



## Introdução

As doenças do aparelho genitourinário e de mama são responsáveis por um elevado número de procedimentos cirúrgicos em todo o mundo. A histerectomia, por exemplo, é a cirurgia ginecológica mais realizada em países desenvolvidos<sup>(1)</sup>, assim como a mastectomia é amplamente realizada como tratamento entre mulheres, em virtude da neoplasia de mama ser a principal entre mulheres no Brasil e no mundo<sup>(2)</sup>. As doenças do aparelho genitourinário e mamárias não só configuram-se como um sério problema de saúde pública, mas acometem órgãos que possuem valores simbólicos e relacionados à feminilidade<sup>(3-4)</sup>.

Para cada mulher, a cirurgia ginecológica é uma experiência vivenciada de maneira particular. As sensações e percepções que ocorrem após a retirada de um órgão do aparelho reprodutivo são apontadas neste estudo, evidenciando que a mulher enfrenta uma série de mudanças no corpo e no *self* (consciência de si).

Sabe-se que existem sensações e características relacionadas à percepção do corpo que são comuns à mulher após a cirurgia: estranheza e modificação da imagem corporal<sup>(3-4)</sup>, percepção de um corpo alterado e diferente<sup>(5-6)</sup>, sensação de mutilação de seu corpo<sup>(5)</sup>, sensação de vazio, de estar diferente das outras mulheres e percepção de um corpo marcado<sup>(3,7)</sup>. Significa que, fisicamente, esta mulher pode não se perceber mais a mesma.

Cada pessoa está situada no mundo por meio do corpo e, portanto, seria impossível desvincular os sentimentos do corpo e vice-versa. No corpo são registradas e talhadas as marcas da existência, resultantes da forma e do modo que as pessoas estão inseridas no mundo<sup>(8)</sup>. O que acontece com o corpo reflete-se no interior do indivíduo, assim como as feições, semblantes e atitudes corporais mudam a partir dos sentimentos e emoções.

O corpo representa para o mundo o que as mulheres são, de forma que a perda de uma parte do corpo causa um grande impacto na sua maneira de se comunicar com o exterior e com si mesmas. Algumas procuram ter uma atitude positiva para encarar a situação, aceitando a nova imagem corporal e estabelecendo uma nova forma de comunicação com o mundo. Outras, entretanto, vivenciam a perda como fator gerador de insegurança em seus relacionamentos, pois forma-se nova autoimagem e isto é atrelada a uma experiência ruim<sup>(6-7,9-11)</sup>.

Tendo em vista o extenso número de mulheres que se submetem anualmente a cirurgias ginecológicas em decorrência de doenças no aparelho genitourinário e das

mamas, faz-se necessário considerar as mais diversas questões que estão envolvidas no seu atendimento.

Ao planejar os cuidados de enfermagem, frequentemente existe a preocupação nos cuidados imediatos à cirurgia e a prevenção de complicações. Esta lógica de atenção denota um modelo medicalizado, que privilegia a atenção na cura de um corpo que adocece, de forma que as orientações são pautadas nos cuidados com o corpo<sup>(12-14)</sup>. A preocupação da medicina em aprimorar as técnicas para corrigir disfunções relacionadas aos órgãos reprodutivos reflete a racionalidade científica, que considera o corpo feminino como uma máquina que, ao apresentar "peças" defeituosas, estas devem ser corrigidas<sup>(13,15)</sup> e com isto passa a ser corriqueira ou natural a retirada de órgãos em nome da preservação a saúde.

Nesta lógica, a cirurgia geralmente representa a solução dos problemas que o órgão doente estava trazendo para a vida da mulher, objetivando seu bem-estar físico a partir do desaparecimento dos sintomas<sup>(3)</sup>. Assim, na maioria das vezes não é considerado relevante o valor atribuído a este órgão, ou crenças e significados construídos por ela, que deveriam ser considerados, visando a manutenção do bem-estar psíquico e social, além do físico.

A associação psicológica entre a capacidade reprodutiva, sexualidade e feminilidade passou a ser estudada nas últimas décadas, no sentido de verificar a influência sobre as mulheres submetidas a essas cirurgias nos seguintes aspectos: autoconceito, autoestima, relacionamento sexual e conjugal, alterações psicossomáticas, entre outros. Vários autores<sup>(3-10)</sup> têm discutido essas problemáticas, o que resultou em achados relevantes para a implementação de uma assistência de enfermagem mais abrangente à mulher.

A perda de um órgão relacionado à feminilidade, que seja visível ou não para os outros, remete a alterações profundas da percepção de si mesma, já que partes do corpo biológico possuem influência direta na estruturação social do indivíduo, além da sua própria funcionalidade<sup>(7,16)</sup>. Existe a necessidade de estudar o fenômeno da mutilação como uma perda de parte importante de si e não da perda pura e simples de um órgão, não apenas em seu sentido físico. Trata-se de uma perda que é refletida na autoestima, autoimagem, autoconceito e de elementos que trazem a sensação de ser mulher.

Neste estudo tomamos por base o princípio fundamental do Interacionismo Simbólico, segundo o qual o ser humano age com relação às coisas na medida do significado ou do sentido que estas têm para ele<sup>(17-18)</sup>. Assim, partimos do pressuposto que as mulheres agem

em relação a si mesmas e à experiência vivida da cirurgia ginecológica na medida do sentido por elas atribuído às transformações percebidas em seu corpo, consequentes a estas cirurgias. É com base neste sentido que irão interagir consigo mesmas e com seu meio.

Por conseguinte, este estudo teve como objeto a vivência da cirurgia ginecológica pela mulher a partir da perda do órgão relacionado à reprodução. Os objetivos foram: descrever as sensações e percepções advindas das cirurgias ginecológicas pelas mulheres e analisar como elas vivenciam as mudanças geradas pela cirurgia.

Cabe ressaltar que as buscas nas bases de dados com as palavras "Mutilação" e "Cirurgias Ginecológicas" apontam principalmente para o resultado Mutilação Genital Feminina, indicando que o estudo da mutilação associada à subjetividade vinculada aos órgãos do corpo feminino necessita ser mais explorado.

## Método

Este é um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. Propôs-se a desvendar processos de interpretação, definição e ação com base em significados atribuídos a uma situação específica (cirurgia ginecológica), por indivíduos (mulheres) em um contexto de interação consigo mesmos e com a sociedade.

Foi aplicada a Grounded Theory, que constitui um método coerente com o referencial teórico<sup>(17-18)</sup> escolhido para subsidiar a análise dos dados a serem coletados<sup>(19)</sup>. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro, após a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital (protocolo número 2509/2009).

Os critérios de inclusão foram mulheres submetidas a qualquer tipo de procedimento cirúrgico ginecológico e que tivesse passado mais de um ano de realização da cirurgia, por ser um tempo que reflete não apenas uma adaptação a uma nova situação de vida, mas um período em que repercussões e reflexões mais profundas pudessem ser percebidas. Foram incluídas mulheres submetidas aos procedimentos cirúrgicos ginecológicos em decorrência de qualquer patologia, considerando-se que, independente do tipo de cirurgia, um ou mais órgãos relacionados à natureza feminina ou com a reprodução foi retirado, total ou parcialmente e este foi o fato que influenciou as vivências aqui estudadas. Inicialmente foram estabelecidos contatos telefônicos e agendados horários com as mulheres para as entrevistas, a partir de buscas nos prontuários (para a busca de patologias benignas) e nas agendas de fisioterapia do ambulatório de controle do câncer.

Esses critérios foram referentes à composição dos "grupos amostrais", uma expressão utilizada pela *Grounded Theory*, que estabelece que devem ser recrutadas novas participantes que proporcionem as informações novas que se deseja obter, em decorrência da inclusão de termos surgidos na análise<sup>(19)</sup>. O quantitativo de mulheres incluídas no primeiro grupo foi determinado pela demanda espontânea dos primeiros contatos. Para os demais grupos amostrais os critérios foram determinados pela análise comparativa constante dos dados coletados<sup>(19)</sup>. Este procedimento ocorreu continuamente, até que levasse à repetição das informações, constituindo a saturação teórica. Não foram impostos limites ao número de participantes, a coleta de dados deu-se até que não ocorresse o aparecimento de informações novas.

As depoentes receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário de participação, a confidencialidade do estudo e a necessidade de gravação das entrevistas, sendo fornecido a elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início das entrevistas, que ocorreram entre março e setembro de 2010.

Participaram 13 mulheres submetidas às cirurgias: Histerectomia Total Abdominal, Histerectomia Total Abdominal com Anexectomia bilateral, cirurgia de Wertheim-Meigs, Ooforectomia, Salpingectomia, Mastectomia, Quadrantectomia e Traqueloplastia.

As idades das participantes da pesquisa variaram de 33 a 76 anos de idade, com média de 47 anos. 8 eram casadas, 4 divorciadas e 1 era solteira. Das 13 mulheres 3 não tinham filhos na data da entrevista. Três mulheres possuíam ensino fundamental, 5 ensino médio e 5 nível superior.

Inicialmente foi aplicada a entrevista não estruturada e a partir do segundo grupo da amostra a entrevista adequou-se para direcionar a coleta de novos dados<sup>(19)</sup>, passando então a entrevista semi-estruturada. Esta se tornou mais pertinente para o prosseguimento das etapas, pois o pesquisador utiliza-se de um guia de tópicos escritos para garantir que todas as questões de interesse da pesquisa sejam contempladas. Uma questão norteadora era inicialmente proposta às participantes e outras questões eram introduzidas, quando necessário, no decorrer dos depoimentos. Algumas questões foram introduzidas após a realização do primeiro grupo da amostra, sendo incorporadas ao roteiro básico da entrevista, conforme o método preconiza<sup>(19)</sup>.

A pergunta desencadeadora das entrevistas foi: "Fale-me como foi para você se submeter a esta cirurgia ginecológica". Inicialmente dois grupos das amostras foram formados, levando em consideração o tipo de patologia que indicou a cirurgia. Nestes grupos

as participantes foram reunidas como *mulheres que fizeram tratamento oncológico* e *mulheres que trataram patologias benignas*. Após esse processo comparativo foram constituídos outros dois grupos amostrais nos quais elas foram reunidas como *mulheres que retiraram órgãos visíveis* (mamas) e *mulheres que retiraram órgãos não visíveis* (útero, ovários e trompas). Nesta etapa buscou-se verificar se a perda de órgão ou de uma parte de si, visível ou não aos olhos dos outros, influenciava a sensação de mutilação, independentemente do tipo de patologia.

## Resultados e Discussão

Foram delineadas duas categorias: *Percebendo um corpo diferente e sentindo-se uma pessoa diferente e Construindo o significado de mutilação*.

A primeira categoria, *Percebendo um corpo diferente e sentindo-se uma pessoa diferente*, apresenta que a retirada de uma parte do corpo significava amputar-se, perder algo muito importante para caracterização de si. Algumas nuances destacam-se. Ela *sente que falta um pedaço*, seja porque vê esta ausência em seu corpo ou porque tem conhecimento que um órgão interno não está mais ali. Para explicar a cirurgia realizada, ela diz objetivamente que removeu total ou parcialmente um órgão e este é uma parte, um pedaço de seu corpo. No entanto, esta explicação também surgiu com outra intensidade, quando a mulher expressa o estranhamento de ter um corpo mudado, de forma que a fala vem carregada pela *sensação de frustração com um corpo estranho*, que passa a ser um corpo incompleto para ela. Existe ainda a percepção de ter um corpo diferente quando ela relata que *tem um corpo marcado*, de forma que a marca é um símbolo forte desta mudança corporal, pois a cicatriz é interpretada como uma prova que denuncia a diferença que existe em seu corpo.

*[...] poxa, nem filho eu tive e eu já tenho a marca de uma cesárea... Fica esquisito o negócio. [...] eu também não fico mostrando a cicatriz pra todo mundo, né? O que você pode maquiar, transformar, as pessoas não vão saber. Menos uma satisfação que você tem pra dar, você se incomoda menos com isso.* (E2 - Ooforectomia)

*[...] mas é frustrante, né? De olhar assim, e não é nada bonito! É uma cirurgia muito da feia. Eu acho... É horrível!* (E8 - Mastectomia)

Essa percepção do corpo diferente é a dimensão concreta da mudança que se processou, que ocorreu fisicamente. A marca visível no corpo em associação com aspectos de natureza psicológica e cultural sobre o órgão feminino remetem a vivências traumáticas para a mulher<sup>(6-8)</sup>. Por isso ela expressa que falta um pedaço, tem um corpo estranho ou um corpo marcado.

Ela vê em si a mudança corporal. O seu corpo, com as características que possui, faz dela uma certa pessoa, interagindo de uma certa maneira com o meio.

*Ah, é um pedaço da gente, né? A gente nasce com todos os órgãos, né? É um pedaço...* (E1 - Histerectomia)

*Quando você se olha no espelho, você tem um lado e você não tem o outro. [...] Uma coisa tão estranha... Eu levei um baque.* (E3 - Mastectomia)

*Fui para casa e quando eu olhei mesmo, eu fiquei triste, mas...* (E8 - Mastectomia)

Ao passar pela experiência da mudança corporal, diversos sentimentos são experimentados, outras situações passam a fazer sentido e novos significados são construídos. Uma mudança maior se processa, por isso a mulher exprime que está uma *pessoa diferente*.

*Procuro me sentir normal. Que às vezes não é, mas... Fazer o que?* (E9 - Wertheim Meigs)

*Sentir-se uma pessoa diferente* aponta que a mudança no corpo ia mais além, algo mais profundo, fato também apontado em estudos anteriores<sup>(7,10)</sup>. Esta dualidade é bem marcada nos discursos, que ora se misturam, ora se individualizam, devido a dificuldade de, em alguns momentos, a mulher dimensionar a influência que uma mudança corporal tem sobre seu *self*.

Para o Interacionismo Simbólico um conceito central é o *self*, a consciência de si. O *self* é um objeto social, pois quando o indivíduo interage com sua consciência realiza uma autointeração e uma interação social para definir suas condutas. À medida que interage com os outros, ele define o *self* e modifica-o continuamente, sendo a sociedade o contexto que ele se desenvolve. O *self* representa um processo social no interior do indivíduo<sup>(17)</sup>.

Assim, quando a mulher expressa que se sentiu uma *pessoa diferente*, isso é o resultado do processo de interação que ela vivenciou, da autointeração e da interação com os outros, que possibilita que o *self* seja continuamente modificado. Essa consciência de si vai mudando ao longo da vida, e no caso dessas mulheres, mudou quando elas entraram em contato com uma nova realidade corporal.

*Quer dizer, eu não sou mais a mesma que eu era. [...] Não é melhor você ter uma pessoa saudável do que ter uma pessoa desconstruída? Quem me viu e quem me vê... Existe uma diferença muito grande. Gente na rua nem me reconhece às vezes.* (E3 - Mastectomia)

O estudo aponta tipos distintos de perdas: uma concreta, física e outra abstrata, associada à personalidade e identidade. Daí observa-se que a mulher relaciona a perda com esferas subjetivas, relativas à construção da imagem de si.

*Fiz, tô com menos um ovário.* (E2 - Ooforectomia)

*Então assim, aquilo fica... você engole com água, sabe como é? Aquela coisa que desce quadrada? [...] Não são coisas fáceis pra mim [lágrimas nos olhos]. Eu tento trabalhar isso na minha cabeça. [...] Não é uma coisa bem resolvida. (E4 - Salpingectomia)*

A autoimagem ou identidade do ego é uma necessidade psicológica que se refere a como uma pessoa percebe conscientemente a si mesma, ou seja, o que vê e pensa de si mesma. É também uma construção dinâmica e multifatorial, que requer reestruturações frequentes e afeta o modo de relacionar-se socialmente<sup>(4,6,8)</sup>.

*[...] porque eu não mostrava, eu tinha muita... Não era vergonha não, não sei nem o que era, mas eu não mostrava. Fiquei mais de um ano sem mostrar. [...] porque eu tinha um corpo, agora eu tenho outro... E pra menos, né? Na minha cabeça pra menos. (E5 - Mastectomia + Histerectomia com Anexectomia)*

As entrevistadas percebem-se *peessoas diferentes* justamente por modificarem a imagem que têm de si mesmas após a cirurgia. Isso gradativamente foi ocorrendo, a partir da observação das atitudes alheias, ao compararem seu novo corpo com as demais mulheres e ao avaliarem se ainda podem desempenhar as mesmas funções que antes. Tudo isso nada mais é do que parte do processo de interação que determina a maneira de agir de cada pessoa<sup>(18)</sup>. Então, elas notaram que a mudança no corpo interferiu em aspectos psíquicos e socioculturais, o que exigiu novas posturas – de uma nova mulher.

Uma conotação negativa de sentir-se uma *peessoa diferente* marcou os discursos, quando as mulheres atribuíram o significado de desvalorização de si associado à mudança no corpo. Tais circunstâncias levam à rejeição a si mesmas, podendo levá-las a sentir-se inferior, excluídas ou desfiguradas<sup>(6,8,20)</sup>. Elas referem sentir-se desconstruídas, anormais, incompletas, o que remete ao peso que determinados “pedaços do corpo” – útero, ovários, trompas, mamas – têm para a subjetividade de ser mulher e de sentir-se mulher inteira.

O valor que o órgão retirado tem para a mulher é alicerçado historicamente em construções sociais e culturais, que traçaram determinadas características como naturais e inerentes ao feminino com base nas características biológicas. Sendo a sociedade composta por grupos em interação, pode-se compreender que foi este processo que determinou, ao longo do tempo, papéis e obrigações inerentes a cada sexo. Assim, a natureza feminina tem como base principal fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher: capacidade de gerar, parir e amamentar, assim como a menstruação<sup>(13-14)</sup>, fatos compreendidos socialmente e culturalmente como suas características. Fundamentais para a construção do que é ser mulher, a perda de órgãos reprodutivos e

envolvidos com a maternidade é capaz de desconstruir esta imagem feminina histórica.

Esta ideia é complementada fazendo-se uma plena associação da maternidade com a constituição da feminilidade e identidade da mulher, com base nos parâmetros socioculturais anteriormente descritos. Pela natureza feminina ser essencialmente maternal e reprodutiva, a própria sexualidade feminina está relacionada a essas qualificações<sup>(9,14)</sup>.

Tudo isso possibilita a compreensão do que é ser mulher, um símbolo derivado do processo de interação social<sup>(17)</sup>, e explica porque esta forte sensação das entrevistadas de terem ficado *peessoas diferentes*. Elas não definiram que deixaram de ser mulheres, mas se comparam com outras mulheres e sentem-se desvalorizadas, o que significa dizer que sentem-se *mulheres diferentes*.

*Eu até acho que existe uma valorização em relação à sociedade por causa da estética. Por exemplo, eu vejo mulheres lá no INCA que elas não usam prótese. Saem na rua sem a prótese. E é nítido que as pessoas olham e se chocam. [...] Você se torna “a diferente” se você não usa prótese externa. (E5 - Mastectomia + Histerectomia com Anexectomia)*

A desvalorização sentida pelas mulheres pautou-se na *função* que aquele órgão perdido tem e que elas passam a não ter mais. Se o órgão tinha uma finalidade e um papel marcando esta identidade feminina, após a cirurgia a própria função que a mulher atribuía a si mudou ou ficou diminuída, menosprezada. A cada órgão foi dado explicitamente uma referência funcional pelas entrevistadas: (1) o ovário produz hormônios e possibilita a fertilidade feminina; (2) a trompa é condutora dos óvulos, também possibilitando a fertilidade; (3) o útero determina a capacidade de gerar e conceber o bebê, além de ser associado com a capacidade de menstruar e, finalmente, (4) a mama é relacionada à amamentação, feminilidade, sensualidade e à própria maternidade.

*Assim, enquanto tava naquela época do processo, faz exame, faz isso, faz aquilo, eu não senti tanto. Mas, depois que você faz, e aí? [...] você já começa a pensar... Já vai aumentar mais a dificuldade para engravidar, já é menos um ovário. [...] Hoje eu me preocupo ainda porque não tive filho até agora [risos]. (E2 - Ooforectomia)*

*Eu acho que um dedo, um dedinho que você perde é importante. Porque tem gente que não aceita, que fica te olhando. (E3 - Mastectomia)*

*Claro que não é bom a gente ficar sem parte do nosso corpo. É ruim. Mas, fazer o que? É bom ter tudo que é meu. (E9 - Wertheim-Meigs)*

As associações feitas pela mulher que passaram pela cirurgia ginecológica – de perceber o corpo mudado, de sentir-se uma pessoa diferente, de ter interferências funcionais, sociais e sexuais – contribuíram para a

construção de um significado especial à mutilação sentida pelas participantes, sendo a segunda categoria *Construindo o significado de mutilação*.

A mutilação desdobrou-se em duas dimensões: uma concreta, dada pela perda do órgão e outra abstrata, formulada a partir do impacto que este evento teve em diversos aspectos de suas vidas. Este fenômeno, assumindo a característica de amputação, priva a mulher de um órgão seu, o que fica marcado em seu corpo; a marca é a prova física de que a perda aconteceu<sup>(1,15,21)</sup>. Outro sentido de mutilação é definido como uma mutilação da identidade pessoal feminina, pois a identidade que ela passa a enxergar em si modifica-se devido à perda de um órgão que é característica de toda mulher<sup>(3-7,9)</sup>.

A reflexão sobre mutilação feita pelas participantes aponta para a percepção desta mutilação física, social e funcional sentida por elas. A identidade feminina tem sua origem nas características femininas (biológicas), que por sua vez construíram uma identidade social para mulher, com base nas funções desempenhadas por ela<sup>(14)</sup>. Ou seja, quando a mulher sente que sua identidade social e funcional foi alterada é porque ela construiu um novo contorno para sua própria maneira de se perceber e construir sua identidade pessoal feminina.

*Por ser um órgão que tem uma função, a retirada dele representa uma mutilação. [...] existe uma limitação. Por mais que as pessoas tentem me convencer do contrário e eu tento trabalhar isso pra me convencer também, eu vejo assim, entendeu? [voz embargada] Porque se não tivesse função, não precisa disso, igual apêndice. (E4 - Salpingectomia)*

Assim, pode-se dizer que a mulher mutilada socialmente é aquela que tem seu corpo social mutilado, por perceber este corpo como um instrumento para se relacionar com o mundo<sup>(8)</sup>, um corpo que é também cultural e construído historicamente. A mutilação funcional aplica-se a perda da função designada pelo órgão retirado, que interage por sua vez com a sua forma de se relacionar socialmente, demonstrando que ambas as sensações estão misturadas.

Tendo em vista a subjetividade da percepção dos indivíduos<sup>(9,16)</sup>, as depoentes deste estudo demonstraram que a mutilação era relativa e mutável. Estava relacionada à *sensação de se perceber faltando um pedaço, um pedaço de si* e isto também dependia da localização do órgão. Interno ou externo, diversas mulheres “se viram” faltando um pedaço, pois parte da imagem de si é construída fisicamente e outra é abstrata. Pensar na composição de seu corpo é suficiente para entender se tem ou não tem uma parte dele<sup>(8,16)</sup> e a mutilação pauta-se neste entendimento e no impacto que este fenômeno trouxe para si.

*É [a histerectomia é uma mutilação]. Em menor grau, mas é. Acho que pela questão da valorização mesmo. Não tem nem comparação. Da mama é uma mega mutilação, do útero é uma mínima mutilação. Entendeu? (E5 - Mastectomia + Histerectomia com Anexectomia)*

*É um membro que saiu, que retiraram, né? Então eu acho que é. Uma mutilação por causa disso. Tirar qualquer parte do corpo é uma mutilação. (E8 - Histerectomia + Anexectomia)*

Nota-se uma tendência nas próprias pesquisas acadêmicas em denominar como mutilação uma marca que pode ser vista com os olhos, um ato executado no corpo que objetiva a eliminação da doença e que é necessária para cura do indivíduo. A exemplo disso, a mastectomia é amplamente caracterizada como mutilação em detrimento das demais cirurgias ginecológicas. Esta ampliação de compreensão é ainda alcançada de forma tímida em outras pesquisas sobre a histerectomia, no qual alguns autores já utilizam a expressão mutilação para explicar aspectos da cirurgia<sup>(3,21-22)</sup>.

Ao relacionar-se com outras pessoas que percebem seu novo corpo como defeituoso, a mulher, muitas vezes, passa a acreditar que tem um corpo imperfeito, experimentando sentimentos de inferioridade<sup>(6,8,16)</sup>. Já a sua integração ao meio social, sustentada por estímulos, encorajamento e ajuda, realizada por familiares, amigos ou mesmo o grupo de apoio é uma estratégia para que os obstáculos e os limites enfrentados pelo adoecer e pelo convívio com a mutilação sejam minimizados<sup>(23-24)</sup>.

Ao representar o corpo da mulher após a cirurgia como defeituoso, seu meio social atribuiu um símbolo, que explica como foi interpretado o que foi visto. Essa interpretação do grupo foi mediada por influências de origem interativa com outras pessoas e experiências passadas. E a mulher, ao perceber seu corpo como alvo deste simbolismo (defeituoso, mutilado, incompleto), absorve estas opiniões e autointerage com essa informação. O *self* e a mente concebem para ela um significado próprio, que é o resultante da interação que ocorreu com ela mesma e com seu meio social e, a partir disso, ela define outras situações para si e elabora suas ações<sup>(18)</sup>.

*É muito diferente, por causa da valorização mesmo. Minha valorização! Então assim, a mama é uma coisa que faz falta. [...] é pra mim mesmo. (E5 - Mastectomia + Histerectomia com Anexectomia)*

O modelo assistencial fragmentado oferecido atualmente à população<sup>(3,22)</sup> demonstrou não suprir as carências de uma mulher que passa por uma cirurgia ginecológica, pois não a trata como uma mulher inteira, que associa o procedimento cirúrgico com a valorização social do corpo, a feminilidade, a sexualidade, a mutilação e outros aspectos.

Esta maneira de fragmentar o corpo, hipervalorizando o componente biológico, também leva à fragmentação do cuidado<sup>(13,15)</sup>, de forma que a própria enfermagem muitas vezes acaba por se limitar em oferecer uma assistência técnica – ao corpo biológico – sem conseguir assim prestar o verdadeiro cuidado, que alcance as demais dimensões humanas<sup>(12)</sup>.

Por essa dificuldade de compreender que os órgãos reprodutivos femininos são parte de uma percepção individual feminina mais ampla, explorar a problemática da vivência de mudanças após a cirurgia ginecológica é desafiante. As publicações mais recentes sobre o tema são escassas, indicando que muitas vezes a realidade aqui mencionada pelas mulheres não é sequer enxergada ou refletida pelos profissionais como uma possibilidade de atuação ou de cuidado à mulher. E as entrevistadas, mesmo tendo passado mais de um ano após a realização das cirurgias ainda queriam falar sobre suas vivências e apresentaram demandas de cuidado.

Neste sentido, os resultados deste estudo chamam a atenção dos profissionais para os aspectos biológicos, físicos e sociais do adoecer, que traduzem a integralidade da assistência a ser prestada. Trouxeram, ainda, dados importantes para o campo de investigações relacionadas ao cuidado à saúde da mulher, e apontam para a necessidade de desenvolver novas pesquisas nessa área. Também é necessário reformular a maneira de ensinar os profissionais a cuidar do outro, a partir da não fragmentação do ser humano.

## Conclusão

Quanto às sensações e percepções advindas das cirurgias ginecológicas, o estudo evidenciou que passado algum tempo da cirurgia as mulheres haviam refletido sobre o que a cirurgia significava e como seria suas vidas daí para frente. Observa-se uma associação da perda física com a construção da imagem de si. Com relação à maneira de vivenciar as mudanças geradas pela cirurgia, ao perceber o corpo diferente: faltando um pedaço, um corpo estranho e um corpo marcado, a mulher interagiu consigo mesma e com seu meio social e ressentiu-se pela perda, modificando a imagem que tinha de si, percebendo-se uma pessoa diferente. Com isso passou a reavaliar seu valor como mulher e refletiu sobre a mutilação: física, social e funcional. As mudanças vivenciadas são fruto de um processo de interação com diversos objetos sociais, o qual possibilitou que novos sentidos fossem formulados.

Esta compreensão aponta a importância de um cuidado que integre as diversas dimensões do ser humano, enxergando a mulher por inteiro. Um cuidado que respeite que há um contexto psíquico e social quando

a doença é tratada. Ao abordar a mulher que recebe os cuidados no contexto das cirurgias ginecológicas, a enfermeira deve ser capaz de compreender que fatores individuais e socioculturais interagem para compor o entendimento da mulher sobre o processo vivenciado com a cirurgia. Conhecer esses significados atribuídos por ela e a maneira como ela interpreta o que lhe aconteceu é uma importante ferramenta para o cuidado. Sob esta perspectiva, a enfermeira pode ser um agente fundamental para contribuir que a mulher encontre seu próprio caminho de superação diante das dificuldades por ela enfrentada.

## Agradecimentos

Às mulheres que compartilharam suas experiências e saberes, tornando possível o desenvolvimento desta pesquisa.

## Referências

1. Nogueira-Silva C, Santos-Ribeiro S, Barata S, Alho C, Osório F, Calhaz-Jorge C. Histerectomia totalmente laparoscópica. *Acta Med Port.* [Internet]. 2014;27(1):73-81. [acesso 28 dez 2015]; Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/4080/3880>
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. [Acesso 28 dez 2015]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/inca-estimativas-de-cancer-2016-2017-sao-publicadas/8623/990/>
3. Silva CMC, Santos IMM, Vargens OMC. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. *Esc Anna Nery RevEnferm.* 2010;14(1):76-82.
4. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática de literatura. *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(5):2511-22.
5. Ferreira MLSM, Mamede MV. Body representation in the relation with the self after mastectomy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2003;11(3):299-304. [Acesso 13 fev 2015]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300006&script=sci_arttext). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300006>.
6. Heidari M, Ghodusi M. The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy. *Indian J Palliat Care.* 2015;21:198-202.
7. Solbrække KN, Bondevik H. Absent organs - Present selves: Exploring embodiment and gender identity in

- young Norwegian women's accounts of hysterectomy. *Int J Qual Stud Health Well-being*. [Internet]. 2015 [Acesso 7 nov 2015];10:26720:1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.26720>
8. Ferreira DM, Castro-Arantes JM. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica*. [Internet]. 2014 [Acesso 7 nov 2015];03(5):37-71. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/585>
  9. Santos LRMS, Saldanha AAW. Histerectomia: aspectos psicossociais e processos de enfrentamento. *Psico-USF*. 2011;16(3):349-56.
  10. Laranjeira C, Ponce Leão P, Leal I. We look beyond the cancer to see the person: the healing path of female cancer survivor. *Procedia Soc Behav Sci*. [Internet]. 2014 [Acesso 21 mai 2015];114:538-42. Disponível em: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
  11. Majumdar A, Saleh S. Hysterectomy. [Internet]. Dr. Ayman Al-Hendy: In *Tech (UK)*; 2012. Chapter 24, Psychological Aspects of Hysterectomy & Postoperative Care; [Acess 9 April 2015]; p.365-93. Available from: <http://www.intechopen.com/books/hysterectomy/psychological-aspects-of-hysterectomy-postoperative-care>
  12. Morais FRC, Silva CMC, Ribeiro MCM, Pinto NR, Santos I. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):305-10.
  13. Costa T, Stotz EM, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):363-80.
  14. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2015. 84 p.
  15. Almeida N Filho. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saude Soc*. 2005;14(3):30-50.
  16. Saço LF, Ferreira EL. Sentidos do/no corpo interpelado pelo câncer de mama. *RUA*. [Internet]. 2013 [Acesso 7 nov 2015];19(1):94-107. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/rua/pages/home/capaArtigo.rua?id=151>
  17. Charon JM. *Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. California: Prentice-Hall; 1989. 232 p.
  18. Blumer H. *Symbolic Interactionism: perspective and method*. London: University of California Press; 1969. 208p.
  19. Glaser BG. *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley: Sociology Press; 1992.
  20. Jassim GA, Whitford DL. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Soc Sci Med*. [Internet]. 2014 [Acesso 14 jan 2015];107:189-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24631996>.
  21. Sbroggio AMR, Giraldo PCS, Gonçalves AK. A ausência do útero associada ao conceito de feminilidade. *Siicalud*. [Internet]. 2007 [Acesso 16 maio 2010];10(5) Disponível em: <http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/86408>
  22. Vargens OMC, Berterö CM. Caring with difficulty: Brazilian nurses' experiences of gynecological surgery care. *Int J Nurs Pract*. 2010;16:159-65.
  23. Ribeiro IFA, Sousa RDF, Andrade SP, Brito MCC, Albuquerque IMN. Grupo de autoajuda com mulheres mastectomizadas: trabalhando estratégias de educação em saúde. *SANARE*. 2014;13(1):34-40
  24. Li CC, Chen ML, Chang TC, Chou HH, Chen MY. Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. [Internet]. 2015 [Acesso 4 nov 2015];19(5):486-94. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25782718>

Recebido: 25.6.2015

Aceito: 10.2.2016

Correspondência:

Carolina de Mendonça Coutinho e Silva  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem  
Rua Boulevard 28 de setembro, 157  
Vila Isabel  
CEP: 20551-030, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: carolcmcs@gmail.com

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.