

LEIOMIOMA UTERINO: um estudo de caso que envolve o tratamento não conservador

Flávia Andrade Almeida¹; Ariana Marina Barbosa², Francisco Jorge Marques², Patrícia Maria Heitmann², Vera Lúcia Neves²

¹Docente do Curso de Enfermagem da Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS/BH Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade José do Rosário Vellano UNIFENAS/BH ² Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade José do Rosário Vellano –UNIFENAS/BH

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, descritivo e exploratório que teve como objetivo discutir os aspectos fisiológicos e emocionais relacionados ao tratamento não conservador do leiomioma uterino. A pesquisa foi realizada com uma paciente com leiomioma, que foi submetida à histerectomia. Utilizou-se como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada e dados documentais dos exames laboratoriais da paciente. Este estudo permitiu concluir que o tratamento não conservador do leiomioma pode trazer consequências físicas e psicológicas para a mulher, uma vez que se trata da extirpação de um órgão vital para a sua feminilidade.

DESCRITORES: Leiomioma uterino. Histerectomia. Tratamento não conservador. Emoções.

ABSTRACT

This is a qualitative, descriptive and exploratory study that is aimed to discuss the physiological and emotional aspects related to the non-conservative treatment of uterine leiomyoma. The survey was conducted with a patient with leiomyoma who underwent hysterectomy. It was used as a research technique a semi - structured interview and documentary data from laboratory tests of the patient. This study concluded that the non-conservative treatment of leiomyoma can bring physical and psychological consequences for women, since it is a removal of vital organ of femininity that is in question.

Keywords: Uterine leiomyoma. Hysterectomy. Conservative treatment not. Emotions.

1 INTRODUÇÃO

Os leiomiomas, também designados por “fibromas” ou “miomas”, são tumores benignos da musculatura lisa uterina (miométrio) em que a transformação maligna é extremamente rara (COSTA, 2011).¹ Estes se desenvolvem na parede muscular do útero, representando uma causa comum de morbidade em mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2010).

Os leiomiomas acometem 20% a 30% das mulheres em idade reprodutiva (menacme), mais frequentemente por volta dos 40 anos, estando relacionados com o seu estado hormonal (GILA et al., 2011, p. 3). A maior incidência está sobre mulheres em idade fértil, sendo relativamente raros em mulheres jovens e na pós-menopausa, e em mulheres da raça negra, aparecendo numa proporção de três a nove vezes em relação à raça branca (TOZO et al., 2009).

Ainda que a idade e a raça sejam as principais determinantes da ocorrência desses tumores, outros fatores, como: história familiar, idade, menstruações, paridade, infertilidade, obesidade, dieta alimentar, anticoncepção, atletismo, tabagismo, infecções ginecológicas, doenças crônicas, podem estar associados (BOZZINI, 2004).

Os leiomiomas são raros antes da menarca, crescem durante a gravidez ou na vigência de tratamento com esteroides sexuais e frequentemente regredem após a menopausa. O risco de acometimento é maior em nulíparas, mulheres obesas, inférteis e naquelas que fazem uso de anticoncepcionais orais e que ingerem muita carne vermelha. Infecções ginecológicas, doenças crônicas associadas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial também aumentam o risco de se ter a doença.

Embora os leiomiomas uterinos possam ser sintomáticos e assintomáticos, Corleta et al. (2007) e Bozzini et al. (2002) descrevem que a maioria dos casos são assintomáticos. Nos casos em que os leiomiomas são sintomáticos, a hipermenorreia é a principal manifestação clínica, podendo estar atrelada à dor pélvica, aumento de volume abdominal, infertilidade e anemia, entre outros sintomas.

Mulheres com miomatose assintomática não necessitam de tratamento, apenas acompanhamento e exame ginecológico de rotina. Entretanto, miomas muito volumosos ou que provoquem compressão uretral devem ser tratados, ainda que não causem sintomas. O tratamento das pacientes com miomas sintomáticos deve ser individualizado, levando-se em consideração a idade da paciente (proximidade da menopausa), o desejo de gestação, os sintomas provocados, o tamanho e a localização dos miomas.

Quanto às técnicas de tratamento utilizadas para as leiomiomatoses, estas podem ser conservadoras e não conservadoras (CORLETA et al., 2007), sendo que a primeira é aquela que permite manter a capacidade reprodutiva da mulher (BONDUKI et al., 2006), mantendo também seu estado menstrual (HALBE, 2000). Por oposição, o tratamento radical não conserva a capacidade de reprodução feminina, como é o caso da histerectomia (BOZZINI et al., 2002).

Giordano et al. (2009) recomendam que as cirurgias para tumores benignos devem ser mais conservadoras, retirando-se apenas a lesão existente e, não, o órgão. A extirpação do órgão poderá acarretar alterações na sexualidade por razões biológicas e psicossociais, sendo necessária uma discussão detalhada dos aspectos emocionais envolvidos na cirurgia por ocasião da proposta terapêutica (BOZZINI, et al., 2002).

Mesmo que a escolha do tratamento deva estar atrelada aos aspectos emocionais e à identificação corpórea de pacientes, como descreve Halbe (2000), a histerectomia no Brasil

¹ No presente estudo, serão adotadas as terminologias leiomiomas e miomas.

ainda é realizada com muita frequência como tratamento de escolha e é vista pelos profissionais de saúde como simples e rotineira, sendo subestimado o impacto psíquico da retirada do útero na vida das mulheres (SBROGGIO; OSIS e BEDONE, 2005).

No tocante à representação quantitativa, Real et al. (2012) afirmam que, no Brasil, aproximadamente 300 mil mulheres recebem a indicação de histerectomia por ano, sendo realizadas, em 2010, cerca de 62.565 histerectomias totais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, o presente estudo vem com o intuito de responder à seguinte questão: quais as consequências fisiológicas e emocionais do tratamento não conservador do leiomioma uterino na vida da mulher? Dessa maneira, este trabalho se propõe a apresentar o estudo de caso de uma paciente com leiomioma uterino, submetida a um tratamento não conservador, devendo considerar as consequências emocionais e fisiológicas desse tipo de tratamento na vida da mulher, a partir da comparação do caso com a literatura.

Este estudo se justifica por se tratar de uma doença ginecológica que pode trazer repercussões na saúde e qualidade de vida da mulher, caso a escolha do tratamento não respeite a sua individualidade e desejos. A abordagem quanto à escolha do tratamento do leiomioma pode servir de meio orientador tanto às mulheres, que desconhecem a doença e suas consequências, quanto aos profissionais de saúde que acompanham, conduzem e determinam o tipo de tratamento para um caso de leiomioma.

2 METODOLOGIA

A presente abordagem é um estudo de caso de natureza qualitativo-descritivo-exploratório. Este trabalho se propõe a apresentar o estudo de caso de uma paciente com leiomioma uterino, submetida a um tratamento não conservador, devendo considerar as consequências emocionais e fisiológicas desse tipo de tratamento na vida da mulher, a partir da comparação do caso em estudo com a literatura.

A pesquisa foi realizada em uma universidade privada situada na cidade de Belo Horizonte, tendo sua mantenedora localizada na cidade de Alfenas (MG) e o sujeito do estudo foi uma mulher de 46 anos, com histórico de leiomioma uterino, submetida à histerectomia. O caso foi identificado durante as oficinas de saúde da mulher realizadas pelo curso de enfermagem da referida universidade.

A coleta de dados se deu em 2013, por meio de entrevista semiestruturada e pesquisa documental dos exames de imagem e laboratoriais de posse da entrevistada.

A entrevista foi realizada em dia e horário que melhor atenderam as necessidades da entrevistada, sendo utilizado um roteiro de entrevista, além da gravação das falas para maior veracidade dos dados. As falas da entrevistada foram identificadas pela letra E.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

JVC, à época do diagnóstico com 46 anos de idade, leucoderma, estudante, separada, G1P1A0, histórico obstétrico de uma filha nascida viva com idade de 12 anos, com histórico de leiomioma uterino submetida à histerectomia.

Durante a oficina, JVC relata ter sido acometida por leiomioma, descoberto em uma consulta anual de rotina, em janeiro de 2011. Segundo a entrevistada, ela realizava exame ginecológico e preventivo anualmente, mas o leiomioma não era identificado.

A entrevistada relatou menorragia, mas como usou Dispositivo Intra Uterino (DIU), a alteração do fluxo foi atribuída ao efeito colateral do DIU, não tendo sido associado à leiomiomatose. Da mesma forma, ocorreu com a anemia, que sempre era detectada em

exames, mas relacionada à perda de sangue pelo uso do DIU, e não pelo leiomioma. A entrevistada relatou, ainda, que não sentia dor, apenas um desconforto pélvico. Embora a paciente estudada não apresentasse dor, a menorragia e a anemia são sintomas que podem trazer grande desconforto para a mulher.

A anemia ferropriva pode determinar fadiga, dispneia, palidez, etc. (BOZZINI et al., 2004). Quanto à menorragia, em estudo realizado por Silva, Santos e Vargens (2010), mulheres entrevistadas relataram desconfortos gerados pelo distúrbio, como indisposição para tarefas domésticas e no ambiente de trabalho.

Na consulta de janeiro de 2011, foram solicitados exames laboratoriais e ultrassonografia transvaginal. O hemograma apresentou valores normais de hemácias, 4.360.000/mm³. Entretanto, todos os demais componentes sanguíneos apresentaram valores alterados (TAB1). Quanto à ultrassonografia pélvica, realizada por via transvaginal apresentou o útero com volume aumentado aproximado de 610 cm³ (normal até 140 cm³). Diagnosticou-se, ainda, miométrio com textura heterogênea, bem como, na parede anterior fúndica, intramural com crescimento subseroso, notou-se grande nódulo heterogêneo, parcialmente delimitado, medindo ± 9,6 x 8,0 x 8,0 mm, e, por fim, eco endometrial regular, central, medindo 9,7 mm de espessura. Na cavidade pélvica, observou-se a presença de líquido livre na cavidade. A impressão do exame foi “Aumento do volume uterino (miomatose?) e pequenos cistos no ovário esquerdo”(TAB2)

TABELA 1
Resultados originados da pesquisa documental - exames laboratoriais

COMPONENTE SANGUÍNEOS	12/01/2011	08/02/2011	01/06/2011	Valores de Referência (feminino – adulto)
HEMÁCIAS	4.360.000 / mm ³	4.720.000/mm ³	4.610.000/mm ³	3.800.000 a 5.200.000/mm ³
HEMOGLOBINA	10.0 g/dL	12.5 g/dL	13.2 g/dL	12.0 a 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	32.3%	37.6 %	39.6 %	35.0 a 47.0 %
VCM:	74.1 fL	79.7.1 fL	85.9 fL	80.0 a 100.0 fl
HCM:	22.9 pg	26.5 pg	28.6 pg	26.0 a 34.0 pg
CHCM:	31.0 %	33.2 %	33.3 %	32.0 a 36.0 %

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

TABELA 1
Resultados originados da pesquisa documental - laudos de ultrassonografias

	ULTRASSONOGRAFIAS				LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO		
	15/01/2011		23/05/2011		08/07/2011		
	TAMANHO (LxAPxT)	VOL.	TAMANHO (LxAPxT)	VOL.	TAMANHO (LxAPxT)	PESO	DIÂMETRO
ÚTERO	14,5X9,0X9,5 cm	610 cm ³	15,0X10,0X11,0 cm	858 cm ³	18,0X15,0X14,0 cm	868,0 g	
OVÁRIO DIREITO	Não visibilizado		3,4X1,9X2,5 cm				
OVÁRIO ESQUERDO	4,2X2,3X2,5 cm		Não visibilizado				
NÓDULO	9,6X8,0X8,0 mm		10,2X8,3X9,2 mm				12 cm
IMPRESSÃO	Aumento do volume uterino (miomatose?) Pequenos cistos em ovário esquerdo.		Aumento do volume uterino (miomatose?)		Leiomoma uterino gigante, solitário e com áreas de degeneração hialina e sem sinais histológicos de malignidade, nos cortes examinados.		

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

Analisando o caso apresentado, em comparação ao referencial teórico, observou-se tratar-se de um caso típico de leiomioma: a idade da paciente condiz com a fase de maior incidência da doença, sendo que seus principais sintomas foram a menorragia e, em consequência, anemia. Entretanto, apesar dos sintomas clássicos e do acompanhamento anual, o leiomioma da paciente em estudo foi descoberto em fase já bastante avançada, tendo sido caracterizado como “gigante” poucos meses após o diagnóstico.

Sob esse aspecto, ressaltou-se a importância do preparo dos profissionais de saúde no atendimento à mulher, tanto de médicos quanto de enfermeiros. Quanto mais precocemente descoberta a doença, maiores as chances de sucesso em um tipo de tratamento conservador.

Entre o diagnóstico e a consulta com seu médico, a paciente relata que sentiu muita ansiedade e, por isso, buscou informações acerca da doença. Ao chegar à consulta, contudo, a decisão do médico diante do seu quadro também a deixou um pouco apreensiva, haja vista que a única opção de tratamento proposta seria um método cirúrgico não conservador, a histerectomia. Segundo a paciente:

“Foi a única opção que ele me deu. Ele falou assim que neste caso teria que ser devido à localização e não valeria a pena fazer uma miomectomia.” (E).

A paciente, entretanto, não concordou com o método escolhido e buscou outras opiniões médicas na tentativa de fazer uma miomectomia, ou seja, a retirada apenas do mioma.

Em fevereiro de 2011, mês seguinte ao diagnóstico, a paciente foi submetida a novos exames cardiológicos e laboratoriais, para avaliação do risco cirúrgico, sendo que nestes últimos constatou-se a persistência da anemia. Sua concentração de ferro apresentou resultado de 30 mcg/dL (valor de referência: 50 a 170 mcg/dL) e sua ferrentina resultou em 10 ng/dL (valor de referência: 10 a 291 g/dL).

Embora a decisão pelo tipo de tratamento cirúrgico tenha ocorrido imediatamente após o resultado, em razão de questões pessoais, ligadas à programação de trabalho da paciente, a intervenção cirúrgica só ocorreu em 08/07/2011. Nesse intervalo, ela foi submetida a tratamento medicamentoso, para combater a anemia. O tratamento foi à base de sulfato ferroso uma vez ao dia, após as refeições.

De acordo com Jorge e Rodrigues (2010), há necessidade de suplementação medicamentosa de ferro para o tratamento da anemia devido ao sangramento anormal. A paciente relatou que nesse período, além do uso da medicação, também mudou seus hábitos alimentares no sentido de corrigir o quadro de anemia, pois, do contrário, teria que ser submetida à hemotransfusão no momento da cirurgia. Novos exames laboratoriais foram, então, realizados em 29/03/2011, sendo que dessa vez apresentaram resultados normais: hemácias (4.720.000/mm³), hemoglobina (12.5 g/dL), hematócrito (37.6%), VCM (79.7.1 fL), HCM (26.5 pg). A única exceção foi o resultado de VCM, que se encontrava um pouco abaixo dos valores de referência, estando em 33.2%.

Em maio de 2011, foi realizada nova ultrassonografia pélvica transvaginal, com volume de 9,0 cm³ (normal de 3 a 9 cm³). A impressão, novamente, foi: “aumento do volume uterino (miomatose?)”. Mais uma vez foram realizados exames laboratoriais, para o acompanhamento dos níveis férricos da paciente, cujos resultados apresentaram uma elevação positiva nos níveis de ferro (65 mcg/dL) e ferrentina (25.4 ng/mL), com normalidade de todos os demais elementos avaliados no hemograma da paciente: hemácias (4.610.000/mm³), hemoglobina (13.2 g/dL), hematócrito (39.6%), VCM (85.9 fL), HCM (28.6 pg), CHCM (33.3%).

Por fim, em 08 de julho de 2011, foi realizado o último exame antes da cirurgia, que aconteceu na mesma data. Foi feito um laudo anatomopatológico, revelando aumento do volume uterino e diâmetro do leiomioma e indicava “histerectomia total”.

Pelo macroscópio, visualizou-se: útero (com colo), deformado e aumentado de volume, medindo 18,0 x 15,0 x 14,0 cm e pesando 868,0g, apresentando endométrio liso e miométrio com um tumor ovoide, branco, fasciculado e submucoso, o maior medindo 12,0 cm de diâmetro. O colo uterino apresentava mucosa ectocervical íntegra e pequenos cistos mucosos. Pelo microscópio, o resultado foi endométrio em proliferação, sem atipias e parcialmente autolisado. Identificou-se, ainda, leiomioma uterino gigante, solitário e com áreas de degeneração hialina e sem sinais histológicos de malignidade, nos cortes examinados, bem como colo uterino, apresentando cervicite crônica, áreas de metaplasia escamosa e cistos de Naboth.

Sendo assim, conforme acordado com o médico, haveria a tentativa de realização de uma miomectomia, mas devido ao grande volume do mioma, essa técnica não foi possível, sendo alterada para histerectomia no momento da cirurgia. Nas palavras da paciente:

(...) ele ia tentar a miomectomia, mas quando na verdade ele abriu (...) o volume (...) realmente tava muito alterado, eu vi, ele me mostrou tava muito... muito exagerado, ele tava pesando quase que um quilo e aí ele falou, olha não teve jeito... (E).

Historicamente, concepções acerca do útero estão intimamente ligadas ao controle da sexualidade da mulher, justificando-se a necessidade de preservá-lo para a maternidade, sendo esta a única missão social do sexo feminino. A partir da metade do século XX, os movimentos feministas passaram a lutar contra essa realidade, mas ainda assim, a força dos conceitos historicamente aprendidos acerca do útero e de suas funções vinculadas à própria condição de ser mulher e de feminilidade ainda vigora (PENGA; RUMIN, 2008).

O útero em si fornece a noção de totalidade, a possibilidade da realização plena de todos os desejos e é a raiz da diferenciação homem-mulher, ou seja, torna-se o lugar simbólico e subjetivo das transformações e criações em todos os âmbitos da vida da mulher, seja profissional, social ou afetivo (SAPATA, 2003 *apud* BOZZINI, 2004). Algumas doenças da cavidade uterina, entretanto, trazem uma série de transtornos histopatológicos malignos (hiperplasia atípica e câncer) e benignos (miomas, pólipos, atrofia, hiperplasia típica) (MACHADO, 2003), que podem levar à perda do útero, como as hiperplasias malignas e alguns tipos de miomas.

Logo, o leiomioma uterino, por acometer um órgão ligado à reprodução e sexualidade, faz com que aspectos conscientes e inconscientes ameacem a identidade feminina. A perda desse órgão faz com que algumas mulheres vivam situações estressantes, tais como, convívio familiar ou profissional, insegurança, angústia, ansiedade, entre outras. Situações estas que representam um desgaste emocional, muitas frustrações, insucessos e desejos insatisfeitos (BOZZINI et al., 2004).

Nesse ínterim, Villar e Silva (2010) afirmam que mulheres que precisam se submeter a uma histerectomia apresentam uma série de dúvidas geradas por mitos como “ficar oca”, “ser menos mulher por causa da ausência do útero” e “não ter mais orgasmos”; dúvidas estas que repercutem tanto biológica quanto psicologicamente na vida dessas mulheres.

Considerando, portanto, o simbolismo do útero para a mulher e todos os desgastes relacionados a sua perda, a primeira conduta a ser refletida na análise do caso é a forma como o diagnóstico foi transmitido à paciente. A própria médica que fez a primeira ultrassonografia informou a JVC que ela apresentava um mioma, e essa informação foi transmitida de forma bastante abrupta, sem nenhum esclarecimento à paciente acerca da doença, o que levou ao questionamento relatado pela paciente: “Como que eu faço, o que eu faço agora?” Ao que a médica respondeu: “(...) Pode ter de tirar o útero”. A paciente, por sua vez: “Foi impactante assim... nesse momento foi bem impactante” (E).

Quanto ao relato acima, Real et al. (2012) destacam que a notícia da necessidade de extirpação do útero suscita na mulher, no mínimo, dois tipos de sentimentos: o medo da cirurgia propriamente dita e da mutilação de um órgão que representa a maternidade e, de certa forma, a sexualidade feminina.

A entrevistada, JVC, afirmou que a conduta adotada na comunicação de seu diagnóstico lhe causou sentimentos de insegurança e medo:

(...) ela não me esclareceu, ela falou assim: você tá com um volume, um mioma, mas eu não sabia o que que era um mioma (...) eu não sabia se aquilo era um câncer, eu não tinha conhecimento. Eu fiquei muito insegura, eu não sabia o que ia acontecer, (...), eu não tinha ideia, mesmo porque foi detectado no momento do ultrassom, e a médica que tava fazendo, ela ficou muito assustada com o tamanho do mioma. (...) Eu fiquei muito insegura; eu fiquei assim desesperada. Na hora eu falei, uai, o que eu vou fazer, eu vou retirar o útero? (E)

De fato, Tozo et al. (2008) confirmam que a retirada do útero pode causar emoções conflitivas, traumáticas, de insegurança e ansiedade, levando a mudanças nos padrões e nos desejos sexuais. Por estar associado à reprodução, à sexualidade e à feminilidade, a mulher encara a extirpação do útero, além de um ato agressivo e mutilante,

algo que interfere tanto na expressão da sexualidade feminina, imagem corporal quanto na vida social (NUNES et al., 2009).

Além de todos esses sentimentos conflitantes relacionados à perda do útero, a falta de esclarecimento da médica acerca da doença e a sua demonstração de susto diante do tamanho do mioma fizeram com que a paciente se sentisse desesperada, sem saber realmente qual a gravidade da doença, bem como a quais riscos estaria exposta.

O fato de tratar-se de um tumor, para quem não possui conhecimento sobre o assunto, gera medo, porque a associação com o câncer é imediata, como relatado pela paciente em estudo e confirmado por Santos (2011), que ressalta que vários sentimentos são apresentados pelas mulheres, tais como, medo do câncer, da anestesia e da morte, bem como insegurança e ansiedade. Estes sentimentos podem chegar a um grau tão intenso ao ponto de afetar o tratamento medicamentoso e evoluir para um processo depressivo e infeccioso.

Figuera e Viero (2005) corroboram essa ideia ao afirmar que, quando os aspectos psicológicos não são considerados no tratamento cirúrgico, poderá haver complicações emocionais que prejudiquem a recuperação ou até agravem a morbidade no pós-operatório, pois a cirurgia representa uma ameaça muito grande na vida de qualquer pessoa.

Além dos aspectos emocionais, Real et al. (2012) ressaltam que a histerectomia causa modificações anatômicas na pelve, como o tamanho e/ou formato dos órgãos genitais, podendo levar à dificuldade de penetração vaginal, dispareunia, interrupção dos suportes anatômicos da resposta sexual e disfunções sexuais, como redução da libido, devido à redução de níveis hormonais circulantes em função de alterações circulatórias.

Penga e Rumin (2008) defendem que a histerectomia só deve ser considerada na impossibilidade de tratamento com técnicas menos invasivas e conservadoras. Isso porque o útero produz prostaciclina, que inibe a formação de coágulos. Logo, a remoção do útero pode deixar a mulher mais sujeita a desenvolver uma trombose e pode ser um fator de aumento do risco de um enfarte. Se ocorrer também a retirada dos ovários, a mulher perderá sua fonte de estrogênio, bem como caso ela não possa fazer a reposição hormonal, entrará em menopausa precoce, com chances aumentadas de desenvolver osteoporoses e enfartes cardíacos. Segundo os autores, mesmo pacientes que não tiveram seus ovários retirados relataram fadiga, ganho de peso, dores articulares, alterações urinárias e depressão após uma histerectomia.

Todas essas modificações, embora sejam biológicas, certamente trarão sérias consequências para o aspecto psicológico da vida da mulher. Assim sendo, Nunes et al. (2009) enfatizam que aqueles profissionais de saúde que atuam na assistência a mulheres histerectomizadas devem desenvolver um conhecimento crítico, não se limitando apenas às dimensões biológicas, mas proporcionando espaço para que tanto o biológico quanto o social sejam considerados, visando a minimizar as sequelas que poderão advir.

Conforme anteriormente apresentado, existe uma série de tratamentos para a leiomiomatose. Todavia, apesar dos riscos de desajustes físicos, emocionais e sociais, associados à remoção do útero, esse tipo de procedimento, denominado histerectomia, continua aumentando em todo o mundo (SBROGGIO; GIRALDO e GONÇALVES, 2008). Considerando que o mioma é o tipo de tumor pélvico mais frequente do trato genital feminino (CARDOSO et al., 2008), ele se torna uma das principais causas de perda uterina.

Percebe-se, assim, que a visão médica ainda está intimamente ligada à medicina tradicional, para a qual o adoecimento é uma reação do organismo que não está funcionando normalmente. Do ponto de vista psicológico, entretanto, o adoecimento representa uma situação inesperada, para a qual não se está preparado (FIGHERA; VIERO, 2005).

Percebe-se, portanto, que apesar de existirem várias técnicas de tratamento conservadoras, que apresentam ótimos resultados e evitam a retirada do órgão, a histerectomia acaba sendo o tratamento de primeira escolha por muitos médicos.

Em contrapartida, Barrozo (2012) apresenta outras explicações, ligadas a questões práticas e financeiras. Para o autor, a histerectomia continua tendo predileção médica porque é de execução mais fácil do que uma miomectomia tradicional; não exige treinamento e equipamentos adicionais, como a miomectomia vídeo endoscópica, e está muito mais amplamente disponível que a miólise ou a embolização dos miomas. Mas, ressalta ainda que, apesar das razões apontadas, os médicos não devem deixar de oferecer às pacientes os métodos mais modernos, que podem diminuir consideravelmente a morbidade, o impacto psicológico e o comprometimento da capacidade reprodutiva, provocados pela histerectomia, principalmente, em pacientes que por diversas razões não devam ou não queiram retirar os seus úteros.

Partindo dessas considerações, o segundo ponto de reflexão é a conduta do médico que solicita o exame e, diante do diagnóstico, não considera nenhum outro tipo de tratamento além da histerectomia, deixando, portanto, de fazer os esclarecimentos necessários à paciente, que ficou sem saber das complicações decorrentes de uma histerectomia, bem como das outras possibilidades de tratamento.

“A conduta médica onipotente/onisciente na relação terapeuta/paciente fere a autonomia do paciente na tomada de decisões” (PENGA; RUMIN, 2008, p. 9). Essa conduta, somada a todos os sentimentos traumáticos que a perda do útero pode ocasionar à mulher, fez com que a paciente não aceitasse passivamente essa primeira opinião médica e, como já relatado, procurasse outras opiniões.

Qualquer retirada de órgão ou qualquer pedacinho, a gente se assusta muito; você não quer, eu não quis. E eles não conversam abertamente assim, pra te tirar... pra te tranquilizar, dizem assim: a cirurgia é tranquila e tal...mas eles não se usam muito desse sentimento, eles não buscam aprofundar nisso (E).

A fala da paciente expressa a insatisfação com o modelo medicalizado de assistência à saúde feminina, que, segundo Silva, Santos e Vargens (2010), reforça o poder simbólico de persuasão e domínio no atendimento à mulher.

Inserido no contexto da medicina tradicional, a decisão do médico baseou-se na idade da paciente (46 anos), no fato de ela já ser divorciada e não desejar mais ter filhos, bem como no tamanho e na localização do leiomioma; logo, em critérios apenas fisiológicos. As questões emocionais ligadas à perda do útero, para a mulher, parecem não ter tido relevância na avaliação desse médico. O útero, para a mulher, representa não somente a reprodução, mas também a sexualidade e feminilidade e, segundo Bozzini et al. (2004), todo procedimento cirúrgico tem as suas implicações emocionais. Em geral, a intervenção cirúrgica que envolve órgãos ou partes do corpo, acaba por modificar em algum momento a autoestima, autoimagem da paciente.

Nesse aspecto, Boehs et al. complementam que:

Faz-se necessário que os profissionais de saúde que atuam na área de histerectomia adquiram conhecimentos e não se limitem a intervenções baseadas exclusivamente nas dimensões biológicas, mas considerem todo o cotidiano da mulher. (BOEHS et al., 2007 *apud* VILLAR; SILVA, 2010, p. 479).

A escolha de qualquer tratamento que coloque em risco o útero deve ser amplamente discutida pelos profissionais de saúde, pois, embora essa paciente não desejasse perder o útero, a remoção não lhe acarretou grandes traumas. A falta de conhecimento sobre a doença, os tipos de tratamento e cuidados mais adequados, entretanto, podem trazer sérias consequências para a vida de muitas mulheres.

Diante de uma mulher com outro perfil, ou seja, paciente mais jovem, nulípara e com desejo de engravidar, a retirada do útero poderia trazer transtornos emocionais insuperáveis para a sua vida.

Entre todos os profissionais envolvidos no tratamento estudado, a conduta do médico que realizou o procedimento cirúrgico foi a mais condizente com o que se preconiza para o tratamento de leiomioma, haja vista que o médico concordou em tentar realizar a miomectomia, com a ressalva de que, não sendo possível, a técnica seria alterada para uma histerectomia. Por se tratar de um leiomioma submucoso gigante, que causou grande alteração do volume uterino, no momento do procedimento não foi possível a visualização apenas do leiomioma, sendo necessária a remoção do útero. Houve, no entanto, maior esclarecimento de sua parte, negociação com a paciente do melhor tipo de tratamento, buscando uma alternativa menos radical, tanto fisiológica quanto emocionalmente.

Uma avaliação que considere não apenas os aspectos fisiológicos, mas também os emocionais, é fundamental na escolha do tratamento, pois a literatura sobre o assunto mostra uma grande variedade de sentimentos conflitantes que o tratamento cirúrgico não conservador pode acarretar às mulheres a ele submetidas.

Santos e Saldanha (2011) confirmam que a histerectomia abala a mulher não por ser somente um procedimento invasivo, mas por ser um procedimento que leva a crenças de perda da feminilidade em consequência da retirada do útero. Segundo Villar e Silva (2009), mulheres histerectomizadas preocupam-se com a infidelidade dos maridos por acreditarem que eles podem deixar de vê-las como mulheres, e alguns homens acreditam que irão ferir suas mulheres durante a relação sexual por elas não possuírem mais o útero.

Diante disso, o profissional precisa considerar os aspectos emocionais na escolha do tratamento, pois, do contrário, poderá resolver os sintomas fisiológicos trazidos pelo mioma, como os sangramentos e outros, mas gerar traumas que trarão ainda mais sofrimentos à mulher.

Ressalta-se que somente para algumas mulheres a histerectomia constitui a solução do problema, pois proporciona o alívio dos sintomas decorrentes da patologia de base (NUNES, 2009). Entretanto, pelo fato de as mulheres sentirem-se aliviadas pela superação do incômodo causado pelos sintomas das doenças, não se pode deixar de considerar que tal alívio está associado ao desaparecimento das dores e sangramentos, mas não aos sentimentos das mulheres quanto ao significado da perda do útero (SBROGGIO; OSIS e BELDONE, 2005 *apud* ROYER; 2008).

Questionada sobre seus sentimentos após a realização da histerectomia, a paciente relatou que não sofreu grandes traumas. Ela acredita que a histerectomia afeta a feminilidade e a mulher precisa ter uma boa estrutura emocional para lidar com a perda do útero.

(...) eu me preparei, eu me informei, eu li e eu já tenho uma estrutura emocional boa. Então, hoje, praticamente, já se passou algum tempo, e eu nem lembro mais, porque isso foi completamente superado de sexualidade, de feminilidade, de maternidade. Eu consegui superar isso, mas por quê? Porque eu já tinha uma estrutura emocional forte e eu tive acesso, eu conversei com várias outras pessoas. Depois, eu li muito sobre o assunto, o que me tranquilizou. Nesse ponto, eu senti muita falta da enfermagem. No hospital, eu não tive a consulta de uma enfermeira, que não me visitou, que não quis saber (...) (E).

Na fala de JVC observa-se, por fim, o último ponto de reflexão, também extremamente importante, que é o papel do enfermeiro no acompanhamento da paciente acometida por leiomioma. A ausência do enfermeiro narrada acima é inconcebível, especialmente tratando-se de uma paciente em um pós-operatório de histerectomia, que, além de todos os cuidados físicos, demanda uma atenção especial quanto aos aspectos psicológicos.

As orientações desse profissional são imprescindíveis desde o diagnóstico até o fim do tratamento.

Os profissionais de enfermagem podem prestar uma assistência diferenciada e abrangente, proporcionando as orientações, o conforto, o respeito e a escuta sensível que a mulher hospitalizada necessita quando submetida a uma histerectomia (SILVA; SANTOS e VARGENS, 2010).

Os esclarecimentos acerca da doença, especialmente de que se trata de uma neoplasia benigna; orientações para a minimização de sintomas; cuidados no pré, trans e pós-operatório e informações acerca dos vários tipos de tratamento existentes podem reduzir o desconforto, os medos e a ansiedade da mulher, ao mesmo tempo em que pode torná-la mais capacitada a discutir com o seu médico a opção de escolha de um tratamento, e não apenas aceitar o que lhe for imposto. O enfermeiro, pode, portanto, aliviar sofrimentos e aumentar a autonomia da mulher diante de um quadro de leiomiomatose.

Santos (2011) salienta a importância da valorização da atenção humanizada pelas equipes de saúde, de forma multidisciplinar, reforçando que o foco dos cuidados de saúde deve ser o doente em si e, não, a doença. Para a autora, é necessário mais que um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta ou qualquer outro profissional de saúde, mas uma equipe que possa enxergar uma pessoa que está com problemas, que sofre, que têm angústias e que quer ser ouvida.

Por fim, Royer (2008) acrescenta que nesse processo deve haver espaço para emergirem os mitos que as mulheres trazem consigo, a fim de confrontá-los com a melhor informação científica. Reforça, ainda, que cada ser é único; as reações muitas vezes ocorrem de acordo com as expectativas de cada um e a histerectomia merece consideração importante, por se tratar de um procedimento de retirada de útero. Para o autor, o enfermeiro é o profissional mais indicado para realizar o processo de orientação, pois está presente no ambiente hospitalar e tem condições teóricas para esclarecer dúvidas e auxiliar no enfrentamento do processo

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente abordagem evidenciou que o tratamento não conservador do leiomioma pode acarretar inúmeras consequências fisiológicas e emocionais para a mulher.

A histerectomia causa, também, modificações anatômicas na pelve, podendo levar à dificuldade de penetração vaginal, dispareunia, interrupção dos suportes anatômicos da resposta sexual e disfunções sexuais, como a redução da libido devido à redução de níveis hormonais circulantes em função de alterações circulatórias. Entretanto, embora se tratem de problemas relevantes, as consequências fisiológicas apresentaram-se consideravelmente menos relatadas do que as consequências emocionais. Estas, por outro lado, são abordadas nos mais diversos aspectos. Entre eles, o de que o útero está associado à reprodução, à sexualidade e à feminilidade e, por isso, sua extirpação representa um ato agressivo e mutilante, causando estresse familiar e profissional, insegurança, angústia e ansiedade, situações estas que culminam em desgaste emocional, frustrações e traumas, levando a mudanças no padrão e no desejo sexual.

A perda do útero gera, ainda, medo do câncer, da anestesia e da morte, às vezes ao ponto de afetar o tratamento medicamentoso e evoluir para um processo depressivo e infeccioso.

Entretanto, mesmo que a perda do útero acarrete tantos prejuízos fisiológicos e emocionais, por questões práticas e financeiras, a classe médica é bastante tradicional no

tratamento do mioma, o que eleva muito as taxas de histerectomia no Brasil. Além disso, a escolha do tratamento pelos médicos se pauta, na maioria das vezes, apenas em critérios biológicos, como a capacidade de reprodução, em detrimento dos fatores psicológicos.

REFERÊNCIAS

BARROZO, P. R. M. Miomas – Novos tratamentos, novas perspectivas. **OBGYN.net: The Universe of Women's Health**. Disponível em: <http://latina.obgyn.net/portugueses>. Acesso em: 14 nov. 12.

BONDUKI, C. E. et al. Gravidez e parto após embolização arterial para tratamento de leiomioma uterino. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**. 28(10): 596-600, 2006; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n8/a06v33n8.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

BOZZINI, N. et al. Miomatose Uterina. **Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, 2002.

BOZZINI, N. **Leiomioma Uterino**. Manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004. 117 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 495, de 23 de setembro de 2010. **Anexo: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: leiomioma de útero**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1655.htm>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

CARDOSO, A. B. et al. Frequência e fatores associados ao leiomioma uterino. **Revista de Pesquisa e Extensão em Saúde**, v. 4, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/index.php/saude/article/viewArticle/140>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

CORLETA H. V. E. et al. Tratamento atual dos miomas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n8/a06v33n8.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

COSTA, A. R. **Massa pélvica (massas uterinas e anexiais benignas)**, 2011. Disponível em: <fspog.searadev.com>. Acesso em: 13 out. 2012.

FIGHERA, J., VIERO, E. V., Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH [online]**, v. 8, n. 2, pp. 51-63, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582005000200005&script=sci_arttext>. Acesso em 12 abr. 2013.

GILA, M. S.; PARRA, J. F.; PAREDES, A. G. Mioma Asintomático. Conduca a seguir. **Actualización Obstetricia y Ginecología**, 2011. Disponível em: <www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia>. Acesso em: 04 out. 2012.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed., São Paulo: Roca, 2000.

JORGE, S. R. P.; RODRIGUES, L. P. Deficiência de ferro na mulher adulta. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, 32 (Supl. 2): 49-52, 2010.

MACHADO, M. K. N., PINA, H., MATOS E. Acurácia da histeroscopia na avaliação da cavidade uterina em pacientes com sangramento uterino pós-menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n1/19545.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2012.

NUNES, M. P. R. S. et al. Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. Esc. **Anna Nery. Revista Enfermagem**, 13 (3): 574-81, jul./set., 2009 .

PENGA, V. M., RUMIN, C. R. Vivências afetivas e o sofrimento de mulheres histerectomizadas. **Revista Omnia Saúde**, v. 5, n. 2, p. 1-14, 2008. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniaasaude/article/view/37>. Acesso em: 12 abr. 2013.

REAL, A. A. et al. Os efeitos da histerectomia sobre a sexualidade feminina. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/6581> Acesso em: 12 abr. 2013.

ROYER, M. **Orientação Pré-Operatória do enfermeiro a pacientes candidatas a histerectomia**: Proposta e Avaliação. 2008. 59 f. Monografia (Bacharel) - Departamento de Enfermagem do Centro Universitário Feevale, Novo Hamburgo.

SANTOS, L. R. M. S., SALDANHA, A. A. W. Histerectomia: aspectos psicossociais e processos de enfrentamento. **Psico-USF**, v. 16, n. 3, p. 349-356, set./dez. 2011.

SAPATA, M. R. **O mioma uterino e a mulher na metanoia**: uma leitura simbólica da doença. 2003. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

SBROGGIO, A. M. R.; GIRALDO, C. P.; GONÇALVES, A. K. S. A preservação da feminilidade após a remoção do útero. **Revista Brasileira de Medicina**, 66(8), 260-263. Disponível em: www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4076. Acesso em: 28 jul. 2013.

SBROGGIO, A. M. R.; OSIS, M. J. M. D.; BEDONE, A. J. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 5, São Paulo, sept./oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n8/a06v33n8.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2013.

SILVA, C. M. C., SANTOS, I. M. M., VARGENS, O. M. C., A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, 14 (1): 76-82, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a12.pdf> . Acesso em 12 abr. 2013.

TOZO, I. M. et al. Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. **Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo-FCMSCSP**, São Paulo (SP), Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n8/a06v33n8.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

VILLAR, A. S. E., SILVA, L. R. A história de vida de mulheres submetidas à histerectomia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 9(3): 479-486, jul./set. 2010.

VILLAR, A. S. E., SILVA, L. R. Os sentimentos de mulheres submetidas à histerectomia e a interferência na saúde sexual. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**. 1(2): 235-244, set./dez. 2009.