencionou que o afastamento do trabalho representaria um descanso, já que possuía dois empregos, entretanto, ainda assim informou que sentia falta e ansiava recuperar logo.

Para outra mulher o período que se estendeu desde a consciência da necessidade cirúrgica até a marcação do procedimento foi um período de intensa ansiedade que repercutiu negativamente no seu dia a dia, refletindo com esquecimentos de funções desempenhadas no seu trabalho e impaciência com os filhos.

Significaram estar ansiosas para solucionar o problema e estar livre daquele momento delicado e relataram que esse sentimento perdurou até o momento da cirurgia. A ansiedade em algumas mulheres relacionou-se ao fato de ser a primeira cirurgia necessária para correção de alguma doença, tendo vivência apenas de cesarianas.

Algumas depoentes afirmaram estarem tranquilas e no momento seguinte relataram estarem ansiosas com a cirurgia, alternando períodos de tranquilidade com àqueles de maior ansiedade.

Apresentaram inseguranças em relação ao momento cirúrgico, receio sobre como irá transcorrer o a cirurgia, sentimentos que iniciam previamente a cirurgia, podendo ser dias antes ou até meses, dependendo de cada mulher e do tempo de intervalo entre o diagnóstico e o procedimento cirúrgico em si. Outras manifestaram preocupação e medo da anestesia. O nervosismo para algumas é acompanhado de alterações biológicas, como aumento da pressão e dores de barriga.

O medo da cirurgia e o nervosismo estão presentes e são fatores que contribuem para o seu adiamento. Mencionaram que o medo foi intensificado com comentários, opiniões e vivências de amigos e familiares que influenciaram na negação e na decisão de protelar a cirurgia.

De acordo com as mulheres, os medos são vários, dentre eles pode-se observar o medo e preocupação com o pós-operatório, em ter que ficar em repouso e adiar seu retorno às atividades habituais, medo de ter complicações que impeçam a continuação de uma vida normal, medo de que suas vidas não sejam mais as mesmas e ainda o medo de não retornar da cirurgia.

Há aquelas que tiveram familiares que sofreram com problemas no útero. Então, o medo está associado aos problemas que a decisão da não retirada pode trazer. Essas mulheres optam então pela cirurgia pelo receio de que o problema possa piorar no futuro.

Referiram à insatisfação de ter que estar por um tempo no hospital e ainda serem obrigadas a vivenciar esse período sozinha, distante da família.

A tristeza é sentimento presente em algumas depoentes, que veem a retirada do útero como a remoção de um pedaço que lhes é próprio, de uma parte de si. Por vezes a mulher que necessita retirar o útero sente-se surpreendida, assustada podendo se reconhecer como um ser mutilado.

As mulheres significaram alívio, acreditando que a cirurgia representa o fim dos desconfortos, como as dores intensas, as cólicas e os sangramentos recorrentes. Apresentaram como um ponto positivo não precisarem mais tomar medicamentos para conter os sangramentos. Assim, poderiam retornar sua rotina ao que era antes do surgimento desses problemas no útero. Mostraram-se também aliviadas pelo fato de descobrirem a doença a tempo de ser tratada, antes que se agravasse.

Algumas mulheres relacionaram a aceitação da retirada do útero com o fato de já terem filhos, acreditando que ele então não fará falta, pois não desejam mais engravidar.

Em seus depoimentos mostraram-se otimistas em relação ao processo cirúrgico e apresentaram-se confiantes em um bom resultado na cirurgia. Expressaram sentirem-se bem cuidadas no hospital, ao receberem uma assistência de qualidade, um bom atendimento e acolhimento adequado. Ademais referiram confiança na equipe, que se mostra muito presente e educada. Foram mencionados positivamente os médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

A menção a Deus esteve presente em grande parte das entrevistas, representando fonte de sustentação das mulheres na vivência cirúrgica, oferecendo suporte ao sofrimento experienciado, esperança e encorajamento no sucesso do ato cirúrgico.

Algumas mulheres revelaram em seus depoimentos que buscaram apoio em seus colegas de internação e em seus familiares, que apesar de não poderem estar presentes fisicamente durante todo o tempo de hospitalização, compareciam sempre nas vistas e estavam disponíveis no telefone, meio pelo qual utilizavam para buscar suporte.

5.5 FIO CONDUTOR DA HERMENÊUTICA

Segundo Heidegger (2015) a elaboração do conceito de *ser* somente é possível a partir da compreensão vaga e mediana do ser, com a junção dos *caputs* das Unidades de Significação. Esse conceito constitui o fio condutor para a compreensão interpretativa do ser no segundo momento metódico, quando decide “o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda

não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido de ser” (HEIDEGGER, 2015, p. 41).

Desse modo, o conceito de *ser* da mulher que vivencia o pré-operatório de histerectomia, significou:

Aceitar fazer a cirurgia; sofrer com a menstruação desregulada, sangramentos, dores, cólicas e passar por exames; vivenciar ansiedade, preocupação, nervosismo, insegurança, tristeza e medo; sentir-se aliviada e acreditar que a cirurgia trará melhora; apoiar-se em Deus e sentir-se bem cuidada no hospital.

6 ANÁLISE INTERPRETATIVA

Após a compreensão dos significados manifestos pelo *ser* mulher que vivencia o pré-operatório de histerectomia por meio da Compreensão Vaga e Mediana, emergiu o Fio Condutor com a construção do conceito de ser. A partir deste torna-se possível interpretar os fenômenos ainda encobertos que emergiram nos depoimentos das mulheres, possibilitando o caminhar da dimensão ôntica à ontológica, direcionando para o segundo momento metódico proposto por Heidegger, a Análise Interpretativa ou Hermenêutica.

Em sua obra *Ser e Tempo*, Heidegger (2015, p. 199) apresenta que “a interpretação fenomenológica deve oferecer para a própria presença a possibilidade de uma abertura originária e, ao mesmo tempo, da própria presença interpretar a si mesma”.

Logo a Análise Interpretativa compreende-se como a possibilidade de desvelar os sentidos do *ser-mulher-na-vivência-do-pré-operatório-de-histerectomia*, que se mantiveram velados no primeiro momento metódico, sem interpretar lhe o sentido. “A compreensão vaga e mediana de ser é um fato” (HEIDEGGER, 2015, p. 41).

Ao significar **aceitar fazer a cirurgia**, a mulher revela que na *facticidade* foi acometida por diversos sinais e sintomas que denotaram alguma patologia em seu útero, fazendo com que a intervenção cirúrgica fosse necessária, indo além de seu controle.

A mulher não assumiu a decisão da sua cirurgia, não se abrindo para participar das possibilidades de escolha de tratamento. Deixou-se guiar pelas circunstâncias a que estava submetida, descobrindo a histerectomia como necessária à resolução de sua condição de doença.

Portanto, na *cotidianidade* o *dasein* mostra-se na *existência inautêntica* ou *modo impróprio* de ser. *A impropriedade*

constitui justamente um modo especial de ser-no-mundo em que é totalmente absorvido pelo ‘mundo’ e pela copresença dos outros no impessoal. Não ser ele mesmo é uma possibilidade positiva dos entes que se empenham essencialmente nas ocupações de mundo. Deve-se conceber esse não ser como o modo mais próximo de ser da presença, o modo em que, na maioria das vezes, ela se mantém (HEIDEGGER, 2015, p. 240).

O *ser-aí* segue em uma direção que não lhe é própria, desvelando-se na *impropriedade* ao não assumir o cuidado de sua própria saúde.

A mulher não tem a opção de organizar seu *mundo-vida* para a cirurgia, o seu *ser* é esquecido em detrimento de uma rotina médica que escolhe os dias e horários ideais. Segundo Heidegger (2015, p. 183): “O *impessoal* pertence aos outros e consolida seu poder” e afirma ainda que “O *impessoal* tira o encargo de cada presença em sua cotidianidade. E não apenas isso; com esse desencargo, o impessoal vem ao encontro da presença na tendência de superficialidade e facilitação” (HEIDEGGER, 2015, p. 185).

O sentido do *falatório* é desvelado. A partir da fala dos médicos sobre a necessidade cirúrgica a mulher repete o que se falou. Ao mesmo tempo, quando os médicos informam que o tratamento cirúrgico é a melhor escolha neste caso, e que a continuação dos sintomas podem ser agravante à doença, a mulher aceita e reproduz a fala. Segundo Heidegger (2015, p. 232) a fala

nunca se comunica no modo de uma apropriação originária deste sobre o que se fala, contentando-se com repetir e passar adiante a fala. O falado na falação arrasta consigo círculos cada vez mais amplos, assumindo um caráter autoritário.

A *falação* consiste em aceitar e reproduzir de maneira superficial falas e orientações dos médicos sem ter apreendido o real significado de tudo aquilo. A mulher fala do medo de desenvolver anemia, sem, contudo, conhecer suas implicações. Relata também que possui a endometriose sem conhecer a fundo a patologia. É o entendimento de algo, mas não a compreensão. “A *falação* é a possibilidade de compreender tudo sem se ter apropriado previamente da coisa” (HEIDEGGER, 2015, p. 232).

A *curiosidade* advém do *falatório*, buscando ver as coisas sem mesmo compreendê-las. Como menciona Heidegger (2015, p. 236) “A curiosidade liberada, porém ocupa-se em ver, não para compreender o que vê, ou seja, para chegar a ele num ser, mas apenas para ver”. Dessa forma, os modos da fala e da visão caminham juntos, pois

não se acham simplesmente um ao lado do outro, mas um modo de ser arrasta o outro consigo. A curiosidade, que nada perde, e a falação, que tudo compreende, dão à presença, que assim existe, a garantia de ‘uma vida cheia de vida’, pretensamente autêntica (HEIDEGGER, 2015, p. 237).

A mulher desvela a *curiosidade* ao buscar com outras pessoas, inclusive com mulheres histerectomizadas acerca do procedimento cirúrgico, e ainda ao pesquisarem a respeito de alternativas que evitem a cirurgia, como o uso de chás.

A *falação* e a *curiosidade* desvelam na visão de Heidegger o sentido da *ambiguidade*. A *ambiguidade* revela-se quando “Tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido

autenticamente quando, no fundo, não foi. Ou então parece que não o foi quando, no fundo, já foi” (HEIDEGGER, 2015, p. 238). O modo *ambíguo* desvela-se quando a mulher acredita estar tranquila para a realização da cirurgia quando no fundo menciona o medo de não retornar da mesma. Em outro momento refere o medo e a angústia de pensar no procedimento cirúrgico, quando no fundo já se decidiu a realizá-lo. Logo, “A *ambiguidade* já subsiste na convivência enquanto convivência lançada num mundo” (HEIDEGGER, 2015, p. 239).

Ao significar **sofrer com a menstruação desregulada, sangramentos, dores, cólicas e passar por exames**, no modo de ser da *cotidianidade*, o *dasein* apresentou-se com diversos desconfortos decorrentes das modificações uterinas. Por um tempo que lhe pareceu muitas vezes longo esteve *lançada* em condições de sangramento e dores que determinaram a necessidade da histerectomia. Nesse momento o *dasein* assume a necessidade do cuidado *ocupando-se* das coisas e *pre-ocupando* consigo, abrindo-se para o seu *poder-ser* mais próprio, assumindo o sentido da *propriedade e autenticidade*.

A *cotidianidade* é o “modo de ser em que a presença, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, se mantém” (HEIDEGGER, 2015, p. 460), “significa o modo como a presença ‘vive o seu dia’, quer em todos os seus comportamentos, quer em certos comportamentos privilegiados pela convivência” (HEIDEGGER, 2015, p. 461).

Enquanto um modo de ser singular da *presença*, a *cotidianidade* do *ser-aí-mulher-em-pré-operatório-de-histerectomia* representou a vivência de um período de sangramentos intensos, cólicas, dores abdominais e anemias que impactaram severamente em seu *ser-no-mundo*, limitando-se no *mundo público*, aberto a todos, e até mesmo no *mundo circundante*, “mundo mais próximo da presença cotidiana” (HEIDEGGER, 2015, p. 114). Devido ao temor de experienciar situações constrangedoras as mulheres distanciaram-se do trabalho e do convívio social.

Como *ser-no-mundo*, a mulher sente-se limitada pelos desconfortos recorrentes que a patologia uterina lhe causa, prejudicando seu relacionamento social impactando em seu *ser-no-mundo-com-os-outros*. O modo de ser da presença é estar circundado por outros *seres-aí*, então *ser-no-mundo* torna-se *ser-com-os-outros*, e o mundo se estabelece como um mundo *compartilhado*. “Mesmo o *estar-só* da presença é *ser-com* no mundo. Somente num *ser-com* e para um *ser-com* é que o outro pode faltar. O *estar-só* é um modo deficiente de *ser-com*, e sua possibilidade é a prova disso” (HEIDEGGER, 2015, p. 177).

Defrontar-se com a cirurgia desencadeou no ser-mulher diversos sentimentos que se misturaram entre o alívio com o fim dos sangramentos e dores, e **vivenciar ansiedade, preocupação, nervosismo, insegurança, tristeza e medo**. Com a espera cirúrgica surgiram

diversos medos, da separação da família, da anestesia, das implicações pós-cirúrgicas, da morte. Então, a cirurgia representa o *amedrontador*, que de acordo com Heidegger (2015, p. 200) “o de que se teme, o ‘amedrontador’, é sempre um ente que vem ao encontro dentro do mundo”.

Assim, durante o pré-operatório de histerectomia, a mulher vivencia o medo que é uma possibilidade de *ser-no-mundo*, “a presença é medrosa (HEIDEGGER, 2015, p. 202)”, além disso, “é tendo medo que o medo pode ter claro para si o de que tem medo, ‘esclarecendo-o’” (HEIDEGGER, 2015, p. 200)

Para Heidegger o medo desvela o sentido da *angústia imprópria* e leva o *ser-aí* a decair-no-mundo. O medo pode variar em *pavor*, *horror* e *terror* (HEIDEGGER, 2015).

O medo se torna *pavor* quando a ameaça é algo conhecido e familiar, e acontece de modo súbito: “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim” (HEIDEGGER, 2015, p. 202). Logo a mulher vivenciou o *pavor* da separação da família durante a cirurgia e da anestesia, ambos familiares, por já ter passado por cirurgias anteriores, na sua maioria cesariana.

Para o filósofo o *horror* se dá quando a ameaça é algo não familiar (HEIDEGGER, 2015), revelando-se quando a mulher desconhece como será sua vida após a cirurgia e teme alterações em seu dia a dia. O *horror* manifesta-se também quando o *dasein* manifesta o medo de sentir-se mutilada pela retirada do útero.

Quando a ameaça tem caráter de *horror* e *pavor* de modo súbito, o medo torna-se *terror* (HEIDEGGER, 2015). O *dasein* vivencia o *terror* quando experiencia o medo de complicações durante a cirurgia e o medo da morte, pois apesar de saber que “a morte é a possibilidade mais própria da presença” (HEIDEGGER, 2015, p. 340), a mulher nunca vivenciou a própria morte e esta pode ocorrer a qualquer momento da cirurgia, de modo súbito.

A morte é possibilidade de todo ser, pois todo ser é *ser-para-o-fim*. Dessa forma, a *finitude* é condição existencial inevitável de todo *ser-aí*. “Da mesma forma que a presença, enquanto é, constantemente já é o seu *ainda-não*, ela também já é sempre o seu fim. O findar implicado na morte não significa o ser e *estar-no-fim* da presença, mas o seu *ser-para-o-fim*” (HEIDEGGER, 2015, p. 320).

Significar **sentir-se aliviada e acreditar que a cirurgia trará melhora** representou para o *ser-mulher* a esperança de que seu *mundo-vida* retornasse ao que era antes de descobrir-se na *facticidade* de estar doente. O sentimento de alívio significado pela mulher surgiu com a oportunidade de ver-se livre de todos os desconfortos, sejam eles dores ou sangramentos intensos.

O *ser-aí* está lançado na *facticidade* de *ser-mulher-que-necessita-cirurgia-de-histerectomia* ao vivenciar alterações biológicas que levam a necessidade da cirurgia. As

mulheres estão *lançadas-no-mundo*, em uma realidade que não escolheram e não puderam evitar.

O estar-lançado, porém, é o modo de ser de um ente que é sempre ele mesmo as suas possibilidades e isso de tal maneira que ele se compreende nessas possibilidades e a partir delas (projeta-se para elas) (HEIDEGGER, 2015, p. 246).

Apoiar-se em Deus e sentir-se bem cuidada no hospital. Na vivência do *ser-mulher-em-pré-operatório-de-histerectomia* a mulher recorre à Deus como suporte para o enfrentamento do momento cirúrgico. Afirma e reafirma a confiança em Deus e sente-se fortalecida com seu amparo. No mundo das *ocupações* o sentido da *decadência* é desvelado, quando a mulher transfere sua possibilidade de recuperação e cura para Deus, entregando sua cirurgia à divindade com a crença inabalável de seu auxílio.

Além disso, desvela-se ainda na *decadência* ao transferir a segurança do procedimento cirúrgico para a equipe de saúde, assim a mulher decai, velando para si suas possibilidades e mantendo-se na impropriedade e inautenticidade.

Sentir-se acolhida pela equipe de saúde desvelou o modo de ser cotidiano da *preocupação*, que tem na sua essência o cuidado do *dasein* consigo mesmo ou com os outros, como afirma Heidegger “desse ente não se ocupa, com ele se preocupa” (2015, p. 177).

Nesse momento de necessidade de cuidado, a equipe de saúde, principalmente da enfermagem, está presente, não apenas exercendo atividades técnicas, ao acompanharem o período de internação da mulher, realizar exames, fazer medicações e monitorizar os sinais vitais, características da ocupação, mas considerando-a como *ser-de-possibilidades*, evidenciando o modo de ser da *pré-ocupação*. Na relação com os *entes* o *ser-com* se relaciona sob o modo da *ocupação*, na relação com os outros seres-aí, o *ser-com* se relaciona sob o modo da *preocupação* (HEIDEGGER, 2015).

Assim, o modo *ser-aí-com-a-equipe* foi desvelado por ter sido acolhida e respeitada pela equipe de saúde como observado nos depoimentos. A equipe se mostrou no modo positivo de *preocupação*:

que não tanto substituí o outro, mas que salta antecipando-se a ele em sua possibilidade existenciária de ser, não para lhe retirar o cuidado e sim para devolvê-lo como tal. Essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro e não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela (HEIDEGGER, 2015, p. 178).

Dessa forma, durante o cuidado com o *ser-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de-histerectomia* a equipe de saúde se *pre-ocupou* ao ser *co-presença*, reconhecendo a mulher como ser singular, transcendendo à dimensão ontológica, indo além do que se pode ver.

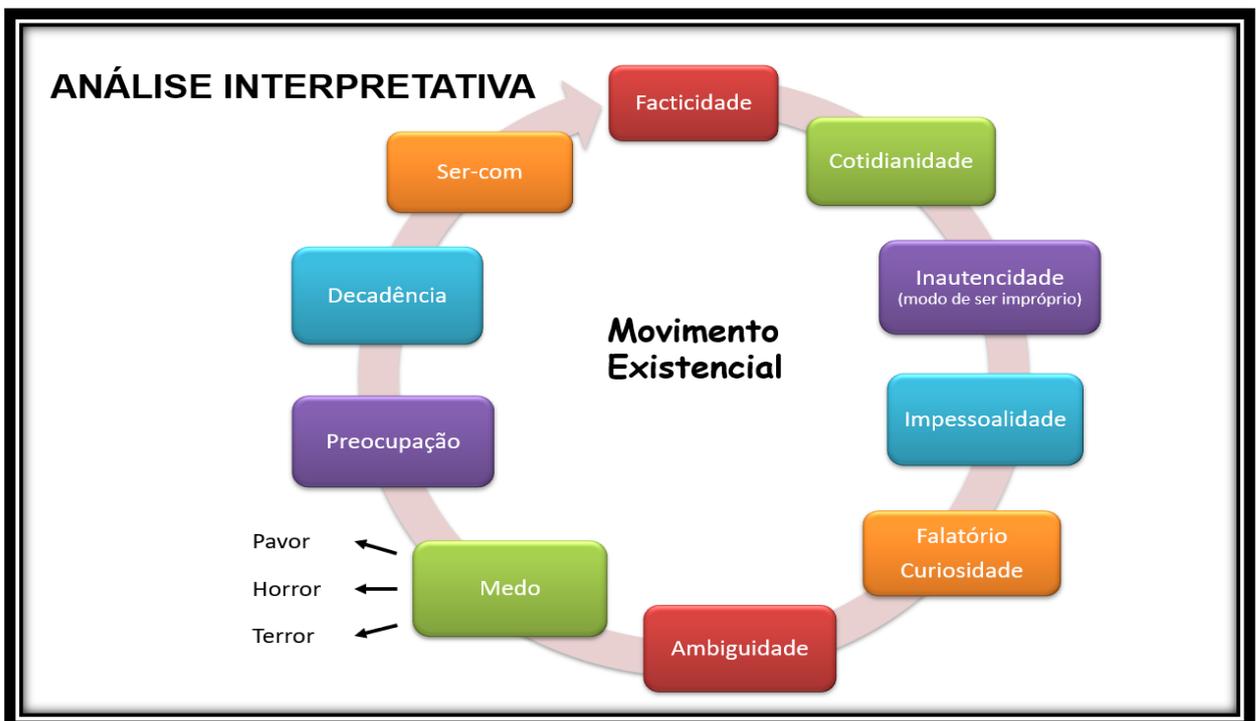
Durante a internação a mulher desvela-se também como *ser-com-a-família* e *ser-com-as-colegas-de-internação* ao referir a importância do apoio da família e da presença das outras colegas de enfermagem. Nesse momento que é para ela delicado, demonstra a tristeza em estar internada sem a possibilidade de um familiar como acompanhante. O *ser-aí* é *ser-com-os-outros*, sendo o “com” a determinação da presença. De acordo com Heidegger (2015, p. 175),

À base desse ser-no-mundo determinado pelo com, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da presença é mundo compartilhado. O ser-em é ser-com os outros. O ser-em-si intramundano desses outros é copresença.

E “ser *co-presente* caracteriza a presença de outros na medida em que, pelo mundo da presença, libera-se a possibilidade para um *ser-com*” (HEIDEGGER, 2015, p. 177).

Logo o Movimento Existencial do ser-mulher-em-pré-operatório-de-histerectomia é evidenciado na figura:

Figura 1: Movimento Existencial do ser-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de-histerectomia



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi elaborado a partir de minhas inquietações como mulher e enfermeira que cuida de mulheres e sustentado no referencial teórico, filosófico e metodológico de Martin Heidegger, possibilitou compreender os significados e desvelar sentidos do *ser-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de-histerectomia*.

O desenvolvimento deste estudo pelo olhar da fenomenologia oportunizou um olhar cuidadoso em relação ao outro, que a partir da redução de pressupostos, possibilitou o mostrar-se do *ser-mulher*. Aproximamos do *ente* para conhecer o *ser* e o *ser-mulher* desvelou-se como um *ser-de-possibilidades*.

O *ser-aí-mulher*, lançada na *facticidade*, foi acometida por diversos sinais e sintomas decorrentes de alguma patologia uterina, fazendo com que a cirurgia fosse necessária, indo além de seu controle. Vivenciou, na *cotidianidade*, períodos de sangramentos intensos, cólicas, dores abdominais, cansaços, que impactaram em seu *ser-no-mundo*, limitando-a no *mundo público* e no *mundo circundante* devido ao medo de passar por constrangimentos, culminando na diminuição de seu convívio social e impactando em seu *ser-no-mundo-com-os-outros*.

Revelou-se na *inautencidade* não assumindo as decisões sobre a escolha de seu tratamento, seguindo em uma direção que não lhes é própria ao aceitarem a realização da cirurgia devido aos intensos desconfortos que a doença lhes impôs. Desvelou-se na *impressoalidade*, não tendo a opção de organizar seu mundo-vida para a cirurgia. Seu ser foi esquecido em detrimento de uma rotina médica.

A mulher desvela-se no *falatório* quando escuta e repete a fala dos médicos sobre sua saúde, sobre a necessidade da histerectomia sem ter compreendido realmente o significado de tudo. Escuta a fala e a toma para si sem o entendimento completo. O *falatório* possibilita à *curiosidade*, evidenciada quando a mulher procura informações acerca do procedimento cirúrgico com outras pessoas, inclusive mulheres histerectomizadas.

A mulher, imersa no *falatório* e na *curiosidade*, não possuía real compreensão dos fenômenos vividos, revelando a *ambiguidade*, quando acredita estar tranquila para a realização da cirurgia e menciona o medo de não retornar da mesma. Em outro momento refere o medo e a angústia de pensar no procedimento cirúrgico quando no fundo já decidiu realizá-lo.

Com a necessidade cirúrgica o *ser-aí-mulher* apresenta diversos medos, que desvelam a *angústia imprópria*. A cirurgia representa aquilo que se teme, ou seja, o *amedrontador*. A mulher então vivencia temerosa, esse momento de sua vida, vivenciando o *pavor*, *horror* e

terror. O *ser-aí-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de-histerectomia* desvela o *terror* quando demonstra o medo da morte. Ela teme não retornar da cirurgia.

Revelou se sentir acolhida pela equipe de saúde, principalmente de enfermagem, que se *pré-ocupou* com o *ser-aí-mulher*, na promoção do cuidado como possibilidade existencial, desvelando-se o *ser-aí-com-a-equipe*.

No mundo das *ocupações* a mulher *decai* ao transferir toda a segurança da cirurgia para a equipe de saúde e sua possibilidade de cura para Deus, com a crença inabalável de seu auxílio. Todas as mulheres manifestaram a importância da espiritualidade em sua recuperação, colocando Deus no cerne desse processo.

O modo de ser da presença é estar circundado por outros *seres-aí* e durante a internação, em todo o momento pré-operatório a mulher desvela-se como *ser-com* ao referir a importância da presença da família. No mundo *com-partilhado* o apoio daqueles que nos são caros são essenciais ao *ser-aí*.

Para compreender o *ser-mulher* é necessário compreender sua dimensão existencial, seu *estar-no-mundo*, sua história de vida, suas bagagens culturais, suas necessidades físicas, emocionais, espirituais, sociais. É preciso atentar-se, não somente ao seu corpo biológico, que necessita da extração de um mioma, de um tumor ou da cura de uma patologia. A mulher não é meramente um corpo vazio, nele *ex-siste* um ser que necessita ser escutado, compreendido e que tem direito de exercer suas escolhas.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é um instrumento valioso, que além de oferecer autonomia e cientificidade ao trabalho do enfermeiro apresenta um direcionamento às suas ações. A visita pré-operatória é importante para a relação enfermeiro-paciente, oportunizando conhecer a mulher e estabelecer um vínculo de confiança que permita que ela se desvele. Escutar as mulheres propicia entender suas necessidades e auxilia no planejamento e elaboração de um plano de ação voltado às suas especificidades.

As orientações pré-cirúrgicas são essenciais nesse momento, em que a mulher vive preocupações, nervosismos e medos de todo o processo cirúrgico, inclusive do pós-operatório. Necessitam ser orientadas sobre possibilidades de viver sem o útero, apresentam questionamentos do seu cotidiano após a histerectomia e ainda podem desejar conversar sobre sua sexualidade pós cirurgia.

Elas estão aliviadas em saber que todo o sangramento, as dores, as limitações que os desconfortos trazem irão cessar, entretanto elas estão temerosas com o depois, com o que irá mudar, com a possibilidade de complicações. Elas referem o sentimento de sentirem-se mutiladas e ainda referem o medo da morte.

Premente, necessita-se que os serviços acolham o *ser-mulher* e não apenas o *ente*. Que os profissionais pausem a mecanicidade em que executam seus trabalhos e conheçam suas pacientes para que possam oferecer o cuidado adequado que elas merecem.

O útero está intimamente ligado a feminilidade e a sexualidade, então os enfermeiros precisam estimular as mulheres ao cuidado de si, a busca em ser si mesmo, para que elas sejam coparticipantes em seu processo de cuidado e possam (re)constituir sua autopercepção, autoimagem e autoestima, que podem ser alteradas com a cirurgia. Portanto, o enfermeiro tem papel essencial no cuidado a essas mulheres, desde o pré ao pós-operatório.

Conforme afirma a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, as mulheres têm direito e necessitam de cuidado em todos os ciclos de vida e nos diferentes níveis de assistência à saúde. A assistência adequada no nível primário previne complicações, encaminha às mulheres a um atendimento e diagnóstico precoce de quaisquer patologias. Outrossim, oferece oportunidade de educação para saúde, auxiliando-a a conhecer melhor seu corpo, detectando alterações, além de orientações que favorecem reflexões sobre suas atitudes, comportamentos e sobre sua saúde. Além disso, é responsável pelo acompanhamento da mulher no pós-operatório.

É fundamental a articulação entre os níveis de atenção à saúde, para a formação de redes integradas de apoio e melhoria das condições de vida e de saúde da mulher, além de possibilitar a referência e contra referência, essenciais à continuidade das ações, a um cuidado integralizado e holístico.

É imperioso estimular reflexões nas universidades sobre a formação de enfermeiros que entendam o processo de cuidar para muito além do modelo biologicista, mas como uma importante prática social que envolva questões políticas, de gênero, socioculturais de forma a atender as demandas subjetivas da *mulher-em-pré-operatório-de-histerectomia* e todas as mulheres que necessitam cuidado em nossa sociedade.

Este estudo permitiu compreender o *movimento existencial do ser-mulher-em-pré-operatório-de-histerectomia*, entretanto, algumas facetas do fenômeno permanecem veladas. Logo, espera-se que outros pesquisadores continuem a mergulhar nessa temática, a fim de trazer mais conhecimento aos profissionais da assistência e, por conseguinte, benefícios às mulheres.

Isto posto, esta pesquisa não pretende esgotar a compreensão dos fenômenos relacionados à mulher na vivência do pré-operatório de histerectomia, mas abrir possibilidades para um olhar atento sobre a temática.

REFEFÊNCIAS

AARTS, J.W.M. et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. **The Cochrane Library**, 2015.

ALMEIDA, F.A et al. Leiomioma uterino: um estudo de caso que envolve o tratamento não conservador. **Gestão e Saúde**, p. 2341-2359, 2015.

ALMEIDA, I.S. et al. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 695-9, 2009.

ALVES, L.K.C.A. et al. Análise dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem na recepção dos pacientes no centro cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 4, p. 30-38, 2015.

AMORIM, T.V.; SALIMENA, A.M.O. Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: revisão/reflexão. **HU Revista**, v. 41, n. 3/4, p. 149-154, 2015.

AMORIM, T. V. et al. Emoções manifestas pelo ser-mulher-no-mundo após cirurgia cardíaca. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2013.

AMORIM, T.V.; SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I.E.D. Historicity and historiography: contribution of phenomenological interview to Nursing. **Cultura De Los Cuidados**, v. 19, n. 41, p. 71-81, 2015.

AMTHAUER, C.; FALK, J.W. O enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 10, p. 54-59, 2014.

ASSIS, C. C. et al. Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 401-407, mai./jun. 2014.

ASSIS, L. T. M.; FERNANDES, B. M. Saúde da mulher: a Enfermagem nos programas e políticas públicas nacionais no período de 1984 a 2009. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 356-364, 2011.

BARROS, A.S. **Cuidados de enfermagem a pacientes histerectomizadas: revisão integrativa da literatura**. Monografia (Graduação) Universidade de Brasília, Curso de Enfermagem. Faculdade de Ceilândia, 2014.

BASTOS, A.Q. et al. Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 382-390, abr./jun. 2013.

BISPO, L.G.L.L.; MARIA, V.L.R. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 15, n. 1, p. 30-36, 2010.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Pesquisa Nacional de Saúde- Módulo de Saúde da Mulher, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pns/pnsr.def>. Acesso em: 27 de ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 mar 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CALLEGARO, G.D. et al. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Revista Rene Fortaleza**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 132-142, jul./set. 2010.

CAMPONOGARA, S. et al. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 382-390, jul./set. 2012.

CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 125, 2009.

CAMPOS, J.A.R. et al. Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. **Revista SOBECC**, v. 20, n. 2, p. 81-95, 2015.

CASANOVA, M. A. **Compreender Heidegger**- 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAPALBO, C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 2, n. 1, p. 70-6, 1994.

COPPETTI, L.C.; STUMM, E.M.F.; BENETTI, E.R.R. Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 113-126, 2015.

COSTA, A.A.R.; AMORIM, M.M.R.; CURSINO, T. Histerectomia vaginal versus histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital, em maternidade-escola do Recife: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia- RBGO**, v. 25, n. 3, p. 169-76, 2003.

COSTA, T.M.N.; SAMPAIO, C.E.P. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 260-265, 2015.

DA CORREGIO, T.C.; AMANTE, L.N.; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 19, n. 2, p. 67-73, 2014.

EWALD, A.P. Fenomenologia e Existencialismo: articulando nexos, costurando sentidos. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 149-165, 2008.

FERREIRA, G.C. **Morte**: O vivido da equipe de enfermagem cirúrgica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

FERREIRA, L.O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013.

FERREIRA, M.R. **O sentido do ser-portador-de-doença-renal-crônica-na-vivência-da-espera-de-um-novo-rim: Contribuição da enfermagem para o cuidado em saúde**. Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, p. 1-93, 2014.

FREITAS, P. “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. **Antíteses**, v. 1, n. 1, pp. 174-187, jan. - jun. de 2008.

GASPAR, A.F. et al. Impacto da implantação de um novo modelo de gestão embasado em indicadores no bloco cirúrgico de um hospital universitário. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 48, n. 1, p. 33-40, 2015.

GIACOIA JUNIOR, O. **Heidegger urgente: Introdução a um novo pensar**. São Paulo:Três Estrelas, 2013.

GIRON, M.N.; BERARDINELLI, L.M.M.; ESPÍRITO SANTO, F. O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 2, n. esp, p. 766-771, 2013.

GONÇALVES, T.F.; MEDEIROS, V.C.C. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 1, p. 22-27, 2016.

GUTIERREZ, A.L. **Avaliação do tempo cirúrgico e de recuperação pós-operatória nas pacientes submetidas à histerectomia robótica e outras técnicas de histerectomia no hospital de clínicas de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**- Trad. Marcia Sá Cavalcante. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

HAYASHI, J.M.; GARANHANI, M.L. O cuidado perioperatório ao paciente ortopédico sob o olhar da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 208-216, 2012.

KUPPERMANN, M. et al. Predictors of hysterectomy use and satisfaction. **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, n. 3, p. 543-551, 2010.

LUNELLI, B. P. et al. O impacto da histerectomia abdominal no desempenho/satisfação sexual. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 43, n. 1, p. 49-53, 2014.

MELO, M.C.B.; BARROS, E.N. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **Revista da SBPH**, v. 12, n. 2, p. 80-99, 2009.

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicologia em estudo**, v. 15, n. 4, p. 723-731, 2010.

NETO, E. T. S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. 9ª ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NOGUEIRA-SILVA, C. et al. Histerectomia totalmente laparoscópica: análise retrospectiva de 262 casos. **Acta Médica Portuguesa**, v. 27, p. 73-81, 2014.

PAIVA, A.C.P.C. et al. Significado do diagnóstico de neoplasia mamária: compreensão fenomenológica de mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 1, 2015.

PAULA, C.C et al. Movimento analítico-hermenêutico Heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, p. 984-989, 2012.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 3, p. 72-80, 2005.

PIOLLI, K.C.; MEDEIROS, M.; SALES, C.A. Significações de ser cuidadora do companheiro com câncer: um olhar existencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1,p. 110-117, 2016.

PIVETTA, H.M.F. et al. Disfunções do assoalho pélvico em pacientes submetidas à histerectomia: um estudo de revisão. **Cinergis**, v. 15, n. 1, 2014.

PROADESS- Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Taxa bruta de histerectomia para cada 100.000 mulheres com 20 anos ou mais - 2013. Fundação Oswald Cruz. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=G01&tab=1>. Acesso em 29 de jan. 2017.

REAL, A.A. et al. Os efeitos da histerectomia sobre a sexualidade feminina. **Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 2, p. 123-130, 2012.

REIS, A.T.; SANTOS, R.S.; PASCHOAL JÚNIOR, A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2012.

ROCHA, R.C. et al. Processo de enfermagem aplicado a paciente submetida à histerectomia: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 3, p. 86-90, 2015.

RUOFF, A.B.; SOUSA, F.M.; SILVA, C.D. O impacto das orientações no cliente submetido a um procedimento cirúrgico. **Revista Científica CENSUPEG**, n. 4, p. 122-129, 2014.

SALIMENA, A.M.O. et al. O cotidiano da mulher em hemodiálise. **Revista Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4636-4643, jul/set 2016.

SALIMENA, A.M.O. et al. O método fenomenológico Heideggeriano e sua contribuição epistemológica para a Enfermagem: revisitando questões do movimento analítico. **CIAIQ 2015**, v. 1, 2015.

SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I.E.O. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas à histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 637-44, 2008.

SANTOS, M.C.; RENNÓ, C.S.N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 15, n. 58, 2013.

SBROGGIO, A.M.R.; GIRALDO, C. P.; GONÇALVES, A.K.S. A preservação da feminilidade após a remoção do útero. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 66, n. 8, p. 260-263, 2008.

SILVA, C.M. et al. Questão de humanização: assistência da enfermagem no Centro Cirúrgico. **FIEP BULLETIN Special Edition**, v. 84, n. 2, 2014.

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

SILVA, C.M.C.; VARGENS, O.M.C. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 24, p. e2780, 2016.

SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254-257, mar./abr. 2008.

SOUSA, L. P. et al. Histerectomia total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade? **Reprodução & Climatério**, v. 28, n. 3, p. 117-121, 2013.

SOUTO, K.M.B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista Ser Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2009.

SPINDOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 3, p. 403-9, dez. 1997.

TEIXEIRA, M.; BATISTA, E. C. Vivências Cotidianas da Mulher Histerectomizada: Narrativas e Contextos. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC**, v. 1, n. 2, p. 91-17, 2017.

TRISTÃO, F. R. et al. Vivências da mulher frente à histerectomia: aspectos emocionais. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 11, n. 1, p. 1-22, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. Juiz de Fora. Disponível em: <http://www.ufjf.br/servicos/2014/01/24/hospital-universitario/>. Acesso em: 23 de abr. 2018.

VILLAR, A.S.E.; SILVA, L.R. Os sentimentos de mulheres submetidas à histerectomia e a interferência na saúde sexual. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 1, n. 2, 2009.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 765-771, ago. 2008.

ZIMMERMANN, A. et al. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. **BMC Women's Health**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2012.

APÊNDICE- ROTEIRO PARA O ENCONTRO FENOMENOLÓGICO**Roteiro para o encontro:**

Entrevista n°:

Data:

Início:

Término:

1- Identificação:

Idade: ____ anos:
Estado Civil:
Escolaridade:
Religião:
Cor:
Data da Cirurgia:
Tipo de Cirurgia:
Motivo da cirurgia:

2- Questões Norteadoras:

- 1- O que significou para você saber que teria que fazer a cirurgia de histerectomia?
- 2- Como está sendo este período de internação anterior a cirurgia?
- 3- Como você está se sentindo neste momento?
- 4- Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LABORATÓRIO DO CUIDAR/HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

Pesquisador: Renata Antonaccio

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 41459114.0.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.049.543

Data da Relatoria: 25/05/2015

Apresentação do Projeto:

A necessidade de se falar de humanização no atendimento em saúde surge quando se constata que a evolução científica e técnica dos serviços de saúde não têm sido acompanhadas por um avanço correspondente na qualidade do contato humano. Um hospital pode ser excelente tecnologicamente e mesmo assim ser desumano no atendimento, por terminar tratando às pessoas como se fossem simples objetos de sua intervenção técnica, sem serem ouvidas em suas angústias, temores e expectativas ou sequer informadas sobre que está sendo feito com elas (o saber técnico supõe saber qual é o bem de seu paciente independentemente de sua opinião). Trata-se de uma pesquisa qualitativa já que consiste em analisar as situações e por ser a mais indicada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar significados e/ou vivências de pacientes e profissionais de enfermagem sobre o ato de cuidar, levando-se em consideração a definição de humanização preconizada pelos órgãos competentes.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética			
Bairro: Bairro Santa Catarina		CEP: 36.036-110	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32)4009-5205	Fax: (32)4009-5160	E-mail: cep.hu@uffj.edu.br	

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.049.543

Analisar a tipologia do cuidado de enfermagem aos pacientes com as várias disfunções apresentadas durante a sua internação; valorizando as angústias e ansiedades fundamentadas no conceito de humanização. • Compreender a resposta no sentido ou fisiológica e ou afetiva e ou comportamental do paciente frente ao seu quadro clínico. • Descrever as possíveis causas de ansiedade, frustração e descontentamento do profissional (em qualquer área) que tende a repercutir em seu trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

haverá risco mínimo para aos participantes por ser utilizado para a coleta de dados a entrevista e com isso ocasionar constrangimento aos usuários, familiar e os profissionais.

Benefícios:

Esperamos com esse estudo fornecer subsídios para ampliar o acervo de conhecimentos para a formação de novos profissionais bem como o conhecimento empírico e teórico da equipe de saúde. Sensibilizar profissionais para desenvolverem padrões de cuidados mais humanizados aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto aborda um assunto relevante para a sociedade e as considerações realizadas bem como a metodologia apresentada tem validade científica e estão dentro das normas éticas estabelecidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados corretamente:

- 1- Projeto de Pesquisa;
- 2- TCLE;
- 3- Declaração de Infraestrutura;
- 4- Declaração de Concordância;
- 5- Orçamento;

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.049.543

- 6- Cronograma;
- 7- Currículo lattes dos pesquisadores envolvidos no projeto;
- 8- Folha de rosto assinada;
- 9- Carta de encaminhamento ao CEP.

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 05 de Maio de 2015

Assinado por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa Compreensão de mulheres em pré-operatório de histerectomia à luz de Heidegger: contribuições para a enfermagem. Nesta pesquisa pretendemos compreender o significado e desvelar sentidos da mulher em pré-operatório de histerectomia. O motivo que nos leva a estudar justifica-se pela necessidade de reflexão sobre o significado do momento pré-operatório na vida das mulheres que se submeterão a histerectomia, visando possibilitar uma melhor atuação da equipe de enfermagem através da promoção de um cuidado integral. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A Sra será submetida à realização de uma entrevista aberta com gravação de áudio, preferencialmente em um ambiente acolhedor, com privacidade e sem interrupções para que possamos estabelecer um vínculo de confiança importante para o desenvolvimento da entrevista. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, pois se trata de um encontro para coleta do depoimento. A pesquisa contribuirá para estabelecer estratégias para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem de qualidade, que atenda as necessidades das mulheres. Para participar deste estudo a Sra não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra tem assegurado o direito a indenização. A Sra terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra é atendida. As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos da pesquisa Compreensão de mulheres em pré-operatório de histerectomia à luz de Heidegger: contribuições para a enfermagem, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Pesquisador Responsável: Anna Maria de Oliveira Salimena e Marcela Oliveira Souza Ribeiro

Endereço: Faculdade de Enfermagem da UFJF

Fone: (32) 2102-3297

E-mail: mestrado.enfermagem@uff.edu.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br