

ADRIANA MAGRIN RIVERA SBROGGIO

**AUTOPERCEÇÃO CORPÓREA E SEXUAL DE
MULHERES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA**

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO

**Unicamp
2008**



ADRIANA MAGRIN RIVERA SBROGGIO

**AUTOPERCEPÇÃO CORPÓREA E SEXUAL DE
MULHERES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO

**Unicamp
2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sb65a Sbroggio, Adriana Magrin Rivera
Autopercepção corpórea e sexual de mulheres
submetidas à histerectomia / Adriana Magrin Rivera
Sbroggio. Campinas, SP: [s.n.], 2008.

Orientador: Paulo César Giraldo
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Histerctomia. 2. Sexualidade. 3. Mulheres. 4. Útero.
I. Giraldo, Paulo César. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Self-perception corporal and sexual of women submitted to hysterectomy

Keywords: • Hysterectomy
 • Sexuality
 • Women
 • Uterus

Titulação: Doutor em Tocoginecologia

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

Prof. Dr. Paulo César Giraldo
Prof. Dr. José Eleutério Júnior
Prof. Dr. Antônio Jorge Salomão
Prof. Dr. José Roberto Erbolato Gabiatti
Profa. Dra. Ilza Maria Urbano Monteiro

Data da defesa: 04 - 07 – 2008

Diagramação e arte final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: ADRIANA MAGRIN RIVERA SBROGGIO

Orientador: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 04/07/2008

200822355

Dedico este trabalho...

*Ao meu marido Carlos André,
que sempre me apoiou e acreditou no meu sucesso.*

*À minha querida mãe que sempre esteve do meu lado,
mesmo nos momentos em que não conseguia enxergar o caminho.*

*À minha amada filha Vitória,
que ilumina e dá razão à minha vida todos os dias
no momento em que me chama de MÃE. Você é muito especial.*

*Aos meus queridos irmãos Andrea, André e Alessandra
por sermos unidos e por nos amarmos tanto,
dando forças e esperança àquele que precisa.*

Aos meus sobrinhos que são muito especiais.

Amo Vocês

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por permitir que conquistemos nossa evolução espiritual diante de nosso livre arbítrio.

Ao Professor Dr. Paulo César Giraldo por ter acreditado em mim e dado a oportunidade de ser sua aluna.

À Professora Dr^a. Ana Katherine Gonçalves que com muito carinho contribuiu para que este trabalho se realizasse. Obrigada pela amizade.

À psicóloga Maria José Navarro Vieira pela oportunidade em aprender e evoluir no CAISM.

À tão estimada Sueli Chaves, que com muito carinho contribui com seus conhecimentos.

À estatística Sirley pela disponibilidade em contribuir com os alunos com seus conhecimentos.

A Margarete Donadon, sempre disposta e carinhosa com todos os alunos.

Aos amigos da Secretaria da Ginecologia: Márcia, Leandro, Ricardo, Jaqueline e Aline por serem tão prestativos. Terei sempre o prazer de chamá-los de amigos.

À ASTEC pela contribuição no melhoramento da tese.

Em especial, às mulheres que participaram do estudo e que, com muita atenção e confiança, responderam a perguntas tão íntimas e pessoais.

***“Mas tudo que acontece na vida tem um momento e um destino.
Viver é uma arte é um ofício só que precisa cuidado.
Pra perceber que olhar só pra dentro é o maior desperdício.
O teu amor pode estar do seu lado,
O amor é o calor que aquece a alma.
O amor tem sabor pra quem bebe a sua água”***

JOTA QUEST – (NANDO REIS/GUSTAVO ESTANISLAU)

Sumário

Resumo	xv
Summary	xvii
1. Introdução	21
2. Objetivos	31
2.1. Objetivo Geral.....	31
2.2. Objetivos Específicos.....	31
3. Publicações.....	33
3.1. Artigo 1	34
3.2. Artigo 2	54
3.3. Artigo 3	68
3.4. Artigo 4	82
4. Discussão.....	101
5. Conclusões	107
6. Referências Bibliográficas.....	109
7. Anexos	115
7.1. Anexo 1 – Dados sociodemográficos das mulheres hysterectomizadas	115
7.2. Anexo 2 – Percepções das mulheres hysterectomizadas	116
7.3. Anexo 3 – Pontuação – Sociocultural - Classificação conforme tabela da ABIPEME E ABEP	118
7.4. Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119

Resumo

A cada ano o número de histerectomias vem aumentando gradativamente em todo o mundo. Para muitas mulheres a perda do útero poderá causar impacto emocional, despertando sentimentos de perda, inutilidade e destituição da condição feminina. Objetivo: Avaliar a autopercepção das mulheres submetidas à histerectomia relativa às modificações corpóreas, afetivas e sexuais. Pacientes e métodos: Cento e sessenta e quatro mulheres histerectomizadas há mais de três meses e até cinco anos - de diferentes níveis socioeconômicos - foram entrevistadas através de um questionário semi-estruturado. O trabalho abordou questões relativas à autopercepção das alterações corpóreas, afetivas e sexuais acerca da retirada do útero com a finalidade de verificar se o ato cirúrgico poderia associar-se a essas alterações. A análise de associação entre as variáveis foi realizada através dos testes de X^2 e Exato de Fisher. O trabalho foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa. Resultados: A média de idade das mulheres foi de 47,6 ($\pm 6,9$) anos; 49,4% eram da religião católica; 59,1% foram submetidas à histerectomia por mioma e 17,7% das mulheres tinham menos de dois filhos. Menos de 10% das mulheres submetidas à histerectomia relataram insatisfação quanto ao procedimento, associada a possíveis transtornos sexuais e corporais. Não houve

diferença significativa da autopercepção quanto a modificações afetivas e sexuais nas mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. Apesar disso, constatou-se que a autopercepção corpórea de “rejuvenescimento” foi estatisticamente significativa. Conclusão: A satisfação de ser hysterectomizada parece suplantar os medos e receios da ausência do útero e o fator socioeconômico parece não interferir quanto à percepção das mudanças corporais, sexuais e afetivas após a hysterectomia.

Palavras-chave: hysterectomia, mulher, sexualidade

Summary

Every year the number of hysterectomies gradually increases all over the world. For many women the uterus loss may cause emotional impact, awakening loss feelings, feelings of uselessness and of the feminine condition deprivation. Objective: To evaluate the self-perception of women submitted to hysterectomy in relation to corporal, affective and sexual modifications. Patients and methods: One hundred and sixty-four women who have undergone hysterectomies more than three months ago up to five years, among different socioeconomic levels, were interviewed using a semi-structured questionnaire. The research approached matters of self-perception in relation to corporal, affective and sexual alterations, concerning the uterus removal, aiming to examine if the surgical act may had been associated with these alterations. The association analysis among variables was accomplished through X^2 and Fisher's exact tests. The research was evaluated and approved by the Ethics and Research Commission. Results: The women's average age was 47.6 (± 6.9) years; 49.4% were Catholics; 59.1% were submitted to hysterectomy due to myoma and 17.7% had less than two children. Less than 10% of these women submitted to hysterectomy showed dissatisfaction towards the procedure associated to eventual sexual and corporal disorders. There weren't

significant differences of self-perception related to affective and sexual modifications on women of different socioeconomic levels. In spite of this, it was observed that the corporal self-perception of “rejuvenation” was statistically significant. Conclusion: The satisfaction in undergoing hysterectomy seems to overcome the fears and concerns regarding the uterus absence and the socioeconomic factor seems to not interfere in the perception of corporal, sexual and affective changes after hysterectomy.

Key-words: hysterectomy, woman, sexuality

Mulher...

Centrífuga multiuso: mulher, mãe, cidadã, esposa, trabalhadora, formadora de opinião. A generala das forças familiares, com seus batalhões de babás, cozinheiras, faxineiras, motoristas, personal trainers, terapeutas, cabeleireiros, médicos. À noite, ainda tendo que reconstruir toda sua sexualidade... Para poder, enfim, batalhar por um orgasmo (Young, 2004: 164).

1. Introdução

Sangramentos intensos ou dores pélvicas decorrentes de doenças ginecológicas levam muitas mulheres a buscar tratamentos medicamentosos que nem sempre têm resultados positivos. Um número muito grande destes casos acabará com a indicação cirúrgica de remoção do útero (histerectomia). Originado do grego *hystere*, significa útero e *ectomia* – remoção, e teve início na Alemanha por Conrad Langenbeckem, em 1813 (Fettback et al., 2005).

A cada ano o número de realização de histerectomias vem aumentando gradativamente em todo o mundo. Especificamente nos Estados Unidos são realizadas cerca de 600.000 histerectomias por ano (Fettback et al., 2005) e na Austrália esta cirurgia apresenta uma proporção de 1:1000 ao ano (Spilsbury et al., 2006). No Reino Unido são realizadas 100.000 histerectomias por ano (Clayton, 2006). No Brasil, no ano de 1999 foram realizadas 93.597 histerectomias em unidades hospitalares do Sistema Único da Saúde (SUS), a maioria indicada pela existência de doenças benignas. Apenas 5,1% foram decorrentes de neoplasias malignas (Araújo e Aquino, 2003). Este procedimento é o segundo mais indicado

por ano em mulheres no período reprodutor. Em 2005, foram registrados cerca de 300.000 histerectomias, sendo 107.000 através do SUS (Brasil, 2005).

É, portanto, um procedimento bastante indicado pelos profissionais da saúde e considerado de média complexidade. Seu impacto sobre as reações psíquicas da mulher tem sido pouco avaliado e encarado sem grande comemoração pelos ginecologistas (Caliri e Cunha, 1998). A maioria dos ginecologistas acredita que este procedimento traria conseqüência de pequena monta para as mulheres, restringindo-se apenas à perda da capacidade reprodutiva e ao cessamento das menstruações (Novak et al., 1977). Diante de uma prole já constituída, seria basicamente indiferente para o casal (Barrozo et al., 2004).

A histerectomia é realizada com mais freqüência em casos de mioma uterino, prolapso uterino, sarcoma do útero (Novak et al., 1977) endometriose (Bastos, 1967). O procedimento cirúrgico pode ser total (quando todo o útero com seu corpo e colo são removidos), subtotal (quando apenas o corpo do útero é removido) e total com anexectomia bilateral (quando todo o útero é extirpado, em conjunto com os dois ovários e as trompas) (Novak et al., 1977).

Ginecologistas discutem quanto ao procedimento ser total ou subtotal. O subtotal preserva o colo uterino, é muito mais rápido e tem significativamente menos intercorrências e menores taxas de dispareunia após a cirurgia quando comparada à total (Kilkku, 1983). Takkar et al., (2002) mencionam que as duas técnicas têm resultados similares com relação às funções pélvicas, porém a subtotal apresenta melhor recuperação e menos intercorrências febris em curto

prazo, mas apresenta mais sangramentos e prolapso cervical. A controvérsia quanto aos procedimentos está na preservação do colo uterino e na possível prevalência de carcinoma de colo, decorrente da baixa investigação e controle da doença em nosso país (Corleta et al., 2007).

Assuntos controversos estão presentes quanto à preservação ou remoção dos ovários. Para Laughlin et al. (2000), a ooforectomia profilática, quando da histerectomia abdominal, priva grande número de mulheres dos efeitos benéficos dos esteróides sexuais endógenos e as conseqüências da redução dos androgênios ovarianos após a menopausa são pouco conhecidas. Em contrapartida, observa-se redução no risco de câncer de ovário em mulheres submetidas à histerectomia. Este efeito talvez se deva às alterações do fluxo sanguíneo ovariano, pela diminuição da exposição a carcinógenos vaginais e/ou pela detecção de doença ovariana oculta no ato cirúrgico (Parazzini et al., 1993; Beard et al., 2000).

Alguns autores acreditam que fatores emocionais possam estar relacionados ao procedimento adotado. Apesar de citarem que a retirada do útero não traz grandes conseqüências para as mulheres, acreditam que a histerectomia com remoção dos ovários (ooforectomia) poderia desencadear em muitas mulheres histerectomizadas sintomas depressivos devido à falta de hormônio (Naughton e Macbee, 1977). Associado a estes fatos, esses autores mencionam que o útero, suas glândulas cervicais e as glândulas vestibulares maiores e menores secretam muco durante a fase de excitação sexual, desta forma existe lubrificação da vagina e dificulta o atrito no momento das relações sexuais. Acrescente-se que a inervação uterina é semelhante à da bexiga e da vagina, o que pode vir a causar um

impacto negativo à saúde sexual da mulher quando são realizadas cirurgias nesta região (Pinto et al., 2005). Estudo mostra a prevalência das disfunções sexuais de 25% a 33%, entre mulheres na faixa etária de 35 a 59 anos, e de 51% a 75% entre as de 60 a 65 anos de idade (Lorenzi e Baracat, 2005).

Porém, apesar de autores acreditarem que a histerectomia possa desencadear possíveis disfunções sexuais pós-cirurgia, em um estudo de corte transversal, observacional e comparativo com 52 mulheres climatéricas previamente histerectomizadas apresentando sintomas depressivos e somáticos, além do interesse sexual comprometido observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa com os do caso-controle (mesmo sendo mulheres da mesma faixa etária e com *status* hormonal semelhante) (Sousa et al., 2000). Portanto, leva-se a pensar que possíveis transtornos sexuais podem não apresentar vínculo direto com a variável histerectomia, e sim com outros fatores intervenientes como a falta de oportunidade na relação sexual ou por uma doença do parceiro, ou até mesmo ter como fator inibidor o relacionamento marital pobre (Abreu, 1998).

Apesar das queixas de disfunção sexual serem muito discutidas em mulheres histerectomizadas, observa-se que as queixas de depressão fazem-se presentes no período pré-operatório da cirurgia de histerectomia, principalmente no momento em que se deparam com a notícia da necessidade da retirada do útero. Naquele momento é percebida a importância que o útero tem como garantia de ser mulher, associando a ausência do útero com a perda do desejo sexual e libido (Novoa, 1991). Sendo assim, além de sua função biológica, o útero também está associado ao conceito de feminilidade, por relacionar-se ao papel reprodutor da

mulher e à sua vida sexual. Com a retirada do útero, as mulheres passam a se sentir diminuídas, pois acreditam estar incapacitadas sexualmente para o prazer, demonstrando incerteza com relação às possíveis modificações corpóreas, desencadeando sentimentos depressivos (Novoa, 1991; Anker, 1993; Loureiro, 1997; Cosmo e Carvalho, 2000; Sbroggio et al., 2005; 2007), considerando “a perda do útero” como perda da própria feminilidade (Angerami-Camon, 1998).

Klein (1975) sobre a importância de um útero, muito mais do que uma vagina, o que atesta seu poder e a possibilidade de continuidade, aspectos inerentes a um esquema corporal interno. A falta do útero é sentida e não vista, podendo desencadear angústia, persecutoriedade e sentido de mutilação (Laufer, 1998).

Para mulheres que não têm filhos, a perda do útero poderá causar um impacto emocional, pois “a falta de opção e a falta do órgão podem despertar sentimentos de perda, de inutilidade, de destituição da condição feminina”, isto porque para muitas mulheres a feminilidade está intimamente associada à capacidade de conceber (Angerami-Camon, 1998). Considerando este pressuposto, a retirada do útero estaria associada à perda do seu valor simbólico e real (Faisal-Cury e Cury, 2005).

Este conceito de feminilidade associado ao útero parte de um ponto histórico, onde há muitos séculos têm sido construídos vários significados em torno dele, mas todos eles sempre dão relevância ao papel da mulher como reprodutora, praticamente resumindo a razão da sua existência na maternidade (Mead, 1971).

Segundo o pensamento cristão, interpretado por Paulo de Tarso, as mulheres, devido ao seu pecado da sedução, seriam salvas pela maternidade, que deveria ser exercida com modéstia, permanecendo na fé, no amor e na santidade. Esse pensamento foi a base da determinação de São Jerônimo, em 392, de que o ato sexual não poderia ser destinado ao prazer e sim para a procriação dos filhos, como sendo um pagamento do "débito conjugal" declarado pela igreja (Priore, 1997). A vida sexual da mulher era voltada somente ao ciclo reprodutor, que é o de tornar-se mãe, o nascimento e lactação (Mead, 1971).

De acordo com Nunes (2005), "A natureza feminina sempre ocupou um papel bem definido no pensamento cristão". A imagem da mulher era vista com desconfiança e temor, pois era portadora da maldição.

Nascimento e Oliveira (2007) mencionaram em seu texto a condição da mulher casada desde a primeira metade do século XIX: a mulher devia obediência ao marido. Independentemente de suas razões, sua conduta deveria ser de extremo rigor, pois bastava pouco para ser vista como "perdida". Os homens, ao contrário, não se importavam com suas próprias condutas, pois a punição era sempre destinada às mulheres.

Desta forma, as idéias aprendidas pelas mulheres quanto a seu corpo e aos órgãos sexuais externos e internos acabavam intimamente atreladas ao propósito social de exercer controle sobre a sexualidade delas, utilizando como justificativa a necessidade de preservá-las para a maternidade, vista como a

única área em que as mulheres tinham uma missão social – a de preservar a espécie, produzindo filhos sadios (Costa, 1979; Rago, 1985).

A menstruação está associada à vida da mulher, à reprodução; característica que sintetizaria a diferença entre os sexos, simbolizando as diferenças inexistentes entre meninos e meninas, passando a se distinguirem radicalmente. Apesar de homens e mulheres não gostarem da menstruação, ela é uma marca da civilização humana, sendo uma forma de controle e domínio da natalidade e sexualidade feminina. Menstruar é a possibilidade de decidir sobre a natalidade (Canella, 2004).

Entretanto, é possível identificar na literatura que, apesar dos possíveis transtornos sexuais ocasionados pela histerectomia, seja ela por fatores orgânicos (hormonais) ou conceituais (feminilidade), a retirada do útero também tem relação com sensações de alívio devido aos incômodos pelos sangramentos e dores causados pelas patologias, impossibilitando-as de melhor convívio social (Novoa, 1991; Anker, 1993; Cosmo e Carvalho, 2000; Penteado et al., 2000).

Em estudo realizado com 314 mulheres submetidas à histerectomia, observou-se alto índice de satisfação em 90% destas mulheres, mesmo entre aquelas que haviam referido temores com relação à perda da fertilidade, ganho de peso e mudança da auto-imagem no período que antecedeu à cirurgia. Apesar do alto índice de satisfação pós-cirurgia, algumas mulheres persistiram apresentando sintomas depressivos e de declínio da função sexual (Faquhar et al., 2006).

As pacientes que optam pela histerectomia relatam melhora na qualidade de vida e têm índices de satisfação melhores do que em outros tratamentos (Gupta e Manyonda, 2006). O termo qualidade de vida (QV) é definido pela Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2004). Compreende-se que se trata de um termo subjetivo e influenciado pelos fatores socioculturais em que o indivíduo se encontra.

Observa-se que a qualidade de vida em mulheres histerectomizadas parece estar diretamente associada a fatores sociais e psicológicos, tais como: idade, baixo nível cultural, conflitos com relação à maternidade ou auto-imagem, sendo a cirurgia apenas um “veículo” ou catalisador para tal condição (Naughton e Mcbee, 1997).

Sendo assim, é possível identificar que o autoconceito e a imagem corporal possam estar associados à antecipação da menopausa, que, para muitas mulheres, significa um período de crise e de perdas. Na sociedade ocidental a parada da menstruação pode significar a perda da beleza física, juventude e maternidade, aspectos fundamentais para a valorização da feminilidade (Lorenzi e Baracat, 2005). Corroborando com esta idéia, Cavalcanti, (2002) acreditam que a saúde esteja ligada a uma realidade social específica, sendo influenciada por vários fatores como os de ordem cultural e econômica, podendo influenciar possíveis transtornos sexuais.

Um estudo comparativo com mulheres e homens de classes econômicas diferentes (operária e burguesa), com as possíveis influências em diversos aspectos,

classificou que a mulher operária é detentora de “um corpo-para-a-produção”, estando voltada para o trabalho manual e distante do mercado de consumo de bens destinados ao embelezamento e à manutenção da saúde. Por sua vez, a ausência de sintomas desagradáveis eliminados com a cirurgia de histerectomia propiciaria a elas a obtenção de mais prazer sexual. Já a mulher considerada pelo autor como burguesa é detentora do “corpo-para o consumo”, associado à saúde e à estética, levando a mulher da classe média alta a encarar a histerectomia como um comprometimento ao seu desempenho sexual pela visão de sentir-se menos feminina (Muraro, 1983).

Entretanto, o risco de morbidade psicológica após a retirada do útero pode estar inteiramente associado aos aspectos sociais. Também, a qualidade do vínculo conjugal ao qual a mulher se encontra no momento da retirada do útero é de extrema importância para o bem-estar psíquico e sexual pós-cirurgia (Faisal-Cury e Cury, 2005).

Portanto, observa-se que há muitas controvérsias a respeito do índice de satisfação da histerectomia. As discussões a respeito de possíveis disfunções sexuais após a remoção do útero e a possibilidade de estas percepções estarem relacionadas com o nível socioeconômico ao qual a mulher histerectomizada está inserida, tornam necessária uma pesquisa abrangendo conceitos sociais e sexuais em mulheres histerectomizadas, para que, através desta avaliação, possam-se oferecer atendimentos psicológicos para mulheres histerectomizadas abordando conceitos de feminilidade a partir de uma perspectiva de atenção integral à saúde da mulher e no contexto de humanização do atendimento.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Identificar as modificações corpóreas, afetivas e sexuais de mulheres histerectomizadas segundo sua autopercepção.

2.2. Objetivos Específicos

- **Artigo 1.** Fazer uma busca literária sobre a importância do útero associado ao conceito de feminilidade.
- **Artigo 2.** Fazer uma busca literária sobre a necessidade de orientações psicológicas antes da remoção do útero devido à associação que o útero tem com a feminilidade.
- **Artigo 3.** Identificar e quantificar as autopercepções acerca das possíveis modificações corpóreas, relações afetivas e sexuais em mulheres histerectomizadas.

- **Artigo 4.** Comparar se a autopercepção acerca das possíveis mudanças corpóreas, relações afetivas e sexuais que mulheres histerectomizadas apresentam sofrem influência do nível socioeconômicos ao qual está inserida.

3. Publicações

Artigo 1 - A Ausência do Útero Associado ao Conceito de Feminilidade

Adriana Magrin Rivera Sbroggio, Paulo César Giraldo, Ana Katherine da Silveira Gonçalves

Publicado: Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Cita: **Salud(i) Ciência**, Vol 10 nº5, editado em Juli 2007.

Artigo 2 - A Preservação da Feminilidade Após a Remoção do Útero

Adriana Magrin Rivera Sbroggio, Paulo César Giraldo, Ana Katherine da Silveira Gonçalves

Aceito para publicação: **Revista Brasileira de Medicina** – Data: 05/06/2008

Artigo 3 - Hysterectomy: Repercutions in the Woman's Life

Paulo César Giraldo, Adriana Magrin Rivera Sbroggio, Ana Katherine Silveira Gonçalves, Rose Luce do Amaral, José Antonio Simões, Mauro Romero Leal Passos

Artigo enviado a International **Journal of Gynaecology and Obstetrics** – Data: 06-05-08

Artigo 4 - Histerectomia:Relação nível socioeconômico na percepção corpórea e sexual

Adriana Magrin Rivera Sbroggio, Paulo César Giraldo, Ana Katherine Silveira Gonçalves, Maria Eugênia Radomile

Artigo enviado à Revista da Associação Médica Brasileira – Data: 29-05-08

3.1. Artigo 1

A AUSÊNCIA DO ÚTERO ASSOCIADO AO CONCEITO DE FEMINILIDADE

Adriana Magrin Rivera Sbroggio:

Psicóloga, doutoranda do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP

Paulo César Giraldo

Professor Livre Docente do Departamento de Tocoginecologia da
FCM/UNICAMP

Ana Katherine da Silveira Gonçalves

Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Doutora em Ginecologia pela FCM/UNICAMP

Endereço para Correspondência

Adriana Magrin Rivera Sbroggio

Rua Aristides Xavier de Brito, 516

Jd. Das Oliveiras – Campinas- SP

CEP 13043-810

Fone: (19) 3271.6644-9292.6055

e-mail:adrianamagrin@hotmail.com

RESUMO

A realização de histerectomias vem aumentando no Brasil, onde se estima que aproximadamente 300.000 mulheres por ano sejam submetidas à extirpação do útero. Entretanto, esta atualização discute a necessidade de atendimentos psicológicos antes e depois da cirurgia de histerectomia com o intuito de identificar possíveis transtornos ocasionados pela retirada do útero. Considerando que o útero está intimamente ligado ao conceito de feminilidade desde um ponto histórico. Por sua vez, a qualidade de vida da mulher histerectomizada tem relação direta aos seus conceitos básicos de feminilidade e sexualidade e os benefícios que a histerectomia causa frente a fatores fisiológicos. No entanto, esta atualização visa analisar os conceitos aprendidos pelas mulheres a respeito da feminilidade e avaliar o quanto à retirada do útero pode ser uma nova etapa de bem-estar, considerando e propondo a orientação pós-cirúrgica com relação aos mitos da ausência do útero associada à feminilidade para que se possam evitar possíveis conflitos pessoais e conjugais ocasionados pela desinformação.

ABSTRACT

The number of hysterectomies is increasing in Brazil, where it is estimated that approximately 300 000 women a year are submitted to removal of their uterus. This study discusses the need for psychological assistance before and after these procedures, so as to identify possible upheavals caused by the removal of the uterus, taking into account that this organ is closely related to the concept of femininity. On the other hand, the benefits of this procedure can be directly related to the relief from the symptoms of the disease. There is the need to analyze concepts held by women in terms of their own femininity and to show these same women that the removal of the uterus can contribute to their well-being. We believe that pre and post surgery counseling, regarding the absence of the uterus and its association to femininity can help to avoid possible personal and matrimonial conflicts caused by lack of information.

Key words: hysterectomy, femininity, uterus

INTRODUÇÃO

Estudos recentes¹ visualizam a importância que o útero tem para as mulheres além de suas funções biológicas, que é o valor simbólico de feminilidade, por relacionar-se ao papel de reprodutor da mulher e a sua sexualidade. Esta percepção pode ser despertada em mulheres quando recebem a notícia da retirada do útero através de cirurgia.

A remoção do útero em cirurgias ginecológicas recebeu o nome de histerectomia. Palavra grega que significa hyster – útero e ectomia – remoção. É indicada quando sintomas ocasionados por patologias uterinas, como sangramentos excessivos ou dor, não são solucionados através de tratamentos medicamentosos. Esta cirurgia teve início na Alemanha por Conrad Langenbeckem em 1813².

Tais desconfortos são causados geralmente por mioma uterino, o tumor mais comum; prolapso uterino; o sarcoma do útero, mais raro³, endometriose⁴, entre outros. A intervenção cirúrgica é realizada de três formas: 1) total, quando todo o útero com seu corpo e colo são removidos; 2) subtotal, quando apenas o corpo do útero é removido; 3) total com anexectomia bilateral, quando todo o útero é extirpado, em conjunto com os dois ovários e as trompas³.

A realização de cirurgias de histerectomia vem aumentando no Brasil. Estima-se que, aproximadamente 300.000 mulheres por ano são submetidas à extirpação do útero⁵. No ano de 1999 foram realizadas 93.597 histerectomias em unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria das quais indicada pela existência de doenças benignas. Apenas 5,1% foram decorrências de neoplasias malignas⁶. Este procedimento é o segundo mais indicado por ano

em mulheres no período reprodutor. Países como Austrália e Itália também tem índice elevado de indicações cirúrgicas de histerectomia⁷.

Considerando a alta frequência deste procedimento, não poderiam faltar artigos e estudos a respeito da histerectomia. De modo geral, os artigos dão relevância aos métodos adotados ao procedimento e seus avanços. Gradativamente, outros profissionais da área da saúde vêm discutindo e estudando os possíveis transtornos emocionais a cerca da retirada do útero e/ou o bem estar ocasionada pela cirurgia¹, onde não poderíamos deixar de associá-lo ao conceito de feminilidade.

ATUALIZAÇÃO

O conceito de feminilidade associado ao útero parte de um ponto histórico, onde há muitos séculos têm sido construídos dando relevância ao papel da mulher como reprodutora, praticamente resumindo a razão da sua existência na maternidade⁸. O pecado e a sedução eram transmitidos pelas mulheres, enquanto o homem é que insuflava alma, vida e movimento à matéria inerte produzida no útero pela mulher. Dessa maneira, pensava-se que a mulher não passava de um instrumento criado por Deus somente para servir à reprodução. Essa perspectiva embasava a idéia de que o útero era apenas um órgão reprodutor, e que a sexualidade feminina deveria estar submetida apenas à missão da maternidade^{8,9}.

Nessa perspectiva, no Brasil colônia era comum pensar-se que as mulheres ficavam doentes porque não cumpriam a sua função redentora, de mães, e por isso eram punidas. O que derivava da idéia de que as doenças, de modo geral, eram punições divinas. Até mesmo os médicos acreditavam que o corpo era uma resposta de Deus ao Diabo, que se digladiavam através das doenças. No caso

das mulheres, cuja imagem alternava-se entre santa e pecadora, as doenças puniam sua capacidade maligna de sedução⁹.

Dentro de uma perspectiva de gênero, ao se olhar historicamente a maneira como o corpo das mulheres era percebido e classificado, observa-se que o referencial era o corpo do homem, e o da mulher, comparativamente, era inferior e mais frágil¹⁰. Os órgãos femininos eram vistos como corruptelas dos masculinos. Portanto, as mulheres eram vistas como homens imperfeitos, castrados, incompletos, machos parciais que nunca seriam tão importantes como eles próprios⁸. O sangue menstrual era poderoso sinônimo de poder feminino e dominação sexual. O útero gerava aos homens medo, desconfiança e apreensão pela possibilidade de vinganças mágicas⁹.

Em casos patológicos, as cirurgias ginecológicas eram vistas como condições necessárias para que o organismo pudesse lutar contra o delírio e suas manifestações perigosas, tais como as manifestações da sexualidade feminina descompromissada com a maternidade⁹.

Ao longo da história, a socialização das mulheres foi se fazendo nesse contexto, transmitindo-se, de gerações para gerações, os conceitos sobre o que é ser mulher e quais os elementos que compõem essa definição. Desta forma, as idéias aprendidas pelas mulheres quanto a seu corpo e aos órgãos sexuais externos e internos acabavam intimamente atreladas ao propósito social de exercer controle sobre a sexualidade delas, utilizando como justificativa a necessidade de preservá-las para a maternidade, vista como a única área em que as mulheres tinham uma missão social – a de preservar a espécie, produzindo filhos sadios^{11,12}. Esse enfoque pode ser observado no Brasil com bastante força ao final do século XIX e

até a metade do século XX, quando começaram a ganhar evidência os movimentos de mulheres, inspirados nas lutas feministas internacionais. A partir de então, passam a serem questionados esses conceitos historicamente construídos, na tentativa de desmontá-los e assegurar às mulheres o direito de decidirem acerca de seu papel reprodutivo e da sexualidade. Apesar disso, porém, não se pode desprezar a força dos conceitos historicamente aprendidos na educação e formação das mulheres, que certamente se refletem em suas perspectivas acerca do útero e de suas funções, vinculando-o à concepção de feminilidade^{13,14}.

Em resposta a este achado, se entende a elaboração e desencadeamento de mitos acerca do útero no momento de sua remoção. Vemos que desde muito tempo o assunto a respeito ao grau de satisfação das mulheres hysterectomizadas, seus mitos e a sensação de alívio são muito discutidos, porém não são conclusivos.

A maioria dos profissionais ginecologistas acreditava que a hysterectomia trazia para as mulheres apenas como conseqüências a perda da possibilidade de reprodução e a parada das menstruações, o que não representa prejuízo à saúde, desde um ponto de vista biológico³.

Através de atendimentos psicológicos em mulheres hysterectomizadas foi observado que as mulheres só dão importância ao útero como garantia de ser mulher no momento da notícia da necessidade de uma hysterectomia. Sendo assim, diante da percepção de uma mutilação castradora elas sofreram abalo em sua identidade feminina, porque para elas o útero simbolizava a sua capacidade sexual, associando à mudança sobre o desejo sexual e a libido, estando incapacitadas sexualmente para sentir prazer¹⁵. Para elas a hysterectomia significava mais do que a parada da menstruação, significava uma etapa de perdas.

Desde muito tempo é que as seqüelas psicológicas advindas da histerectomia vêm sendo discutidas. Muitos autores^{1,15,16,17,18} já mencionam em seus artigos a associação da retirada do útero com os transtornos psicológicos acerca da feminilidade. Estes transtornos são acentuados em mulheres que não têm filhos, pois para elas a perda do útero pode desencadear sentimentos de perda, de inutilidade e destituição da condição feminina, porque para muitas mulheres a feminilidade está intimamente associada à capacidade de conceber¹⁹.

Mulheres frente à notícia da remoção do útero se deparam com medos quanto à sexualidade, frigidez, perda do parceiro e até de morte. Historicamente, tais medos são desencadeados pelo conceito de feminilidade associado ao útero construído durante séculos, dando relevância ao papel da mulher como reprodutora e praticamente resumindo a razão da sua existência à maternidade^{20,8}. Considerando este pressuposto, a mutilação do útero estaria associada à perda do seu valor simbólico e real²¹.

Observa-se que mulheres histerectomizadas, preocupam-se com supostas infidelidade e desinteresse dos seus companheiros por conta do preconceito da mulher sem útero²². Deste modo, a remoção do útero pode desencadear em mulheres sentimentos de luto, tristeza, perda, e depressão¹⁵. Estes sentimentos são desencadeados pelo fato das mulheres acreditarem que a sexualidade é um dos pilares para a qualidade de vida e conjugal e possibilidade de uma disfunção sexual é atemorizante para sua auto-estima. Estudo mostra uma prevalência das disfunções sexuais 25 a 33% entre mulheres na faixa etária de 35 a 59 anos e de 51% a 75% entre as de 60 a 65 anos de idade²³.

Associados a estes fatos, alguns autores mencionam que o útero, suas glândulas cervicais e as glândulas vestibulares maiores e menores secretam muco durante a fase de excitação sexual, desta forma existe lubrificação da vagina dificultando o atrito no momento as relações sexuais. A inervação uterina é semelhante à da bexiga e da vagina, o que pode vir a causar um impacto negativo à saúde sexual da mulher quando são realizadas cirurgias nesta região²⁴.

Acredita-se que mulheres consideradas ainda em período reprodutor ao se depararem com a antecipação da menopausa, causada pela histerectomia, sofrem abalo em seu autoconceito e sua imagem corporal por relacionarem a menopausa a um período de crise e perdas. A menopausa, para a sociedade ocidental, pode significar a perda da beleza física, da juventude e a maternidade, aspectos fundamentais para a valorização da feminilidade, para tanto, a ausência do útero pode despertar sentimentos de desvalia, tristeza e depressão²³.

Por outro lado, existem autores que afirmam que, apesar de algumas pacientes apresentarem depressão pós-histerectomia, essa condição não está diretamente associada à histerectomia e sim a fatores do tipo idade, baixo nível cultural, conflitos com relação à maternidade ou auto-imagem, sendo a cirurgia apenas um “veículo” ou catalisador para tal condição. Sendo assim, não acreditam que os sintomas somáticos e depressivos inerentes às mulheres histerectomizadas, sejam devidos exclusivamente à falta de hormônio decorrente da ooforectomia realizada algumas vezes concomitantemente²⁵.

Artigos recentes mencionam que o risco de morbidade psicológica em mulheres histerectomizadas está inteiramente associado aos aspectos sociais.

A qualidade do vínculo conjugal também é um ponto extremamente importante ao bem estar psíquico e sexual destas mulheres²¹.

Acreditando que a qualidade de vida da mulher hysterectomizada pode estar relacionada à ausência das dores e hemorragias, possibilitando-a à inserção na sociedade, podendo sofrer influência dependendo do grau de conhecimento e cultura que seu parceiro tem sofre a retirada do útero, por isto o autor²⁶ enfatiza a importância de esclarecimentos antes e depois da cirurgia de hysterectomia para o casal. Acreditando que se devam melhorar e aprofundar os estudos sobre as mulheres hysterectomizadas não se esquecendo do nível sócio-cultural e ambiental a qual está inserida, devido sua influência de gênero.

Observou-se que o fator cultural e social é um grande aliado quanto às percepções das mulheres acerca das possíveis mudanças corporais, sexuais e conjugais após a hysterectomia^{1,17,18}. Corroborando com esta idéia, aos autores²³ acreditam que a saúde está ligada a uma realidade social específica, sendo influenciada por vários fatores como os de ordem política, comportamental e ambiental, cultural, econômicas e biológicas.

Diante do pensamento fisiológico não poderíamos deixar de citar a qualidade de vida que a hysterectomia pode dar à mulher. Neste pensamento é que em um estudo prospectivo de três anos com 314 mulheres, sendo 257 hysterectomizadas (classificado como grupo 1) e 57 ooforectomizadas (classificado como grupo 2) para identificação do índice de depressão nos dois grupos. A autora²⁷ verificou que no grupo 1 quase 50% delas apresentaram índice de depressão antes da cirurgia e no grupo 2 60%. Também observou que mulheres com história de hemorragias o índice de depressão é maior. O grupo 2 apresentou índice de

depressão maior do que o grupo 1 pelos três anos, acreditando ser pela perda da fertilidade e feminilidade. Porém, este estudo pôde concluir que depois de um longo período de histerectomia o número de casos de mulheres com depressão é menor. Portanto o índice de depressão está mais presente em mulheres no período pré-operatório da histerectomia do que após a retirada do útero²⁷.

Uma revisão dos últimos 30 anos a respeito dos resultados psicológicos em relação à histerectomia observou que estudos apresentam resultados adversos após a histerectomia e concluem que o índice de depressão é maior em mulheres no período pré-operatório da cirurgia de histerectomia. Adverte que profissionais devem se precaver no diagnóstico de depressão por não confundir mágoa e tristeza pela perda do útero com depressão²⁶.

Uma vez observado que os índices satisfatórios foram identificados em um estudo com 185 mulheres onde foi observado que 45,0% informaram que sua auto-imagem corporal após a histerectomia foi para melhor enquanto que 25,4% sentiram a mudança para pior. Apenas 10,3% sentiram-se menos femininas para quase 70% que relataram não observarem nenhuma mudança da feminilidade. Com relação à libido e atividades sexuais não houve respostas significativas neste estudo. No entanto, apenas 7,1% das mulheres responderam negativamente quanto a satisfação ao procedimento de histerectomia. Portanto, no estudo a autora concluiu que a auto-imagem corporal e as necessidades sexuais não sofrem abalos após a histerectomia²⁸.

Estudos apresentam que a qualidade de vida em mulheres histerectomizada é melhor identificada após períodos mais longo da cirurgia, isto pôde ser mostrado em um estudo com 111 mulheres histerectomizadas, concluindo que

mulheres entrevistadas após seis meses e 12 meses da cirurgia o índice de satisfação foi maior após 12 meses da cirurgia^{29,30}.

Portanto, a cirurgia pode beneficiar as mulheres desde que orientadas devidamente.

DISCUSSÃO

A base psicossocial do ser humano é sua cultura ambiental, portanto não podemos deixar de relevar o conceito de feminilidade que cada mulher tem de si diante da retirada do útero. Pensando nisto é que acreditamos que o primeiro aspecto a ser considerado é a procedência dos valores (mitos) como parte de um processo psíquico do ser humano. Os mitos, as lendas, são assimilados de acordo com as necessidades instintivas e os valores básicos dos seres humanos, sendo despertados por motivos específicos, e, segundo a criatividade de cada indivíduo, são reelaborados dentro do contexto que está sendo vivenciado. Esses mitos se caracterizam como formas que organizam e ordenam os elementos psíquicos, todos atrelados a sentimentos, imagens e idéias³¹. Tanto os mitos como os sonhos partem de tomadas de consciência da necessidade de encontrar expressão numa forma simbólica³².

Com a falta de orientação a respeito das possíveis mudanças sem o útero, pode resultar em reações de surpresa e choque nas mulheres no momento da hospitalização, desencadeando reações emocionais tais como a negação, onde a pessoa pode ignorar o assunto ou a doença como se tudo estivesse bem; a resistência, que provoca descrédito e desconfiança frente à indicação cirúrgica, motivando a busca de outras opiniões que se coadunam com seu desejo; a

busca de motivos que justifiquem o adiamento da cirurgia o que prejudicaria o processo de comunicação entre as mulheres e os profissionais da saúde³³. Sendo justificado então, tais observações vêm de encontro com os estudos dos autores^{29,30,27,26} que relatam que mulheres apresentam maiores índices depressivos no período pré-operatório da histerectomia do que no pré-operatório.

É sabido que a mulher frente à possibilidade da perda da fertilidade pode simbolizar este fato a outras perdas mal elaboradas em toda a sua vida e regredir a fases em sua vida como a juventude, filhos pequenos, companheiro, a pais e amigos e tudo aquilo que deixou de fazer³⁴. No momento da notícia da necessidade da realização da cirurgia de histerectomia o que prevalece é o intenso medo de morrer, o que compromete, inclusive, a possibilidade das mulheres se expressarem de forma completa quanto aos seus sentimentos. Nesse contexto, a perda do útero aparece como mais um fantasma, por assim dizer, com o qual as mulheres deixam para se defrontar depois de vencida a batalha pela vida.

O sentimento de alívio após a realização de uma cirurgia está relacionado à sensação de perdas e ganhos. No caso da histerectomia, que é uma cirurgia mutiladora, no período pós-operatório, a esperança de ter obtido ganhos parece mais forte do que a possibilidade de perdas. Prevalece a expectativa de sobrevida e de que a doença tenha sido erradicada, em detrimento do sentimento de mutilação de uma parte do corpo³³. Interessante observar que muitos autores^{15,17,22,25,35,36} mencionam o fato das mulheres sentirem-se aliviadas com a possibilidade de retirarem o útero, com base nessa questão da sobrevivência e da superação do incômodo causado pelos sintomas de sua doença. Entretanto, não se pode deixar de considera que tal alívio está associado ao desaparecimento das dores,

sangramentos e incômodos, mas não aos sentimentos das mulheres quanto ao significado da perda do útero.

Outro aspecto a ser considerado é a relevância dos mitos relacionados à sexualidade: perda da condição de ser mulher, de sua feminilidade, frigidez, mudanças na vida sexual. Embora haja autor³⁷ que afirma que o desejo de uma mulher prossegue inalterado até por volta de seus 60 anos de idade ou mais, razão pela qual não haveria motivo dela encerrar suas atividades sexuais por consequência da histerectomia, pensando um pouco sobre a capacidade do indivíduo com relação à sexualidade é que enfatizo que todo ser humano é capaz de responder a estímulos eróticos, sendo o impulso sexual um fator inato e respondemos a estes estímulos de diferentes formas por moldarem seus desejos de forma adaptativa, enquanto que a excitação e o orgasmo são manifestos³⁸.

Para compreender melhor esse achado, é preciso considerar que os mitos associam-se ao entendimento de que a histerectomia, de fato, encerraria o período reprodutivo de sua vida, comprometendo sua sexualidade, implicando a perda da sua capacidade reprodutiva. Além disso, essa perda significa sua desqualificação como seres sociais, uma vez que não mais poderiam cumprir o papel social que, tradicionalmente, lhes é atribuído como fundamental: reprodutoras da espécie.

Essa associação entre reprodução e sexualidade tem sido abordada na literatura em várias áreas do conhecimento, apontando-se a sua relevância para compreender como as mulheres vivenciam as mudanças em sua condição reprodutiva³⁹.

É preciso lembrar que, na perspectiva patriarcal, que ainda domina vários ambientes sociais, a identidade das mulheres estaria resumida à condição de

reprodutoras da espécie, e o exercício de sua sexualidade somente admitido se atrelado à realização do papel reprodutivo, em submissão ao domínio masculino, ao seu desejo¹³. Tradicionalmente, o corpo da mulher tem sido visto como tendo, primariamente, uma função social, a reprodução. A sua “utilidade” está dada por seu papel reprodutivo. Logo, a sexualidade desse corpo também deveria estar a serviço de seu papel social. As mulheres tendem a vivenciar a experiência de estarem presas ao seu corpo-para-outros, quer do ponto de vista procriativo, quer como elemento erótico, o que determina que elas acabem estabelecendo relações de dependência vital e de submissão^{40,41}. Portanto, não é estranho que as mulheres associem a retirada do útero com possíveis problemas sexuais, bem como se sintam sob o risco de serem desvalorizadas como mulheres por causa dessa perda. Contudo, acredita-se que na sociedade contemporânea o papel da mulher não é somente ao da maternidade, sendo mostrado em estudos que poucas mulheres consideram o útero essencial a seu sentido de feminilidade e sexualidade, apesar de enfatizar que este achado não pode ser generalizado, pois um fator determinante para esta conduta é a importância que o companheiro tem sobre a mulher²⁶.

Esta discussão leva a perceber a necessidade de abordar a retirada do útero a partir de uma perspectiva de atenção integral à saúde das mulheres e no contexto de humanização do atendimento. O atendimento a essas mulheres não pode ignorar o impacto que sofrerão com a notícia de que será preciso retirar o útero. É preciso que a rotina hospitalar (consulta e internação) se constitua em um meio favorável para as mulheres vivenciarem a histerectomia de maneira o menos prejudicial possível. Isto inclui a necessidade de prover condições de atendimento em que os profissionais tenham capacitação e condições de trabalho para permitir

às mulheres a assimilação das informações que irão receber, e a reflexão sobre o impacto em sua vida do diagnóstico e da conduta proposta. Isto requer tempo para que elas possam fazer planos frente a suas emoções³³. Nesse processo deve haver espaço para emergirem os mitos que as mulheres trazem consigo, a fim de confrontá-los com a melhor informação científica disponível. Esse “assentamento”, considerando o sistema hospitalar, se faz durante o atendimento psicológico. Esse atendimento visa ajudar a mulher a obter melhor compreensão de si mesma para orientar-se diante de seus problemas vitais.

A favor de grupos de orientações para mulheres com indicação cirurgia de histerectomia, concordamos com o autor⁴⁴ na necessidade de atendimentos psicológicos para tal indicação, para que não haja interferências na visão de fêmea para as mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sbroggio AMR, Osis MJMD, Bedone AJ. O significado do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. Rev Assoc. Méd. Bras. 2005; 51 (5):270-4.
2. Fettback LS, Fagundes D, Nery JC, Cardoso JT, Fettback PBT. Avaliação de 275 Pacientes Submetidas a Histerectomia Vaginal – Morbidades Trans e Pós operatório. Femina 2005; 33: 905-909.
3. Novak ER, Jones GS, Jones HW. Novak-Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A; 1977.
4. Bastos AC. Noções de ginecologia-levanta actínia. 2º ed., São Paulo: Ed. São Paulo SA. 1967.

5. Caliri MHL, Cunha AMP. A experiência da mulher ao enfrentar a histerectomia. *Femina* 1998; 26;749-52.
6. Araújo TVB, Aquino EM. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(Sup. 2):407-17.
7. Vomvolaki E, Kalmantis K, Kioses E, Antsaklis A. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006; 11(1):23-7.
8. Mead M. *Macho e Fêmea: um estudo dos sexos num mundo em transformação*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes Ltda; 1971.
9. Priore MD. *Histórias das Mulheres no Brasil*. BASSANEZI, C. (coord.. textos). São Paulo: Ed. Contexto; 1997. 678 p.
10. Beauvoir S. *The second sex*. New York: Vintage Books; 1974, 500 p.
11. Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal; 1979, p. 282.
12. Rago M. *Do cabaré ao lar - a utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985, p. 209.
13. Parker R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. 2ª ed. Trad. de MTM Andrade. São Paulo: Best Seller; 1991, p. 295.
14. Heilborn ML. *Gênero: uma breve introdução*. In: Ribeiro NMGR, Costa DM (org). *Gênero e desenvolvimento institucional em ONGs*. Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/NEMPP; 1995. p.9-14.
15. Novoa AM. *Histerectomia: efeitos emocionais na identidade feminina* *Opinião*. 6; 1991, p.193-5.
16. Anker LW. *Vivências psicológicas associados à histerectomia: um enfoque psicanalítico*. *Rev Psicol Hosp* 1993; 5:20-3.

17. Cosmo M, Carvalho JWA. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. *Rev Socied Bras Psicol Hosp* 2000; 3:27-32.
18. Loureiro MC. Histerectomia possíveis alterações e influência do nível sócio econômico. *Psicol Ciên Prof* 1997; 17:12-9.
19. Angerami –Camon VA. Urgências psicológicas no hospital – as cirurgias ginecológicas: uma questão para a psicologia. São Paulo: Ed. Pioneira; 1998, 211 p.
20. Abreu MAL. Aspectos emocionais de pré e pós-operatório na histerectomia. *Femina* 1995; 23:260-4.
21. Faisal – Cury A, Cury L. Morbidade Psicológica Após Histerectomia e Mastectomia. *Femina* 2005; 33:665-68.
22. Penteado SRL, Fonseca AM, Bagnolo VR, Abdo CHN. Sexualidade no climatério e na senilidade. *Rev Ginecol Obstet* 2000; 11:188-92.
23. Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e Qualidade de Vida. *Femina* 2005; 33: 899-903.
24. Pinto AC, Baracat F, Macéa JR. Aspectos Anatômicos da Sexualidade Feminina. *Femina* 2005; 33: 9-12.
25. Naughton MJ, Mcbee WL. Qualidade de vida relacionado à saúde pós-histerectomia. *Grupo Editorial Moreira JR* 1997; 40:947-57.
26. Rannsted T. Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2005. Jun: 19 (3): 419-430.
27. Farquhar CM, Harvey SA, Yu Y, Sadler L, Stewart AW. A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Mar;194(3):711-7.

28. Roussis NP, WaltrousL, Kerr A, Robertazzi R, Cabbad MF. Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 May; 190 (5): 1427-1428.
29. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. Absolute and relative differences between pre-and postoperative measures. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 Jan; 80 (1): 46-51.
30. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. Are the physiologically and psychosocially based symptoms in women suffering from gynecological disorders alleviated by means of hysterectomy? *J Womens Health Gend Based Med.* 2001. Jul/Aug; 10 (6): p. 579-587.
31. Giglio J. et al. Contos Maravilhosos: expressão do desenvolvimento humano. GILIO, Z.G. (org.). Campinas:Unicamp, NEP 1991. (Zimmerman EB. Os contos de fada: expressão do desenvolvimento humano. In: Giglio JS (org). Contos Maravilhosos: expressão do desenvolvimento humano. Campinas: Ed. Unicamp;1991. p.1-11).
32. Campbell J. O poder do mito. São Paulo: Editora Palas Athena; 1990, 242 p.
33. Maldonado MT.; Canella P. A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed., São Paulo: Roca;1988, 209 p.
34. Abreu MAL. Sexualidade na mulher climatérica. *Femina* 1998; 26:45-50.
35. Hufnagel V, Golant SK. No more hysterectomies. In: Hufnagel V, Golant SK. Why is the uterus important? New York, USA: A Plume Book; 1989. p.81-90.
36. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. *J. Psychosom. Res.* 2005; Sep. 59 (3). P. 117-129.

37. McCary JL. Mitos e crendices sexuais. São Paulo: Ed. Manole; 1978. 216p.
38. Pereira, HGS, Canella PR. Avaliação da Satisfação Sexual e Fertilidade em Mulheres com Endometriose. *Femina* : 2006 vol. 34 N. 3 175-182.
39. Osis, MJMD. Laqueadura e representações Acerca da sexualidade e do papel reprodutivo. Campinas, 2001. [Tese – Doutorado- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].
40. Carson AC. Entrelaçando consensos: reflexões sobre a dimensão social da identidade de gênero da mulher. *Cadernos Pagu* 1995; 4:187-218.
41. Calderón VP. Yo (no) soy. Tú eres. Él es. La sexualidad de mujeres polisintomáticas de sectores empobrecidos desde la perspectiva de los servicios de atención primaria de salud. In: Gogna M (org.). *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia.* Cedes – Centro de Estudios de Estado y Sociedad: Buenos Aires; 2000. p.23-74.
42. Scheeffler R. Aconselhamento psicológico: teoria e prática. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 1993. 192 p.
43. Woodworth RS, Marques DG. *Psicologia/ atualidades pedagógicas: tradução de Lavinia Costa Raymonel.* 67 São Paulo: Ed. Nacional; 1968. 715 p.
44. Angerami-Camon VA. A ética na saúde. São Paulo: Ed. Pioneira; 1997, p.113-140.

A PRESERVAÇÃO DA FEMINILIDADE APÓS A REMOÇÃO DO ÚTERO

THE PRESERVATION OF THE FEMININITY AFTER THE REMOVAL OF THE UTERUS

^I Adriana Magrin Rivera Sbroggio

^{II} Paulo César Giraldo

^{III} Ana Katherine da Silveira Gonçalves

^I Psicóloga, doutoranda do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP.

^{II} Professor Livre Docente do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP

^{III} Professora Adjunta, Doutora, Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Endereço para Correspondência

Adriana Magrin Rivera Sbroggio

Rua Dom Paulo de Tarso Campos, 42 BI 3 AP. 12.

Vila Joaquim Inácio

13045-110 – Campinas – SP - Brasil

E-mail: adrianamagrin@hotmail.com

Resumo

A cirurgia de remoção do útero, denominada de histerectomia, continua aumentando gradativamente em todo o mundo. Apesar de muitos estudos mostrarem a satisfação das mulheres com a retirada do útero, observa-se que este assunto ainda é muito controverso. Os autores revisam o tema, partindo do pressuposto de que o útero estaria associado ao conceito de feminilidade nas mulheres. Antes de ser oferecida a histerectomia como opção terapêutica, é importante considerar o conceito que a mulher tem de sua sexualidade, feminilidade e possibilidade de procriação. Por outro lado, acredita-se que o risco de desajustes emocionais e sexuais ocorrerem após a remoção do útero, esteja inteiramente associado aos aspectos sociais. A qualidade do vínculo conjugal parece ser também de extrema importância para o bem estar psíquico e sexual após a cirurgia. A discussão leva a perceber a necessidade de abordar a retirada do útero a partir de uma perspectiva de atenção integral à saúde das mulheres e no contexto de humanização do atendimento.

Palavras-Chave: Qualidade de vida, Histerectomia, Mulheres.

Summary

The surgery to remove the uterus, hysterectomy is gradually increasing around the world. Although many studies had shown the satisfaction of women with the removal of the uterus, it is observed that this theme is still very controversial. The authors review the theme, considering that in women the uterus is associated with the concept of femininity. Before offers a hysterectomy as a therapeutic option, it is important to consider the concept that a woman has to their sexuality, femininity and possibility of procreation. On the other hand, it is believed that the risk of emotional and sexual disturbs after the removal of the uterus, is totally associated to social aspects. The quality of marriage is also extremely important to the psychological and sexual welfare post-surgery. The discussion emphasizes the importance of to aboard the removal of the uterus from a perspective of total attention to women health in the context of care humanization.

Key Words: of life, Hysterectomy, Women

Introdução

A cirurgia de remoção do útero, denominada de histerectomia, continua aumentando gradativamente em todo o mundo. No Brasil, estima-se que, aproximadamente 300.000 mulheres por ano são submetidas à retirada do útero¹. Estudo publicado em 1999 identificou 93.597 histerectomias em unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo a maioria delas decorrentes de patologias benignas e apenas 5,1% por neoplasias malignas². Nos Estados Unidos estima-se que 8,6 milhões de mulheres foram histerectomizadas entre 1980 a 1993. Este procedimento é o segundo mais indicado por ano em mulheres no período reprodutor. Países como Austrália e Itália também apresentam elevados índices de histerectomia³.

Hoje, a realização de histerectomias justificada apenas pela presença de doenças benignas se tornou um fato usual entre os ginecologistas, que vêem a retirada do útero, quase que necessária, considerando este órgão apenas como fonte de menstruação e procriação, sendo a sua remoção, diante de uma prole já constituída, basicamente indiferente para o casal⁴.

No Brasil, talvez por ser uma cirurgia realizada com muita frequência, os profissionais da saúde vêem este procedimento como simples e de rotina. O impacto psíquico da retirada do útero na vida das mulheres é quase sempre subestimado e atribuído, como “normal” do procedimento¹. A maioria dos profissionais acredita que a histerectomia traz como conseqüência para as mulheres a perda da possibilidade de reprodução e a parada das menstruações, o que não representaria prejuízo à saúde, desde um ponto de vista biológico^{1,2}.

O conceito de feminilidade associado à retirada do útero

Além de sua função biológica, o útero também está associado ao conceito de feminilidade, por relacionar-se ao papel reprodutor da mulher e à sua vida sexual. Tal associação é justificada, pois a remoção do útero pode se refletir sobre o desejo sexual e a libido. Essa associação já foi observada em mulheres portadoras de patologias uterinas, no momento da notícia da necessidade de retirada do útero. Estas mulheres sofreram abalo em sua identidade feminina, porque para elas o útero além de simbolizar sua capacidade sexual, garantia também a sua feminilidade. Após a sua retirada, as mulheres passaram a se sentir diminuídas, pois acreditavam estarem incapacitadas sexualmente para o prazer⁵.

Este conceito de feminilidade associado ao útero parte de um ponto histórico. Há muitos séculos têm sido construídos vários significados em torno do conceito de feminilidade, mas todos eles sempre dão relevância ao papel da mulher como reprodutora, praticamente resumindo a razão da sua existência na maternidade³.

Desta forma, as idéias aprendidas pelas mulheres quanto a seu corpo e aos órgãos sexuais externos e internos acabavam intimamente atreladas ao propósito social de exercer controle sobre a sexualidade delas, utilizando como justificativa a necessidade de preservá-las para a maternidade, vista como a única área em que as mulheres tinham uma missão social, a de preservar a espécie, produzindo filhos sadios^{6,7}.

A retirada do útero também pode ser causadora de repercussões afetivas e psicológicas devido à sua associação com o conceito de feminilidade e de sexualidade. A “perda do útero é sentida como perda da própria feminilidade”. Nas mulheres que não têm filhos, a perda do útero poderá causar um impacto emocional

maior, pois “a falta de opção e a falta do órgão podem despertar sentimentos de perda, de inutilidade, de destituição da condição feminina” isto porque para muitas mulheres, a feminilidade está intimamente associada à capacidade de conceber⁸.

O Conceito De Qualidade De Vida Associado À Retirada Do Útero

O termo qualidade de vida (QV) é definido pela Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁹. Compreende-se que se trata de um termo subjetivo e influenciado pelo meio ambiente que o indivíduo se encontra.

Observa-se que a QV de mulheres pós histerectomia parece estar diretamente associada a fatores sociais e psicológicos tais como: idade, baixo nível cultural, conflitos com relação à maternidade ou auto-imagem, sendo a cirurgia apenas um “veículo” ou catalisador para tal condição¹⁰.

Algumas pacientes apresentam sintomas de depressão pós histerectomia, e em muitos casos, essa condição não está diretamente associada à cirurgia em si, podem advir exclusivamente da falta de hormônio decorrente da ooforectomia ou outros fatores fisiológicos¹⁰.

Em estudo realizado com 314 mulheres que se submeteram a histerectomia observou-se alto índice da satisfação em 90% destas mulheres, mesmo entre aquelas que haviam referido temores com relação à perda da fertilidade, ganho de peso e mudança da auto-imagem no período que antecedeu a cirurgia. Por outro lado, apesar do estudo revelar o alto índice de satisfação pós-cirurgia, algumas mulheres persistiram apresentando sintomas depressivos e de declínio da função sexual¹¹.

A incerteza pelo desconhecido pode causar medos que, por sua vez, possam vir a se tornar os principais desencadeadores de sintomas psicológicos como a ansiedade, tensão e depressão, principalmente no período pré-operatório¹². O medo que acomete as mulheres pela amputação do útero pode também estar relacionado com a possibilidade de sofrerem mudanças físicas que poderiam ameaçar o seu autoconceito e a imagem corporal¹³.

O seu autoconceito e sua imagem corporal podem está associados à antecipação da menopausa, que para muitas mulheres, significa um período de crise e perdas. Na sociedade ocidental a parada da menstruação pode significar a perda da beleza física, da juventude e da maternidade que se constituem aspectos fundamentais para a valorização da feminilidade. A cultura oriental, por outro lado, considera a menopausa como maturidade, o que é respeitável. Considerando estes aspectos, a falta do útero nas nossas mulheres poderia desencadear sentimentos de desvalia, tristeza e depressão¹⁴.

Algumas mulheres no período pré-operatório da histerectomia acreditam que a feminilidade possa estar associada ao fato de ter útero e que sem ele não serão mais as mesmas e nem iguais às outras mulheres¹⁵. Observou-se que o fator cultural e social é um grande aliado quanto às percepções das mulheres acerca das possíveis mudanças corporais, sexuais e conjugais que ocorreram após a histerectomia^{12,13,15}. Os mitos elaborados e desinteresse sexual dela e do companheiro estão associados a uma cultura conservadora onde a maternidade é essencial para o convívio familiar e social. Conseqüentemente a relação conjugal estaria intimamente ligada ao útero^{5,12,13,15}.

Estudos mencionam que mulheres frente à histerectomia se deparam com medos quanto à sexualidade, frigidez, perda do parceiro e até de morte. Historicamente, tais medos são desencadeados pelo conceito construído durante séculos que associa a feminilidade à presença do útero, dando relevância ao papel da mulher como reprodutora e praticamente resumindo a razão da sua existência à maternidade¹⁶. Considerando este pressuposto, a mutilação do útero estaria associada à perda do seu valor simbólico e real¹⁷.

As mulheres histerectomizadas poderiam desenvolver sentimentos de luto, tristeza, perda, e depressa, desencadeados por acreditarem que a sexualidade é um dos pilares para a QV e “status” conjugal, portanto, a possibilidade de uma disfunção sexual é atemorizante para sua auto-estima¹⁵. A disfunção sexual seria o que não satisfaz o padrão biológico anatômico e fisiológico do indivíduo. A referência psicológica é a inadequação sexual, nestes casos, o indivíduo pode ser funcional, frente à parte clínica, porém se sente inadequado sob o ponto de vista psicológico¹⁶.

Fatores biológicos associados a esta condição apontam que o útero, as glândulas cervicais e as glândulas vestibulares maiores e menores secretam muco durante a fase de excitação sexual, desta forma ocorre lubrificação da vagina favorecendo o movimento durante as relações sexuais e conseqüentemente tem-se uma melhor adequação sexual. Cirurgias na região perineal comprometeriam a inervação uterina que é semelhante à da bexiga e da vagina, o que poderia vir a causar um impacto negativo à saúde sexual da mulher¹⁸. Coincidentemente já foi observada uma maior prevalência de disfunções sexuais a partir dos 35 anos, faixa etária onde ocorre o maior número de histerectomias¹⁵.

Por outro lado, a histerectomia poderia estar fortemente associada há uma sensação de alívio ocasionada pela possibilidade de retomada às condições sociais e sexuais antes interrompidas pelos sintomas que acometiam estas mulheres. Muitos estudos já relatam que algumas mulheres histerectomizadas referem sensação de alívio após a remoção do útero ocasionada pelo fato de não mais sentirem dores abdominais e sangramentos, advindos das patologias uterinas. A cessação destes sintomas cria nas mulheres a expectativa de retomarem o bem-estar social e conjugal que antes estava comprometido^{5,12,190,20}.

Observa-se ainda que o grau satisfação proporcionado pela histerectomia seja complexo e depende de fatores psicológicos, culturais, físicos religiosos e educacionais, que determinam a visão que a mulher possui do útero antes da cirurgia²¹. Por outro lado, o risco de morbidade psicológica após a retirada do útero parece estar inteiramente associado à qualidade do vínculo conjugal a qual a mulher se encontra no momento da cirurgia. O relacionamento afetivo marital parece ser de extrema importância para o bem estar psíquico e sexual pós-cirurgia²². Corroborando com esta idéia, alguns autores já acreditam que a saúde esteja ligada a uma realidade social específica, sendo influenciada por vários fatores como os de ordem política, comportamental e ambiental, cultural, econômicos e biológicos¹⁴.

O nível socioeconômico e cultural tem associação com o grau de satisfação da retirada do útero. Estudo comparativo com mulheres e homens de classes econômicas diferentes (operária e burguesa) sob diferentes influências observou que a mulher operária é detentora de “um corpo-para-a-produção”, estando voltada para o trabalho manual e distante do mercado de consumo de bens destinados ao embelezamento e à manutenção da juventude, que por sua vez, a

ausência de sintomas desagradáveis, eliminados com a cirurgia propiciaria a elas a obtenção de mais prazer sexual. Já a mulher considerada burguesa é detentora do “corpo para o consumo”, e o associa à saúde e à estética, levando a mulher da classe média alta a encarar a histerectomia como um comprometimento ao seu desempenho sexual pela visão de sentir-se menos feminina²¹.

Subsídios teóricos e empíricos deste achado foram fornecidos por mulheres de classe média alta, com atividades mais intelectuais, ou de melhor nível sociocultural, que estabelecem uma relação mais reflexiva com seu corpo, desta forma tendem a uma disfunção sexual mais acentuada após a histerectomia. Ao contrário das mulheres de nível socioeconômico baixo que identificam seus corpos apenas como necessários para desempenhos físicos²².

Por outro lado, alguns autores mencionam que detectaram menor interesse sexual em mulheres de grupo econômico mais baixo, o que sugere que a educação libera a mulher da cultura da inibição²⁴. Corroborando com esta teoria, foi observado ainda que mulheres de classes socioeconômicas mais baixas pareçam sentir-se menos femininas, por prevalecer à crença de que o papel da mulher é para procriação, portanto, sem útero deixaria de ser mulher¹².

Constatado que o útero está associado ao conceito de feminilidade e pode sofrer influência do nível sócio econômico a qual se encontra a mulher histerectomizada⁵, os autores apontam para a importância de opções terapêuticas que possam diminuir a morbidade, o impacto psicológico e o comprometimento da capacidade sexual ocasionada pela histerectomia. É importante considerar o conceito que a mulher tem de sua sexualidade, feminilidade e possibilidade de procriação,

antes de ser oferecida uma cirurgia mutiladora. Acredita-se que a qualidade do vínculo conjugal seja de extrema importância de bem estar psíquico e sexual pós-cirurgia¹⁷.

Considerações Finais

Esta discussão leva a perceber a necessidade de abordar a retirada do útero a partir de uma perspectiva de atenção integral à saúde das mulheres e no contexto de humanização do atendimento. O atendimento médico não pode ignorar o impacto emocional que estas mulheres sofrerão com a notícia da retirada do útero. É preciso que a rotina hospitalar (consulta e internação) se constitua em um meio favorável para as mulheres vivenciarem a histerectomia de maneira o menos prejudicial possível. Isto inclui a necessidade de prover condições de atendimento em que os profissionais tenham capacitação e condições de trabalho para permitir às mulheres a assimilação das informações que irão receber, e a reflexão sobre o impacto do diagnóstico e da conduta proposta em sua vida. Isto requer tempo para que elas possam vivenciar a situação e fazerem planos frente a suas emoções. Nesse processo deve haver espaço para emergirem os mitos que as mulheres trazem consigo, a fim de confrontá-los com a melhor informação científica disponível.

Referências Bibliográficas

1. Caliri MHL, Cunha AMP. A experiência da mulher ao enfrentar a histerectomia. *Femina* 1998; 26; 749-52.
2. Araújo TVB, Aquino EM. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19:407-17.

3. Vomvolaki E, Kalmantis K, Kioses E, Antsaklis A. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006;11:23-7.
4. Barrozo PRM, Dias R, Lasmar RB, et al.,. Uma Visão Atual: Alternativas à Histerectomia. *Femina* 2004; 32: 425-28.
5. Novoa AM. Histerectomia: efeitos emocionais na identidade feminina. *Opinião* 1996; 6:193-5.
6. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal; 1979 p. 282.
7. Rago M. Do cabaré ao lar - a utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985 p. 209.
8. Angerami-Camon VA. Urgências psicológicas no hospital – as cirurgias ginecológicas: uma questão para a psicologia. São Paulo: Ed. Thomson Pioneira; 1998. 211p.
9. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qualis Life Res* 2004; 13:299-310.
10. Naughton MJ, Mcbee WL. Qualidade de vida relacionada à saúde pós-histerectomia. *Grupo Editorial Moreira JR*. 1997; 40:947-57.
11. Farquhar CM, Harvey SA, Yu Y, Sadler L, Stewart AW. A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 3:711-7.
12. Cosmo M.; Carvalho, JWA. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. *Rev Soc Bras Psicol Hosp* 2000; 3:27-32.

13. Loureiro MC. Histerectomia possíveis alterações e influência do nível sócio econômico. *Psicol Ciên Prof* 1997; 17:12-9.
14. Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e Qualidade de Vida. *Femina* 2005; 33: 899-903.
15. Sbroggio AMR, Osis MJMD, Bedone AJ. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *Rev Assoc. Méd. Bras.* 2005; 51:270-4.
16. Abreu MAL. Aspectos emocionais de pré e pós-operatórios na histerectomia. *Femina* 1995; 23:260-4.
17. Faisal CA, Cury L. Morbidade Psicológica Após Histerectomia e Mastectomia. *Femina* 2005; 33:665-68.
18. Pinto AC, Baracat F, Macéa JR. Aspectos Anatômicos da Sexualidade Feminina. *Femina* 2005; 33: 9-12.
19. Penteado SRL, Fonseca AM, Bagnolo VR, et al.,. Sexualidade no climatério e na senilidade. *Rev Ginecol Obstet* 2000; 11:188-92.
20. Sousa RL, Sousa ESS, Silva JCB, et al.,. Transtornos relacionados com antecedentes de histerectomia: um estudo com mulheres de 45 a 60 anos. *Ginecol Obste* 2000; 2:20-7.
21. Muraro RM. Sexualidade da mulher brasileira. Petrópolis: Vozes; 1983.
22. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

3.3. Artigo 3

----- Original Message -----

From: "International Journal of Gynecology & Obstetrics" <ijgo@figo.org>

To: <giraldo@unicamp.br>

Sent: Monday, May 05, 2008 7:56 PM

Subject: Your PDF has been built and requires approval

Dear Dr. Giraldo,

>

> The PDF for your submission, "HYSTERECTOMY: REPERCUSSIONS ON
WOMEN'S LIFE"

> is ready for viewing.

>

> Please go to <http://ees.elsevier.com/ijg/> to approve your submission.

>

> Username: Your username is: Giraldo

> Password: Your password is: giraldo58

Your submission must be approved in order to complete the submission

> process and send the manuscript to the International Journal of Gynecology

> and Obstetrics editorial office.

> Please view the submission before approving it to be certain that your

> submission remains free of any errors.

> Thank you for your time and patience.

> Editorial Office Staff

> International Journal of Gynecology and Obstetrics

> <http://ees.elsevier.com/ijg/>

HYSTERECTOMY: REPERCUSSIONS ON WOMEN'S LIFE

Paulo César Giraldo¹, Adriana Magrin Rivera Sbroggio¹, Ana Katherine Silveira Gonçalves², Rose Luce do Amaral¹, José Antonio Simões¹, Mauro Romero Leal Passos³.

¹Departments of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of Campinas (Unicamp), São Paulo, Brazil

²Departments of Obstetrics and Gynecology, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brazil

³Departments of Obstetrics and Gynecology. Federal Fluminense University, Niteroi. Rio de Janeiro, Brazil

Corresponding author:

Dr. Paulo César Giraldo

Dom Francisco of Campos Barreto st, 145

Nova Campinas, Campinas, SP - ZIP CODE: 13092-160

E-mail: giraldo@unicamp.br

Phone/FAX: 55-19-35219306

Indexing and retrieveavel: hysterectomy, women, sexuality

Synopsis: There were not significant changes in the perception of women submitted to hysterectomies related to their body and sexual life.

Abstract

Objective: to identify physical, psychological affective and sexual changes in women submitted to hysterectomies. Method: 164 patients from different social and economical levels, who had undergone hysterectomies, were interviewed to identify the physical, psychological affective and sexual changes, using a semi-structured questionnaire. Results: Body image change perceptions were: weight alteration in 46.3%, improved physical well-being in 28.6%, alteration of femininity in 20.1%, youthful feeling in 19.5%, body hair growth in 17.7% and no perceived physical changes in 69.5%. The perceptions of change in affectivity were: improvement of partner's sexual satisfaction in 17.6% and partner low affectivity remained unchanged in 78%. Sexual change perceptions: decrease in libido during sexual intercourse in 42.7%. Conclusion: Less than 10% of the women with hysterectomies feel no satisfied with the surgery. Most of the women presented no significant change in the perception of their body and sexual life after hysterectomy.

Keywords: hysterectomy, women, sexuality

Introduction

The surgery to remove the uterus, called hysterectomy, gradually continues increasing all over the world, either by traditional surgery or by laparoscopy. In the United States, 8.6 million women underwent hysterectomy between 1980 and 1993. This is the second most performed surgical procedure per year in women during their reproductive period. Countries such as Australia and Italy also present high indexes of hysterectomy [1]. Approximately 300.000 women a year are submitted to this procedure in Brazil [2].

Hysterectomies, due to benign diseases, became a common fact among many gynecologists as they consider this organ, as a mere source of menstruation and procreation. Unfortunately some of these professionals do not take into consideration, the patient's opinion on the real necessity of carrying out the hysterectomy before indicating the surgical procedure[3].

The psychological impact of removing the uterus in a women's life has not yet been well studied in patients from different cultures and at different socio-economical levels. The impact on the woman's life is usually underestimated in our culture[1]. Many gynecologists believe that hysterectomies bring no further problems than that of the loss of the reproductive capacity and the interruption of menstrual period, ignoring the possible physical and psychological impacts that this procedure can cause[1,2].

Some studies suggest that a hysterectomy can lead to uncertainties related to matrimony and sexual performance, consequences mainly of the existing psychological association between procreation and libido. This association could interfere directly in woman's self-esteem [4, 5, 6]. On the other

hand, Farquhar et al concluded that the number of cases of depression decreases in time and the cases of depression are significantly smaller after a long post hysterectomy period [7]. This high depression index that commonly precedes the surgery can be related to the uncertainties of possible consequent changes due to the absence of the uterus. Fear in these cases, can be the main cause of psychological symptoms such as anxiety, tension and depression [4]. The authors noticed that there could be misunderstanding when identifying feelings of sorrow and sadness due to the loss of the uterus with that of the diagnosis of depression [8].

In another study with 185 women who underwent hysterectomies, an improvement in quality of life was detected in spite of the removal of the uterus. Approximately half of them referred to an improvement of the body self-image after the hysterectomy and only 25.4% reported a worsening. Almost 70% observe no changes in their femininity and only 7.1% of the women felt dissatisfied in relation to the hysterectomy. It can be inferred therefore, that in this study body self-image suffers no disturbances after hysterectomy [9].

There are biological factors associated to this condition to be considered. The cervical glands help to lubricate the vaginal lumen during sexual intercourse and during the phase of sexual excitement. Surgeries in the pelvic area could compromise uterine enervation that is similar to that of the bladder and of the vagina, causing a negative impact to the woman's sexual health [10].

However, the hysterectomy can be strongly associated to a sensation of relief due to the interruption of symptoms such as: bleeding, pain, pollakiuria, etc. Some studies have shown that the hysterectomy could provide an improved

life condition as the abdominal pains and bleeding no longer exist. The ceasing of these symptoms creates the expectation in the women that they can return to social and matrimonial well-being that before was affected [4, 11, 2].

The objective of this study was to identify and quantify in women with hysterectomies, body and sexual changes according to their own perceptions.

Subjects and Methods

One hundred sixty four women who underwent hysterectomies between the ages of 25 and 50 were interviewed to identify possible alterations in their perception in terms of body, affectivity and sexual relationships after surgery. All the women were seen during a period of 90 days to five years after the surgery at the department of gynecology at the University Hospital. Consent form was signed by all the participants. A semi-structured questionnaire with closed questions was applied by the main researcher to check women's self-perception in terms of their image (weight alteration, growth of body hair, aging, general well-being, self-perception, satisfaction from the surgery) and sexual activities (alteration of femininity, satisfaction and sexual partner's estrangement, libido in sexual relationships, alteration of excitement during and not during sexual intercourse, alteration in the frequency of orgasms). The variables were related according to the frequency of discoveries and their respective percentages. The study was approved by the local IRB.

Results

The average age of the women who had undergone hysterectomies was 47.6 (± 6.9) years, half of them were white (50.6%), 49.4% were catholic and only 17.7% had less than 2 gestations. The main reason detected for the hysterectomy was myomatosis (59.1%) (table 1).

Perceptions of body changes were: increase of weight in 46.3% cases and growth of body hair in 17.7%. Thirty-two women (19.5%) referred to feeling youthful but 12.2% referred to aging. For most of them (68.3%), there was no change in this issue. Better physical well-being was observed in 28.6% cases, a worsening in 16.5% and no alteration in 54.9% of the interviewees. Thirty three women (20.1%) felt more feminine, 19 (11.6%) less feminine and in 68.3% of the cases there was no difference. Sixty-two (37.8%) women referred to feeling a "hollow" sensation inside, however in 62.2%, there was none. In 15.2% there were feeling of improved body changes and 5.2% were worse, but in 69.5% cases there were no alteration. In general, 17.7% reported being satisfied with the hysterectomy and 16.4% as having an improved social life. However, these items were indifferent in 75.6% and 74.4% respectively. Less than 10% of the women were dissatisfied with the hysterectomy (table 2).

The results related to perceptions of libido showed that 22.5% mentioned improvement in their levels of excitement during intercourse, however 42.7% noticed worsening and 34.7% were indifferent. The sexual pleasure not during intercourse improved for 42 women (25.6%), worsened for 27 (16.4%) and there was not alteration for the other 95 (57.9%). Thirty-one of the interviewees (18.9%), referred to an improvement in the frequency orgasms, a worsening in

18 (11.0%) and no difference in 115 (70.1%) cases. The sexual partner's satisfaction during the intercourse was observed as improved in 26 (15.8%) of the women, worsening in 19.5% and no changes in 106 (64.6%). The partner's libido out of the sexual intercourse improved in 17.6% cases, worsened in only 7.3% and in 75% there was not alteration. Only ten women (6%) referred to improvement of the partner's sexual estrangement, for 15.8% it worsened while 78% had no alteration. About 70% of the women observed no alteration of the sexual perception, however approximately seventy women (40%) reported that excitement during intercourse worsened (table 3).

Discussion

There has been a gradual increase of surgical indications of hysterectomy all over the world. This surgery is more frequent in the United States and in Australia, when compared to Europe. In the United States, there are about 600.000 hysterectomies a year [12]. In Australia [13], the proportion is 1:1000 woman/year and, in United Kingdom, 100.000 hysterectomies per year are carried out [14]. The existence of folklore and myths regarding hysterectomies suggests the necessity of more up-to-date data.

On the other hand, a study with 314 women submitted to hysterectomy presented a high index of satisfaction (90%), probably related to the absence of symptoms that had bothered them prior to surgery [7]. In the present study, a general analysis showed that less than 10% of the women were seen as being dissatisfied with the hysterectomy. In almost all of the items analyzed regarding body changes, no large changes were observed in the lives of the women with

hysterectomies when compared to the after-surgical period. Well-being, femininity, body perception changed favorably in the great majority. There were only a small percentage of no satisfied women. Probably the level of well-being (vaginal bleeding, abdominal pains, painful intercourse, etc.) in the post-surgical period were the main points that the women analyzed when making a comparison in terms of satisfaction, even knowing that the surgical procedure itself could harm the enervation of the area causing a negative impact in their sexual health [12]. Confirming this theory, a study demonstrated a larger prevalence of sexual dysfunctions in women above 35 years-old undergoing to hysterectomies [5].

It is interesting to observe that in this study, in spite of 42.7% of women referring to a worsening of sexual excitement during intercourse, these numbers were not that expressive when it was not during intercourse. In only 16.4% this item worsened. In the other 86.4%, either there was no modification or it improved, probably as it provided the woman with the expectation that they would suffer less bleeding, have less pain during intercourse and also out of it. It is noteworthy that the effect of the hysterectomy considering the degree of sexual satisfaction is complex and depends on psychological, cultural, religious, educational and physical factors, which determine the vision that the woman has of her uterus prior to surgery.

Personal satisfaction, libido and sexual partner's estrangement were items that improved or they were not affected in more than 80% of the times, leading to the conclusion that a hysterectomy represent no intrinsic threat to women's femininity. The woman faced with the need to remove her uterus needs time to incorporate this new reality. It is important that the health professional considers the possible emotional, affectionate and sexual implications that can occur due to the

hysterectomy. The removal of the uterus can alter the perception that the woman has of herself, mainly in what she sees as femininity and attraction; her sexual response and sexual desire [5, 6], however, this point was little observed. Less than 10% regretted the hysterectomy concerning body and sexual changes.

References

- [1] Ministry of Health [homepage of the Internet]. Hospital Procedures. SUS. 2005, [mentioned 01 Nov 2006]. Available in:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/pinf/def>.
- [2] Caliri MHL, Cunha AMP. The experience of women in facing the hysterectomy. *Femina* 1998; 26; 749-52.
- [3] Barrozo PRM, Dias R, Lasmar RB, et al. A New Vision: Alternatives to Hysterectomy. *Femina* 2004; 32: 425-28.
- [4] Cosmo M, Carvalho JWA. Thinking about hysterectomy preoperative. *Rev Socied Bras Psicol Hosp.* 2000; 3:27-32.
- [5] Sbroggio AMR, Osis MJMD, Bedone AJ. The significance of the uterus for women: a qualitative study. *Rev Assoc. Méd. Bras.* 2005; 51 :270-4.
- [6] Sbroggio AMR, Giraldo PC; Gonçalves AKS. Absence of the uterus associated with femininity. *Columnista Experto de SIIC. Cita: Salud(i) Ciência* 2007; 10 nº5, editado em Juli 2.
- [7] Farquhar CM, Harvey SA, Yu Y, Sadler L, Stewart AW. A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;3:711-7.

- [8] Rannested T. Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2005; 9: 419-30.
- [9] Roussis NP, WaltrousL, Kerr A, Robertazzi R, Cabbad MF. Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1427-28.
- [10]Pinto AC, Baracat F, Macéa JR. Anatomic Aspects of Sexuality. *Femina* 2005; 33: 9-12.
- [11]Sousa RL, Sousa ESS, Silva JCB, et al., Related Disorders with a history of hysterectomy: a study with women from 45 to 60 years. *Ginecol Obste* 2000; 2:20-7.
- [12]Fettback LS, Fagundes D, Nery JC, Cardoso JT, Fettback PBT. Evaluation of 275 patients undergoing vaginal hysterectomy - Morbid intraoperative and postoperative. *Femina* 2005; 33: 905-9.
- [13]Spilsbury K, Semmens JB, Hammond I, Bolck A. Persistent high rates of hysterectomy in Western Australia: a population-based study of 83 000 procedures over 23 years. *BJOG.* 2006; 113:804-9.
- [14]Clayton RD Hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006; 20:73-87.

Table 1. General Characteristics of 164 women who underwent hysterectomies

	n	%
White color	83	50.6
Catholic religion	Parity <2	29
Surgical indication for mioma	97	59.1

Average Age 47.6 years (SD=6.9), SD (standard deviation)

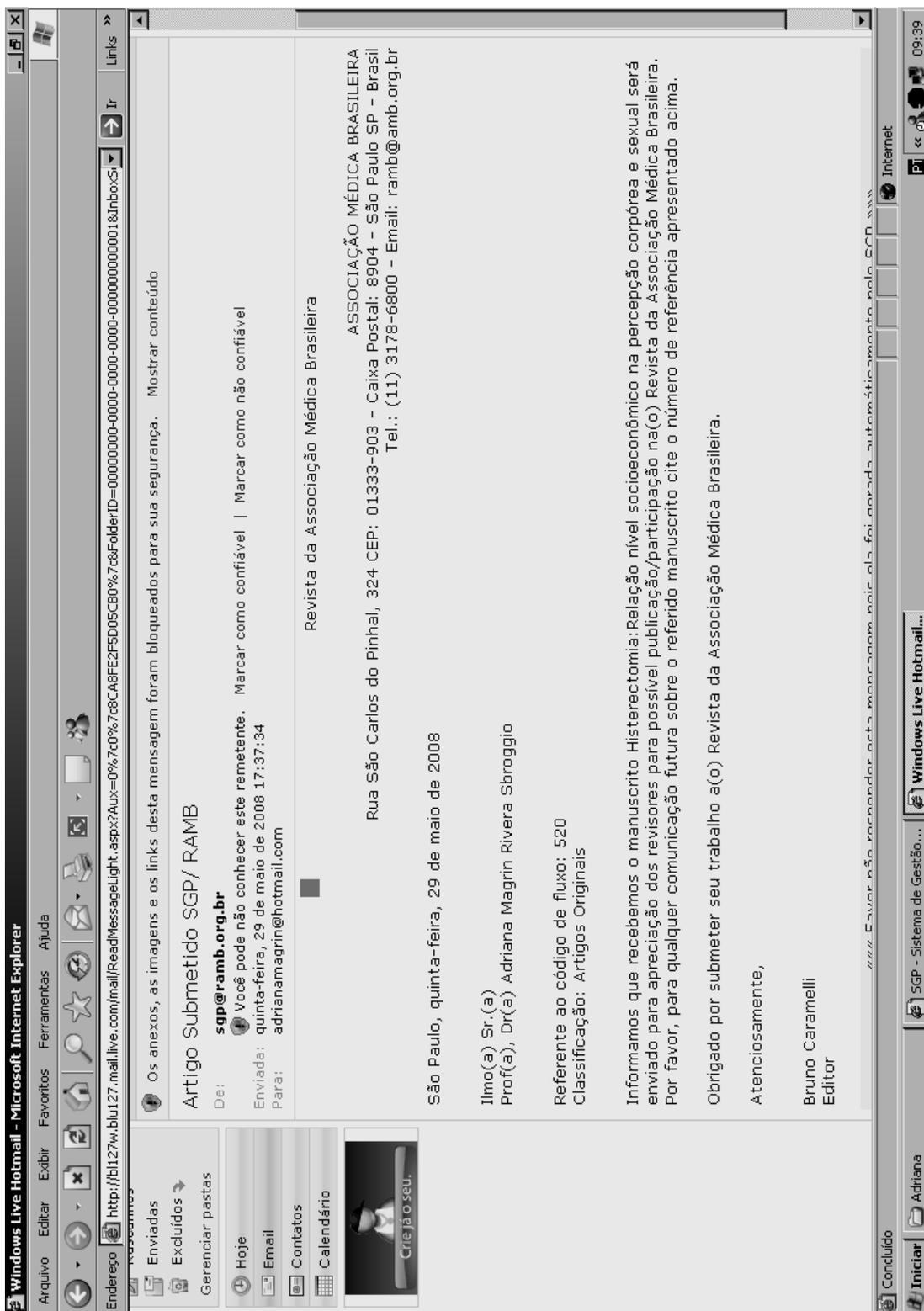
Table 2. Frequency and percentage of women with alterations the Body Perception

	Positive n (%)	Unaffected n (%)	Negative n (%)
Weight increase	76 (46.3)	88 (53.6)	-
Body hair growth	29 (17.7)	135 (82.3)	-
Youthful feeling	32 (19.5)	112 (68.3)	20 (12.2)
Physical well-being	47 (28.6)	90 (54.9)	27 (16.5)
Alteration of femininity	33 (20.1)	112 (68.3)	19 (11.6)
"HOLLOW" feeling inside	62 (37,8)	102 (62,2)	-
Body changes	25 (15.2)	114 (69.5)	25 (15.2)
Satisfaction of having undergone a hysterectomy	29 (17.7)	124 (75.6)	11 (6.7)
Improvement of social life	27 (16.4)	122 (74.4)	15 (9.1)

Table 3. Frequency and percentage of women with alteration of the perception of their sexual behavior

	Improvement n (%)	Unaffected n (%)	Worsening n (%)
Excitement in sexual relationships	37 (22.5)	57 (34.7)	70 (42.7)
Change in libido (not during intercourse)	42 (25.6)	95 (57.9)	27 (16.4)
Alteration in the frequency of orgasm	31 (18.9)	115 (70.1)	18 (11.0)
Partner's sexual satisfaction (during intercourse)	26 (15.8)	106 (64.6)	32 (19.5)
Partner's libido (not during intercourse)	29 (17.6)	123 (75.0)	12 (7.3)
Partner's sexual estrangement	10 (6.0)	128 (78.0)	26 (15.8)

3.4. Artigo 4



**HISTERECTOMIA:RELAÇÃO NIVEL SOCIOECONOMICO NA PERCEPÇÃO
CORPOREA E SEXUAL**

**HYSTERECTOMY:RELATIONS SOCIAL AND ECONOMICAL LEVELS IN THE
BODY PERCEPTIONS AND SEXUAL**

Adriana Magrin Rivera Sbroggio¹; Paulo César Giraldo¹ ; Ana Katherine Silveira
Gonçalves². Maria Eugênia Radomile³.

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de
Campinas (Unicamp), São Paulo, Brasil.

² Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio
Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

³ Departamento de Psicologia da Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil.

Endereço

Adriana Magrin Rivera Sbroggio

R. Dom Paulo de Tarso Campos, 42 Bl 3 Ap. 12

Swift - Campinas, SP – CEP: 13045-110

E-mail: adrianamagrin@hotmail.com

Unitermos: Histerectomia, Mulher, Feminilidade, Sexualidade

Resumo

Objetivo: Identificar se o nível socioeconômico influencia na autopercepção acerca das modificações corpóreas, afetivas e sexuais de mulheres histerectomizadas.

Métodos: 164 mulheres histerectomizadas há mais de três meses e até cinco anos, com idade reprodutiva e de diferentes níveis socioeconômico. As entrevistas foram agendadas através de contato telefônico com pacientes contidas em uma lista de arquivo de um hospital público e voluntárias de hospitais e consultórios médicos particulares. Orientadas quanto ao sigilo da identidade e a importância do estudo, obteve-se o consentimento através de assinatura. Aplicaram-se fichas epidemiológicas necessárias para a classificação do grupo de nível social e seguiu com um questionário semi-estruturado com questões que abordavam a autopercepção a respeito das possíveis modificações corpóreas, afetivas e sexuais acerca da retirada do útero. A análise de associação entre as variáveis foi realizada através dos testes de X^2 e Exato de Fisher. **Resultados:** A média de idade das mulheres foi de 47,6 ($\pm 6,9$) anos. As percepções acerca das modificações na imagem corporal, relação afetiva e sexual não foram estatisticamente significativas nos grupos de mulheres histerectomizadas de diferentes níveis socioeconômicos. Apenas a sensação de rejuvenescimento foi estatisticamente significativo em mulheres de nível social mais elevado. **Conclusão:** O nível socioeconômico a qual a mulher está inserida não interferiu nas percepções a respeito das mudanças corporais, sexuais e conjugais após a histerectomia. Portanto, sugere que a sensação de bem estar parece suplantar os medos e receios da ausência do útero.

Summary

Objective: Identify if the social and economical level influences in the hysterectomized women self-perception concerning the body, affective and sexual changes. Methods: 164 hysterectomized women in no menopausal with different social and economical levels were studied in a transversal cut study. The patients were contacted by phone and submitted an interview using a semi-structured questionnaire with matters that boarded the self-perception concerning about of the possible corporal, affective and sexual changes concerning the uterus removal. The statistical analysis was done using X^2 and Fisher exact tests. Results: the average age was 47.6 (± 6.9) years. The perceptions concerning the changes in the body image, affective and sexual relation were not statistically significant in hysterectomized women of different social and economical level. Only the rejuvenation sensation was significantly more prevalent in women of higher social level. Conclusion: The social and economical woman level did not interfere in the perceptions concerning about of the body, sexual and conjugal changes after the hysterectomy. Therefore, it suggests that the well-being sensation seems to supplant the fears and uterus absence fears.

Introdução

A cirurgia de histerectomia vem aumentando gradativamente em todo o mundo. Nos Estados Unidos são realizadas cerca de 600.000 histerectomias por ano¹. Na Austrália, acredita-se que a histerectomia está presente na proporção de 1:1000 mulheres/ano² e que no Reino Unido, sejam realizadas mais de 100.000 histerectomias/ano³. No Brasil foram realizadas cerca de 107.000 histerectomias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2005⁴.

Devido à freqüência de indicações cirúrgicas, é considerado por alguns profissionais da saúde como sendo um procedimento simples e de rotina. Portanto, a retirada do útero pode desencadear nas mulheres incertezas com relação ao desempenho conjugal e sexual, uma vez que possa existir uma associação psicológica entre a procriação, sexualidade, autoconceito e auto-estima^{5,6,7,8,9,10}. Tais incertezas podem causar medo que, por sua vez, pode ser o principal desencadeador de sintomas psicológicos como a ansiedade, tensão e depressão, principalmente no período pré-operatório⁸. O medo que acomete estas mulheres pela amputação do útero também está relacionado com a possibilidade de sofrerem mudanças físicas, as quais ameaçarão seu autoconceito e a imagem corporal⁷.

Durante séculos, o útero tem sido associado ao conceito de feminilidade, considerado um órgão essencial na função fisiológica, sexual, fonte de energia e vitalidade. Sempre se deu relevância ao papel da mulher como reprodutora, praticamente resumindo a razão de sua existência na maternidade^{11,12}. Considerando este pressuposto, a mutilação do útero estaria associada à perda do valor simbólico e real da mulher¹³. Com base nessas razões é que a remoção deste órgão pode implicar na percepção que a mulher tem de si, principalmente no

que concerne à feminilidade e atração, habilidade para a resposta sexual e desejo sexual⁵. Genericamente falando, acredita-se que as mulheres se preocupam com o potencial efeito negativo que a histerectomia poderia trazer para suas vidas sexuais, contudo tais inferências necessitam comprovação científica.

Cavalcanti¹⁴ acrescenta ainda que fatores como os níveis socioeconômicos e da educação no comportamento sexual são aliados importantes para a sexualidade e autopercepção. Contribuindo para a teoria de que os níveis socioeconômicos e culturais têm associação com o grau de satisfação da retirada do útero, é que Muraro¹⁵, através de estudo de campo, comparou mulheres e homens de classes econômicas diferentes (operária e burguesa) com as possíveis influências em diversos aspectos. Desta forma, classificou que a mulher operária é detentora de “um corpo-para-a-produção”, estando voltada para o trabalho manual e distante do mercado de consumo de bens destinados ao embelezamento e à manutenção da saúde, que, por sua vez, a ausência de sintomas desagradáveis eliminada com a cirurgia de histerectomia propiciaria a elas a obtenção de mais prazer sexual. Já a mulher burguesa é detentora do “corpo-para-o-consumo”, associados à saúde e à estética, levando a mulher da classe média alta a encarar a histerectomia como um comprometimento ao seu desempenho sexual pela visão de sentir-se menos feminina.

Boltanski¹⁶ relata que as mulheres de classe média alta, com atividades mais intelectuais, ou de melhor nível sociocultural, estabelecem uma relação mais reflexiva com seu corpo e desta forma, tendem a uma disfunção sexual mais acentuada após a histerectomia. Ao contrário, as mulheres de nível socioeconômico baixo identificam seus corpos como necessários para desempenhos físicos,

diminuindo a discriminação apurada das sensações corporais e uma relação mais consciente do corpo.

Confirmando estes achados, Loureiro et al.,⁷ observaram que mulheres de nível socioeconômico médio e alto relataram menos interesse para as relações sexuais após a histerectomia e que sentimento de perda da feminilidade associado à retirada do útero se acentuou nestas mulheres comparadas com as mulheres de nível socioeconômico baixo. Em contrapartida, Cavalcanti¹⁴ menciona que em mulheres de grupo econômico mais baixo, o interesse sexual é menor, o que sugere que a educação libera a mulher da cultura da inibição. Corroborando com a idéia, outros autores, mencionam que as mulheres de classes socioeconômicas mais baixas parecem sentir-se menos femininas, por prevalecer à crença de que o papel da mulher é para procriação; portanto, sem útero deixaria de ser mulher^{8,10}.

Apesar de tais incertezas acometerem as mulheres, a retirada do útero para algumas mulheres ainda é a única expectativa de retomarem o bem-estar social e conjugal que antes estava comprometido pelos incômodos ocasionados pelos sintomas^{5,8,17,18}.

Portanto, os trabalhos apresentados na literatura não são conclusivos sobre o efeito da histerectomia em possíveis alterações psíquicas e orgânicas e se o nível socioeconômico e cultural está relacionado com as percepções acerca da retirada do útero. Tantas incertezas sugerem a necessidade de novos estudos controlados e prospectivos a este respeito.

Sujeitos e Métodos

Foi realizado um estudo do tipo Corte transversal. O cálculo do tamanho amostral foi baseado na aproximação normal para probabilidade de prevalência no dois grupos, com nível de significância $<0,05$.

O critério de seleção eram mulheres hysterectomizadas a mais de três meses e menos de cinco anos e com idade entre 25 e 50 anos. Foram realizados contatos telefônicos e agendando datas e horários com todas as mulheres submetidas a hysterectomizadas contidas na lista de arquivo do CAISM e com mulheres voluntárias identificadas através de cartazes afixadas em hospitais e consultórios particulares com a finalidade de buscar mulheres de diferentes níveis socioeconômicos.

As 164 entrevistas foram realizadas no departamento de ginecologia de um hospital universitário com a finalidade de identificar possíveis alterações de percepção corporal, afetivas e sexuais após a cirurgia. Para selecionar os níveis sócios econômicos e culturais foi aplicado um teste de classificação determinado pela ABIPEME (2005)¹⁹, onde foi possível agrupá-las como sendo A,B (classe econômica mais elevada) e C,D,E (classe econômica menos elevada). As mulheres consentiram as entrevistas através de assinatura nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a qual continham números seqüenciais para garantir o sigilo da identidade delas. Foi aplicado um questionário que abordavam questões referentes à percepção destas mulheres acerca da sua própria imagem; tendo sido questionadas sobre sensações de alteração de peso, crescimento de pêlos, envelhecimento, disposição orgânica geral e alteração da feminilidade. Além disso, estas mulheres foram questionadas sobre suas relações afetivas, sociais, convívio conjugal e sexualidade: frigidez, prazer sexual e orgasmos. As entrevistas

foram revisadas, inseridas e armazenadas em planilha Excel/Office 2000 pela própria pesquisadora. Para a análise estatística foram empregados o teste X^2 e Exato de Fisher.

Resultados

A média de idade das mulheres estudadas foi de 47.6 anos com ($dp=6,9$) destas, 50,6% eram brancas, 49,4% de religião católica, 17,7% tinham apenas 1 filho e a principal causa de histerectomia foi miomatose uterina (59,1%).

Quanto às percepções corpóreas, não foi observado diferença significativa nas diferentes classes sociais ($p=0,8756$). Apenas, que mulheres de nível socioeconômico mais elevado mostraram-se mais sensíveis quanto às percepções de alterações de peso.

No quesito surgimento de pêlos pelo corpo, esta percepção também esteve mais presente em mulheres de nível social mais elevado (22%) quando comparado a 13,4% ($p=0,2190$). Não sendo estatisticamente significativo.

Por outro lado, quanto à questão da auto-imagem, as mulheres que compunham o nível social mais elevado sentiram-se significativamente mais rejuvenescidas (26,8%), quando comparadas àquelas de nível social menos elevado (12,2%) ($p=0,0398$). A disposição orgânica piorou para 11,0% do nível social elevado enquanto que 20,7% do nível social menos elevado. O que não foi estatisticamente significativo ($p=0,2208$). Quanto à perda da feminilidade, foi observado no nível social elevado que 12,2% comparado ao nível menos elevado 11,0%, o que não foi estatisticamente significativo ($p=0,9424$). Não

foram observadas alterações significativas na perda da identidade corporal nos dois grupos estudados ($p=0,0730$) (tabela 1).

Considerando a frequência e percentual de mulheres com alteração da percepção na relação afetiva, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos grupos estudados; quando indagadas quanto à satisfação do companheiro ($p=0,2418$), carícias do companheiro ($p=0,8058$), sensação de ser histerectomizada ($p=0,9242$) e vida social ($p=0,5253$) (tabela 2).

Quanto à prevalência das percepções das relações sexuais não foram observadas diferenças significativas nos grupos estudados, quando estas mulheres foram inquiridas quanto à sensação de frigidez ($p= 0,8183$), alteração do prazer sexual ($p=0,3118$), sensação de vazio por dentro ($p= 0,3320$), e alteração no orgasmo ($p=0,1904$), alteração nas relações sexuais ($p=0,6496$) e satisfação do companheiro ($p=0,9087$). Não foram observadas alterações significativas nos quesitos acima citados (tabela 3).

Discussão

Sabe-se que além de sua função biológica, o útero também está associado ao conceito de feminilidade, por relacionar-se ao papel reprodutor da mulher e à sua vida sexual^{5,9,10}. Não se pode ignorar a força dos conceitos historicamente aprendidos na educação e formação das mulheres, que certamente se refletem em suas perspectivas acerca do útero e de suas funções, vinculando-o à concepção de feminilidade^{20,21}.

Ignora-se na maioria das vezes, que a retirada do útero possa ter algum efeito sobre o desejo sexual e a libido. Por outro lado, o útero atesta a

possibilidade de continuidade, aspectos inerentes a um esquema corporal interno²². A remoção do órgão pode ser sentida e desencadear angústia e sentido de mutilação²³. Essa associação pôde ser detectada em atendimentos a mulheres hysterectomizadas ao perceberem a importância do útero como garantia de ser mulher no momento da notícia da necessidade de sua retirada. Diante dessa percepção, sofreram abalo em sua identidade feminina, porque para elas o útero simbolizava a sua capacidade sexual⁵.

Entretanto, é possível observar que o risco de morbidade psicológica após a retirada do útero possa estar inteiramente associado aos aspectos sociais, como também, a qualidade do vínculo conjugal a qual a mulher se encontra no momento da retirada do útero sendo de extrema importância para o bem-estar psíquico e sexual pós-cirurgia¹³.

Hoje é consenso que o conceito de saúde esteja associado a uma realidade social específica, sendo influenciada por vários fatores como os de ordem política, comportamental e ambiental, cultural, econômicas e biológicos²⁴. Portanto, pode-se inferir que o bem-estar pós hysterectomia é de causa multifatorial, pois sofre influência social, ambiental, afetiva, hormonal etc. As mulheres hysterectomizadas percebem-se melhores ou piores com relação à retirada do útero, também na dependência destes fatores “extra-uterinos”.

Esta análise foi possível através do nosso estudo onde se observou que apesar dos dados estatísticos não serem significativos em relação aos níveis socioeconômicos, entretanto, a autopercepção de aumento de peso (47,6%), crescimento de pêlos pelo corpo (22%), alteração da feminilidade (12,2%) e perda da identidade feminina (19,5%) foram mais sensíveis em mulheres socialmente

mais elevadas. Pode-se inferir talvez com esta observação, que conforme o autor¹⁶ se refere que a mulher de nível socioeconômico mais elevado possui mais questionamentos e dúvidas em relação aos possíveis benefícios concedidos pela histerectomia. Também mantém uma relação mais reflexiva com seu corpo, onde é possível identificar no quesito de auto-imagem, referiram-se mais rejuvenescida (26,8%) contra (12,2%) após a cirurgia, podendo portanto, desencadear disfunções sexuais mais acentuadas após a retirada do útero.

Aspectos da sexualidade após a histerectomia são muito discutidos, no entanto os autores⁷ observaram que mulheres de nível socioeconômico médio e alto relataram menos interesse para as relações sexuais após a histerectomia confirmando o presente estudo onde apresentou que 20,7% delas queixaram-se de piora nas relações sexuais após a histerectomia, contradizendo¹⁴ que menciona que mulheres de grupo econômico mais baixo o interesse sexual é menor, o que sugere que a educação libera a mulher da cultura da inibição.

Portanto, o sentimento de alívio nas mulheres após a realização da cirurgia está relacionado à sensação de perdas e ganhos. Prevalece a expectativa de sobrevivência e de que a doença tenha sido erradicada em detrimento do sentimento de mutilação de uma parte do corpo, podendo ser observado em mais de 70% das mulheres que não observaram alterações pós histerectomia, mesmo aquelas com queixas sexuais. Considerando que a expectativa de sobrevivência e de erradicação da doença esteja mais presente para as mulheres²⁵, suplantando os mitos e as dúvidas. Porém, a possibilidade que tal alívio está associado ao desaparecimento das dores, sangramentos e incômodos, mas não aos sentimentos das mulheres quanto ao significado da perda do útero.

Ficando claro que o efeito da histerectomia relacionado ao grau de satisfação na função sexual e social é complexo e depende de fatores psicológicos, culturais, físicos religiosos e educacionais, que determinam a visão que a mulher tem do útero antes da cirurgia. Na verdade, os possíveis transtornos sexuais e sociais parecem estarem mais relacionados com fatores ambientais e intrínsecos de cada mulher, do que com o ato em si²⁶.

Sendo assim, acredita-se na importância de opções terapêuticas para todos os níveis sociais e não somente para hospitais públicos. Podendo diminuir a morbidade, o impacto psicológico e o comprometimento da capacidade reprodutiva ocasionada pela histerectomia. Considerando assim o conceito que a mulher tem de sua sexualidade, feminilidade e possibilidade de procriação, antes de oferecerem a histerectomia. Devendo avaliar as vantagens e desvantagens quanto à escolha da histerectomia e de outros tratamentos alternativos e, principalmente, considerar a perspectiva da paciente sobre o tratamento proposto²⁷.

Conclusão

Menos de 10% das mulheres histerectomizadas apresentaram insatisfação com a histerectomia. Portanto, a satisfação de ser histerectomizada parece suplantiar os medos e receios da ausência do útero e que o fator socioeconômico, não interferiram quanto à percepção das mudanças corporais, sexuais e conjugais após a histerectomia.

Referências bibliográficas

1. Fettback LS, Fagundes D, Nery JC, Cardoso JT, Fettback PBT. Avaliação de 275 Pacientes Submetidas a Histerectomia Vaginal – Morbidades Trans e Pós operatório. *Femina* 2005; 33: 905-909.
2. Spilsbury K, Semmens JB, Hammond I, Bolck A. Persistent high rates of hysterectomy in Western Australia: a population-based study of 83 000 procedures over 23 years. *BJOG*. 2006; 113(7):804-9.
3. Clayton RD Hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006; 20(1):73-87.
4. Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Procedimentos hospitalares do SUS. 2005 [citado 01 nov 2006]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/pinf/def>
5. Novoa AM. Histerectomia: efeitos emocionais na identidade feminina *Opinião*. 6; 1991, p.193-5.
6. Anker LW. Vivências psicológicas associadas à histerectomia: um enfoque psicanalítico. *Rev Psicol Hosp* 1993; 5:20-3.
7. Loureiro MC. Histerectomia possíveis alterações e influência do nível sócio econômico. *Psicol Ciên Prof* 1997; 17:12-9.
8. Cosmo M, Carvalho JWA. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. *Rev Societ Bras Psicol Hosp* 2000; 3:27-32.
9. Sbroggio AMR, Osis MJMD, Bedone AJ. O significado do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *Rev Assoc. Méd. Bras*. 2005; 51 (5):270-4.
10. Sbroggio AMR, Giraldo PC; Gonçalves AKS. Columnista Experto de SIIC. Cita: *Salud(i) Ciência*, Vol 10 nº5, editado em Juli 2007.

11. Mead M. Macho e Fêmea: um estudo dos sexos num mundo em transformação. Rio de Janeiro: Ed. Vozes Ltda; 1971.
12. Abreu MAL. Aspectos emocionais de pré e pós-operatórios na histerectomia. *Femina* 1995; 23:260-4.
13. Faisal CA, Cury L. Morbidade Psicológica Após Histerectomia e Mastectomia. *Femina* 2005; 33:665-68.
14. Cavalcanti AL. Sexualidade nas mulheres histerectomizadas. *Rev Ginecol Obstet* 2002; 13:171-84.
15. Muraro RM. Sexualidade da mulher brasileira. Petrópolis: Vozes; 1983.495 p.
16. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1984. 191p.
17. Penteado SRL, Fonseca AM, Bagnolo VR, Abdo CHN. Sexualidade no climatério e na senilidade. *Ginecol Obstet* 2000;11:188-92.
18. Sousa RL, Sousa ESS, Silva JCB, et al., Transtornos relacionados com antecedentes de histerectomia: um estudo com mulheres de 45 a 60 anos. *Ginecol Obste* 2000; 2:20-7.
19. ABIPEME - ABA/ABIPEME (Associação Brasileira de anunciantes/Associação Brasileira www.ufrn.br/sites/fonaprace/perfil_anexo3.doc.
20. Parker R. Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. 2ª ed. Trad. de MTM Andrade. São Paulo: Best Seller; 1991, p. 295.
21. Heilborn ML. Gênero: uma breve introdução. In: Ribeiro NMGR, Costa DM (org). Gênero e desenvolvimento institucional em ONGs. Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/NEMPP; 1995. p.9-14.

22. Klein, M. Sobre a identificação. In: Obras Completas de Melanie Klein, V III. Rio de Janeiro. Imago. 1975.
23. Laufer, ME. O complexo de Édipo feminino e sua relação com o corpo. In: O enigma dos sexos. (org. Dana Breen) Ed. Elizabeth Bott Spillius. Rio de Janeiro Imago. 1988.
24. Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e Qualidade de Vida. *Femina* 2005; 33:899-903.
25. Maldonado MT, Canella P. A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: Roca; 1988.
26. Giraldo, PC, Sbroggio, AMR: A histerectomia e suas repercussões na percepção corpórea, sexual e social. *Revista Médico Repórter*. Ano 10. n. 90 2007.
27. Barrozo PRM, Dias R, Lasmar RB, Traiman P, Nahás EAP, Dias DS et al. Uma Visão Atual: Alternativas à Histerectomia. *Femina* 2004; 32:425-8.

Tabela 1. Frequência e percentual de mulheres com alteração da Percepção Corpórea segundo o nível socioeconômico

VARIÁVEIS	GRUPO I (82) N (%)	GRUPO II (82) N (%)	VALOR-P
Aumento do Peso			
Inalterado	43 (52.4%)	45 (54.9%)	0.8756
Sim	39 (47.6%)	37 (45.1%)	
Crescimento de Pêlos			
Inalterado	64 (78%)	71 (86.6%)	0,2190
Sim	18 (22%)	11 (13.4%)	
Auto Imagem			
Envelhecida	11 (13.4%)	9 (11%)	0,0398
Inalterada	49 (59.8%)	63 (76.8%)	
Rejuvenescida	22 (26.8%)	10 (12.2%)	
Disposição Orgânica			
Melhor	24 (29.3%)	23 (28%)	0,2208
Inalterado	49 (59.8%)	42 (51.2%)	
Pior	9 (11%)	17 (20.7%)	
Alteração da Feminilidade			
Melhor	17 (20.7%)	16 (19.5%)	0.9424
Inalterado	55 (67.1%)	57 (69.5%)	
Pior	10 (12.2%)	9 (11%)	
Perda da identidade corporal			
Melhor	8 (9.8%)	17 (20.7%)	0.0730
Inalterado	58 (70.7%)	56 (68.3%)	
Pior	16 (19.5%)	9 (11%)	

Teste Qui-Quadrado

Tabela 2. Frequência e percentual de mulheres com alteração da Percepção nas relações Afetivas segundo o nível Socioeconômico

Variáveis	Grupo I (82) n (%)	Grupo II (82) n (%)	Valor-p
Satisfação do Companheiro			
Melhor	11 (13.4%)	18 (22%)	
Inalterado	63 (76.8%)	60 (73.2%)	
Pior	8 (9.8%)	4 (4.9%)	0.2418*
Carícias do Companheiro			
Melhor	12 (14.6%)	14 (17.1%)	
Inalterado	64 (78%)	64 (78%)	
Pior	6 (7.3%)	4 (4.9%)	0.8058*
Sensação de ser hysterectomizada			
Bem	14 (17.1%)	15 (18.3%)	
Envelhecimento	5 (6.1%)	6 (7.3%)	
Inalterado	63 (76.8%)	61 (74.4%)	0.9242
Vida Social			
Melhor	16 (19.5%)	11 (13.4%)	
Inalterado	58 (70.7%)	64 (78%)	
Pior	8 (9.8%)	7 (8.5%)	0.5253

Teste Qui Quadrado
Teste Exato de Fisher

Tabela 3. Frequência e percentual de mulheres com alteração da percepção nas relações sexuais segundo o nível socioeconômico

	Grupo I (82) n (%)	Grupo II (82) n (%)	Valor-p
Sensação de Frigidez			
Inalterado	30 (36.6%)	27 (32.9%)	0.8183
Não	35 (42.7%)	35 (42.7%)	
Sim	17 (20.7%)	20 (24.4%)	
Alteração do Prazer sexual			
Melhor	21 (25.6%)	21 (25.6%)	0.3118
Inalterado	51 (62.2%)	44 (53.7%)	
Pior	10 (12.2%)	17 (20.7%)	
Sensação de vazio			
Inalterada	31 (37.8%)	40 (48.8%)	0.3320
Não	35 (42.7%)	27 (32.9%)	
Sim	16 (19.5%)	15 (18.3%)	
Alteração no Orgasmo			
Melhor	11 (13.4%)	20 (24.4%)	0.1904
Inalterado	62 (75.6%)	53 (64.6%)	
Pior	9 (11%)	9 (11%)	
Alteração nas relações sexuais			
Melhor	17 (20.7%)	22 (26.8%)	0.6496
Inalterado	48 (58.5%)	45 (54.9%)	
Pior	17 (20.7%)	15 (18.3%)	
Alteração na satisfação do companheiro			
Melhor	12 (14.6%)	14 (17.1%)	0.9087
Inalterado	54 (65.9%)	52 (63.4%)	
Pior	16 (19.5%)	16 (19.5%)	

4. Discussão

Diversos estudos já evidenciam que possíveis alterações psicológicas pós histerectomia possam estar relacionadas com aspectos sociais e afetivos presentes no momento da cirurgia (Faisal-Cury e Cury, 2005). Nos dias atuais é consenso que a saúde e o bem estar estejam associados a uma realidade social específica, sendo influenciada por vários fatores como os de ordem política, comportamental e ambiental, cultural, econômicas e biológicas (Lorenzi e Baracat, 2005). É possível inferir que o bem-estar pós-histerectomia é de causa multifatorial sofrendo influências sociais, ambientais, afetivas e hormonais.

Os médicos de uma maneira geral desconsideram os aspectos psicológicos advindos da remoção do útero na vida das mulheres. Estes efeitos quase sempre são minimizados ou considerados como “normais” do procedimento (Caliri e Cunha, 1998). Existe a crença que as repercussões da histerectomia limitam-se a ponto de vista biológico, cursando apenas com a perda da possibilidade de reprodução e a parada das menstruações, o que não representaria maiores

danos para saúde feminina (Novak et al., 1977). O conceito do útero associado à identidade feminina é quase sempre subestimado.

Na maioria das vezes, também não são considerados aspectos relacionados à sexualidade, libido e auto-estima. Como também é desconsiderada a destruição, mesmo que parcial do esquema corporal interno pré-existente após a remoção do útero (Klein, 1975). A remoção do órgão pode ser sentida e desencadear angústia e sentido de mutilação (Laufer, 1998). Esta percepção pôde ser detectada em atendimentos a mulheres que sofreram abalo em sua identidade feminina ao se depararem com a possibilidade de serem histerectomizadas (Novoa, 1991).

Estas incertezas muitas vezes estão atreladas à sexualidade, a libido, medo de não sentir mais prazer depois de retirar o útero. Apesar das freqüentes discussões a respeito da sexualidade de mulheres acima de 45 anos devido o período de pré-menopausa, onde a libido poderia estar comprometida a partir de fatores hormonais, é que o autor (McCary, 1978) menciona que o desejo de uma mulher prossegue inalterado até por volta de seus 60 anos de idade ou mais, não justificando a abstinência sexual por conta da histerectomia, considerando que a média de idade das mulheres histerectomizadas são de 47.6 (dp=6.9). Para as autoras (Pereira e Canella, 2006) todo o ser humano é capaz de responder a estímulos eróticos, sendo o impulso sexual um fator inato e respondemos a estes estímulos de diferentes formas por moldarem seus desejos de forma adaptativa, enquanto que a excitação e o orgasmo são manifestos.

Diante de uma perspectiva de sobrevivência, observa-se que nesta idade em especial, a mulher enfrenta sentimentos de perdas. Perdas da fertilidade, frustrações por conta de projetos de vidas não concretizadas e a juventude. Frente à possibilidade de retirar o útero, estes sentimentos se afloram a ponto de regredir em faces de sua vida como: juventude, filhos pequenos, companheiro, a pais e amigos e tudo aquilo que deixou de fazer, simbolizando uma nova etapa de perdas e envelhecimento (Abreu, 1998).

Portanto, a histerectomia é uma cirurgia de muita reflexão ao íntimo, a sexualidade da mulher. Autores acreditam que tais reflexões estejam associadas não somente a fatores emocionais, mas sim social e econômico ao qual a mulher está inserida (Muraro, 1983; Boltanski, 1984).

Sendo assim, fez-se necessário a pesquisa, pois, já é sabido que a mulher frente a notícia de retirada do útero desencadeia sentimentos depressivos (Sbroggio et al., 2004; 2007), porém as incertezas com relação possíveis transtornos emocionais após a histerectomia ainda eram enigmáticos, principalmente se fatores sociais e econômicos influenciassem tais sentimentos. Entretanto, no presente estudo, foi possível inferir que apesar de não ser estatisticamente significativo houve pequenas diferenças nas autopercepções de mulheres do grupo social mais elevado como: aumento de peso, hirsutismo, alteração da feminilidade e perda da identidade feminina. Apenas o quesito de percepção do rejuvenescimento foi estatisticamente significativo ($p=0,0398$). Concluindo com esta observação que a mulher de nível socioeconômico mais elevado, talvez possua mais questionamentos e dúvidas em relação aos possíveis benefícios concedidos pela histerectomia. Corroborando com

esta idéia é que Boltanski (1984) menciona que a mulher de nível socioeconômico mais elevado estabelece uma relação mais reflexiva com seu corpo e, desta forma, tende a uma disfunção sexual mais acentuada após a histerectomia.

Portanto, o que se observa é que os índices estatísticos dos dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos são baixos, prevalecendo as percepções de inalterações das modificações corpóreas, relações afetivas e sexuais. Observa-se que prevalece o sentimento de alívio nas mulheres após a realização da cirurgia. Isto foi possível evidenciar quando, perguntadas sobre a sensação de serem histerectomizadas as respostas de inalteradas destacaram-se em mais de 70%. Outro quesito foi em relação à sensação na vida social, destacando-se em 70% referindo-se inalterada com a histerectomia. Considerando que a expectativa de sobrevida e de que a doença tenha sido erradicada está mais presente para as mulheres do que questões íntimas da sexualidade (Maldonado e Canella, 1988). Portanto, questões sociais e econômicas parecem não ter grande influência para as percepções das mulheres.

Parece que a sensação de estar livre da doença traz a tona sentimentos de sobrevivência e da superação do incômodo causado pelos sintomas da doença. Entretanto, não se pode deixar de considerar que tal alívio está associado ao desaparecimento das dores, sangramentos e incômodos, mas não aos sentimentos das mulheres quanto ao significado da perda do útero (Hufnagel e Golant, 1989; Naughton e Mcbee, 1997; Cosmo e Carvalho, 2000; Penteado et al., 2000).

Concretizando, portanto, que os possíveis efeitos observados pós-histerectomia parecem estar mais relacionados com fatores ambientais e intrínsecos de cada mulher do que com o ato em si (Giraldo e Sbroggio, 2007).

Sendo assim, é de extrema importância que antes de se oferecer à paciente uma cirurgia de histerectomia, abordar questões da retirada do útero a partir de uma perspectiva de atenção integral à saúde das mulheres e no contexto de humanização do atendimento, não somente em hospitais públicos como em hospitais e consultórios particulares para mulheres de nível socioeconômico mais elevado. As opções terapêuticas podem favorecer quanto à morbidade, impacto psicológico e o comprometimento da incapacidade reprodutiva.

Os atendimentos psicológicos visam ajudar as mulheres a obterem melhor compreensão de si mesmas para orientarem-se diante de seus problemas vitais. É preciso dar tempo para avaliarem as vantagens e desvantagens do tratamento proposto e, principalmente, considerar o conceito que a mulher tem de sua sexualidade, feminilidade, possibilidade de procriação e perspectiva da paciente sobre o tratamento proposto (De Gelder et al., 2005).

A favor de grupos de orientações para mulheres com indicação cirúrgica de histerectomia, concordamos com o autor (Angerami-Camon, 1997) quanto à necessidade de atendimentos psicológicos para tal indicação, para que não haja interferências na visão de fêmea para as mulheres.

5. Conclusões

- Estudos questionam a importância do útero para a mulher pelo fato de ele estar associado ao conceito de feminilidade historicamente construído.
- Estudos questionam a importância de orientações psicológicas para mulheres que necessitam fazer uma histerectomia, devido à associação do útero ao conceito de feminilidade, por ele estar relacionado ao ato de procriar, à maternidade.
- Menos de 10% das mulheres histerectomizadas apresentaram insatisfação com a histerectomia. A maioria das mulheres não apresentou qualquer mudança significativa na percepção corpórea, relações afetivas e sexuais após a histerectomia.
- A satisfação de ser histerectomizada parece suplantar os medos e receios da ausência do útero e o fator socioeconômico não interferiu quanto à percepção das mudanças corporais, sexuais e conjugais após a histerectomia.

6. Referências Bibliográficas

- Abreu MAL. Sexualidade na mulher climatérica. *Femina* 1998; 26:45-50.
- Angerami-Camon VA. **A Ética na Saúde**. São Paulo: Ed. Pioneira; 1997. p.13-40.
- Angerami-Camon VA. **Urgências psicológicas no hospital – as cirurgias ginecológicas: uma questão para a psicologia**. São Paulo: Ed. Thomson Pioneira; 1998. 211p.
- Anker LW. Vivências psicológicas associados à histerectomia: um enfoque psicanalítico. *Rev Psicol Hosp* 1993; 5:20-3.
- Araújo TVB, Aquino EM. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(Supp. 2):407-17.
- Barrozo PRM, Dias R, Lasmar RB, et al. Uma Visão Atual: Alternativas à Histerectomia. *Femina* 2004; 32:425-8.
- Bastos AC. **Noções de ginecologia-levanta actínia**. 2º ed., São Paulo: Ed. São Paulo SA. 1967.
- Beard CM, Hartmann LC, Atkinson EJ, et al. The epidemiology of ovarian cancer: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1935-1991. *Ann Epidemiol* 2000; 10:14-23.

Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

Brasil. Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Procedimentos hospitalares do SUS. 2005 [citado 01 nov 2006]. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/pinf/def>

Caliri MHL, Cunha AMP. A experiência da mulher ao enfrentar a histerectomia. **Femina** 1998; 26:749-52.

Canela P. *Vale a pena menstruar?* **Femina** 2004; 32:75-8.

Cavalcanti AL. Sexualidade em mulheres histerectomizadas. **Rev Ginecol Obstet** 2002; 13:171-84.

Clayton RD. Hysterectomy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol** 2006; 20:73-87.

Corleta HVE, Chaves EBM, Krause MS, Capp E. Tratamento atual dos miomas. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2007; 29:324-8.

Cosmo M, Carvalho JWA. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. **Rev Soc Bras Psicol Hosp** 2000; 3:27-32.

Costa JF. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal; 1979. 282p.

De Gelder R, Richters A, Peters L. The integration of a woman's perspective in hysterectomy decisions. **J Psychosom Obstet Gynaecol** 2005; 26:53-62.

Faisal-Cury A, Cury L. Morbidade psicológica após histerectomia e mastectomia. **Femina** 2005; 33:665-8.

[Farquhar CM](#), [Harvey SA](#), [Yu Y](#), [Sadler L](#), [Stewart AW](#). A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. **Am J Obstet Gynecol** 2006; 7:11-7.

Fettback LS, Fagundes D, Nery JC, Cardoso JT, Fettback PBT. Avaliação de 275 pacientes submetidas a histerectomia vaginal – morbidades trans e pós operatório. **Femina** 2005; 33:905-9.

Giraldó PC, Sbroggio AMR. A histerectomia e suas repercussões na percepção corpórea, sexual e social. **Rev Médico Repórter** 2007 n. 90.

Gupta S, Manyonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. **Curr Obstet Gynaecol** 2006; 16:147-53.

Hufnagel V, Golant SK. No more hysterectomies. In: Hufnagel V, Golant SK. **Why is the uterus important?** New York, USA: A Plume Book; 1989. p.81-90.

Kilkkú P. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. **Acta Obstet Gynecol Scand** 1983; 62:141-5.

Klein M. Sobre a identificação. In: **Obras Completas de Melanie Klein, V III.** Rio de Janeiro. Imago. 1975.

Laufer ME. O complexo de Édipo feminino e sua relação com o corpo. In: Breen D (org.). **O enigma dos sexos.** Ed. Elizabeth Bott Spillius. Rio de Janeiro Imago. 1998.

Laughlin GA, Barrott-Connor E, Silverstein D, Von Mühlen D. Hysterectomy, oophorectomy, and endogenous sex hormone levels in older women: The Rancho Bernardo Study. **J Clin Endocrinol Metab** 2000; 85:645-51.

Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e qualidade de vida. **Femina** 2005; 33:899-903.

Loureiro MC. Histerectomia possíveis alterações e influência do nível sócio econômico. **Psicol Ciên Prof** 1997; 17:12-9.

Maldonado MT, Canella P. A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed., São Paulo: Roca;1988, 209 p.

- McCary JL. Mitos e crendices sexuais. São Paulo: Ed. Manole; 1978. 216p.
- Mead M. Macho e Fêmea: um estudo dos sexos num mundo em transformação. Rio de Janeiro: Ed. Vozes Ltda; 1971.
- Muraro RM. **Sexualidade da mulher brasileira**. Petrópolis: Vozes; 1983.
- Nascimento CV, Oliveira BJ. **O sexo feminino em campanha pela emancipação da mulher**. Cad. Pagu n.29 Campinas jul./dez. 2007.
- Naughton MJ, Mcbee WL. **Qualidade de vida relacionada à saúde pós-histerectomia**. Grupo Editorial Moreira JR. 1997; 40:947-57.
- Novak ER, Jones GS, Jones HW. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A; 1977.
- Novoa AM. Histerectomia: efeitos emocionais na identidade feminina. **Opinião** 1991; 6:193-5.
- Nunes JR. **Extase e clausura: sujeito místico, psicanálise e estética**. São Paulo: Annablume. 2005.
- Parazzini F, Negri E, Vecchia C, Luchini L, Mazzopane R. Hysterectomy, oophorectomy, and subsequent ovarian cancer risk. **Obstet Gynecol** 1993; 81:363-6.
- Penteado SRL, Fonseca AM, Bagnolo VR et al. Sexualidade no climatério e na senilidade. **Rev Ginecol Obstet** 2000; 11:188-92.
- Pereira, HGS, Canella PR. Avaliação da Satisfação Sexual e Fertilidade em Mulheres com Endometriose. **Femina** : 2006 vol. 34 N. 3 175-182.
- Pinto AC, Baracat F, Macéa JR. Aspectos anatômicos da sexualidade. feminina. **Femina** 2005; 33:9-12.

Priore MD. **Histórias das mulheres no Brasil**. Bassanezi C. (coord.. textos). São Paulo: Ed. Contexto; 1997. 678 p.

Rago M. **Do cabaré ao lar - a utopia da cidade disciplinar**. Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985, p. 209.

Sbroggio AMR, Osis MJMD, Bedone AJ. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Rev Assoc Méd Bras** 2005; 51:270-4.

Sbroggio AMR, Giraldo PC; Gonçalves AKS. A ausência do útero associado ao conceito de feminilidade. Expert Columnista of SIIC. Mention: **Salud(i) Science** 2007; 10 nº5, edited in Juli.

Sousa RL, Sousa ESS, Silva JCB, et al. Transtornos relacionados com antecedentes de histerectomia: um estudo com mulheres de 45 a 60 anos. **Ginecol Obstet** 2000; 2:20-7.

Spilsbury K, Semmens JB, Hammond I, Bolck A. Persistent high rates of hysterectomy in Western Australia: a population-based study of 83 000 procedures over 23 years. **BJOG** 2006; 113:804-9.

Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. **N Engl J Med** 2002; 347:1318-25.

WHO. The World Health Organization's Whoqol-Bref **Quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group**. *Qualis Life Res* 2004; 13:299-310.

Young, F. **Aritmética**. Rio de Janeiro: Ediouro. 2004.

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Dados sociodemográficos das mulheres hysterectomizadas

Data: ____/____/____ H.C: _____ Codificação: _____
Nome: _____
Idade: _____ anos
Endereço: _____
Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____ Telefone: () _____

Cor:
 Branca Não branca

Você se considera pertencente a alguma religião?
 Não Sim. Qual? _____

Profissão: _____

Escolaridade:
 Não estudou
 Ensino fundamental Incompleto Completo
 Ensino médio Incompleto Completo
 Universitário Incompl. Completo
 Pós-graduação Incomp. Completo

Indicação Cirúrgica:

- pólipos
- endometriose
- prolapso uterino
- miomas
- câncer
- hemorragia
- dor pélvica
- outros: _____

Número de filhos: _____

Número de abortos realizados: _____

7.2. Anexo 2 – Percepções das mulheres hysterectomizadas

1) PERCEPÇÕES CORPÓREAS

- 1) Em decorrência da hysterectomia, você observou ganho de peso?
 Sim Não Não saberia dizer Não se aplica
- 2) E crescimento de pêlos pelo seu corpo em decorrência da hysterectomia?
 Sim Não Não saberia dizer Não se aplica
- 3) Em decorrência da hysterectomia, você acredita que ficou mais:
 Envelhecida Rejuvenescida Indiferente Não sei dizer
- 4) Em decorrência da hysterectomia sua disposição orgânica geral mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica
- 5) Em decorrência da hysterectomia, a sensação na alteração da feminilidade mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica
- 6) Em decorrência da hysterectomia, a sensação de desigualdade corpórea diante de outras mulheres mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica

2) PERCEPÇÕES DAS RELAÇÕES AFETIVAS

- 1) Em decorrência da hysterectomia, observa que a satisfação do seu companheiro nas relações sexuais mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica
- 2) Em decorrência da hysterectomia, as carícias e o companheirismo do companheiro mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica
- 3) Qual a sensação de ser hysterectomizada frente a outras mulheres?
 Bem Envergonhada Não saberia dizer Não se aplica
- 4) Em decorrência da hysterectomia, sua vida social mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica

3) PERCEPÇÕES DO COMPORTAMENTO SEXUAL

- 1) Em decorrência da histerectomia, a sensação de “fria” durante a relação sexual mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica
- 2) Em decorrência da histerectomia, seu prazer sexual mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica
- 3) Em decorrência da histerectomia, você observou se há sensação de “oca por dentro”?
 Sim Não Não saberia dizer Não se aplica
- 4) Em decorrência da histerectomia, seu orgasmo alterou para?
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica
- 5) Em decorrência da histerectomia, suas relações sexuais mudaram para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica
- 6) Em decorrência da histerectomia, a satisfação nas relações sexuais do seu companheiro mudou para:
 Melhor Pior Não saberia dizer Não se aplica

7.3. Anexo 3 – Pontuação – Sociocultural - Classificação conforme tabela da ABIPEME E ABEP

INSTRUÇÃO	Abipeme
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	1
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	2
Colegial Completo / Superior Incompleto	3
Superior Completo	5

ITENS DE CONFORTO FAMILIAR – CRITÉRIO ABIPEME E ABEP

POSSE DE ITENS	QUANTIDADE	0	1	2	3	4 +
Televisão em cores		0	2	3	4	5
Rádio		0	1	2	3	4
Banheiro		0	3	3	4	4
Automóvel		0	2	4	5	5
Empregada mensalista		0	2	4	4	4
Aspirador de pó		0	1	1	1	1
Máquina de lavar		0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD		0	2	2	2	2
Geladeira		0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)		0	1	1	1	1

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL – ABIPEME E ABEP

CLASSES	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

7.4. Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“O impacto da histerectomia: uma auto- análise de aspectos culturais e sexuais de mulheres de diferentes estratos sociais”

Eu, _____, RG _____
_____, HC _____, residente _____

_____, fui convidada a participar do estudo “O impacto da histerectomia: uma auto análise de aspectos culturais e sexuais de mulheres de diferentes estratos sociais”, por estar histerectomizada há mais de 90 dias. Estou ciente que este estudo tem como objetivo identificar a percepção das modificações corpóreas, afetivas e sexuais em mulheres de diferentes níveis socioeconômicos e culturais. A finalidade do estudo é obter informações que possam contribuir para a saúde da mulher e a entender e compreender um pouco mais as expectativas e sentimentos das mulheres que necessitam passar pela cirurgia de retirada do útero. Este estudo poderá contribuir para que a equipe de saúde dê atenção às mulheres que, no futuro, necessitem passar pela cirurgia de histerectomia a receberem um atendimento cada vez melhor e mais adequado às suas necessidades.

Para participar deste estudo terei que dar meu consentimento através de minha assinatura neste documento e responder a perguntas que se referem aos meus sentimentos com relação à retirada do útero. Sei que a entrevista é individual e será realizada na sala do ambulatório da ginecologia do CAISM/Unicamp. Fui informada que todas as respostas serão utilizadas apenas para os fins desta pesquisa e que meu nome nunca aparecerá quando forem apresentados os resultados deste estudo.

Caso decida participar do estudo, serei entrevistada uma única vez, em dia e horário marcados, e que esta entrevista durará cerca de 40 minutos. Fui esclarecida quanto à possibilidade de desistir de participar da entrevista a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o meu atendimento na Unicamp, tanto agora quanto no futuro.

Sei que minha colaboração neste estudo é espontânea, entretanto receberei um auxílio, em dinheiro, para o transporte e lanche. O resultado deste estudo não me trará benefício imediato, porém colaborarei para ajudar outras mulheres futuramente histerectomizadas.

Sei que a pesquisadora responsável é a Psicóloga Adriana Magrin Rivera Sbroggio, sob orientação do Prof. Dr. Paulo César Giraldo.

Diante das informações recebidas, decidi participar voluntariamente desta pesquisa.

Campinas, ____ de _____ de 2006

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora