

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE/RN

GILMARA MICHELLE COSMO DA ROCHA CACHINA

**A PERCEPÇÃO DAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS FRENTE À
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E COMPLICAÇÕES NO PÓS – OPERATÓRIO
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE ASSU/RN.**

MOSSORÓ
2017

GILMARA MICHELLE COSMO DA ROCHA CACHINA

**A PERCEPÇÃO DAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS FRENTE À
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E COMPLICAÇÕES NO PÓS - OPERATÓRIO
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE ASSU/RN.**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Diego H. Jales. Benevides

MOSSORÓ
2017

GILMARA MICHELLE COSMO DA ROCHA CACHINA

**A PERCEPÇÃO DAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS FRENTE À
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E COMPLICAÇÕES NO PÓS – OPERATÓRIO
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE ASSU/RN.**

Monografia apresentada pela aluna GILMARA MICHELLE COSMO DA ROCHA CACHINA do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Diego Henrique Jales Benevides (FACENE/RN)
Orientador

Prof. Esp. Livia Helena Moraes de Freitas (FACENE/RN)
Membro

Prof. Esp. Gildemberton Rodrigues de Oliveira (FACENE/RN)
Membro

Dedico esta monografia a Deus, pela sua benção divina, me dando força e coragem durante o decorrer desta caminhada para superar os obstáculos, fortalecendo-me quando pensei que não tivesse forças para concluir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua presença constante na minha vida, sem que eu precise pedir, pelo auxílio nas minhas escolhas e por me confortar nas horas difíceis.

Mais do que um esforço individual a realização deste trabalho acadêmico foi o resultado e esforço de diversas pessoas que de certa forma acreditaram, colaboraram e confiaram na minha capacidade e por essa razão expressei os meus sinceros e profundos agradecimentos.

Agradeço aos meus familiares, por estarem sempre ao meu lado nas horas de desespero, nos momentos felizes, agradeço pela confiança depositada em mim, pelo amor pleno, sublime e sincero, agradeço por cada palavra de apoio, cada sorriso agraciado, sei que foi verdadeiro. Minha família abençoada pode sempre contar comigo, vocês sempre farão parte da minha vitória, prometo tentar nunca decepcioná-los.

Agradeço ao meu esposo Lázaro Emanuel e aos meus filhos Lucas Emanuel e Gabriel pelo carinho e paciência diária durante este tempo.

As enfermeiras tops como assim nos chamamos (Lindiane Sousa, Lidiane Ventura, Maria Francicleide, Nízia Amélia e Yandra Samoneli), fiéis companheiras durante toda a trajetória do curso e amigas de todas as horas, dividindo dificuldades, angústias, alegrias e conquistas.

Agradeço ao meu orientador Diego Henrique Jales Benevides, pela confiança a mim depositada acreditando em meu potencial como pessoa e profissional e me instruiu na construção desse trabalho, sempre paciente e atencioso. Meu respeito e admiração como professor, profissional e pessoa humana. Serei sempre grata.

Aos membros da minha banca professora Livia Helena e Gildemberton Rodrigues pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Agradeço a todos os professores do início ao fim da graduação que de um modo geral sempre foram acessíveis e contribuíram grandiosamente na minha vida acadêmica.

A minha turma de enfermagem, na qual tanto houve desentendimento, mas sempre vou guardar cada um de vocês no meu coração. Durante esse tempo compartilhamos saberes, dúvidas, tristezas e alegrias.

As minhas colegas de trabalho da UBS Lagoa do Ferreiro, HRNIS e HAF, por todas as vezes que precisei me ausentar, trocar plantão, chegar atrasada devido aos estágios, aulas e vocês seguram as pontas para mim, sempre me apoiando para não desistir. Obrigada, somos uma família.

A bibliotecária Vanessa Camilo, exemplo de profissionalismo, pela disponibilidade e atenção dispensada.

Agradeço a todos os funcionários e colaboradores da FACENE/RN, pela atenção e carinho de sempre.

Enfim, a todos que de alguma maneira contribuíram para a execução desse trabalho, seja pela ajuda constante ou por uma palavra de amizade!

Muito Obrigada!

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas
admiráveis.

José Saramago

RESUMO

A histerectomia implica na remoção cirúrgica parcial ou total do útero. Indicada no tratamento de câncer, sangramento uterino disfuncional, endometriose, dor persistente, relaxamento, prolapso pélvico e lesões prévias do útero. O enfermeiro deve prestar seu cuidado de forma individualizada, prestando-lhe informação que passe tranquilidade, minimizando seu sofrimento a fim de proporcionar uma boa recuperação. O estudo propõe analisar a percepção das pacientes histerectomizadas frente ao cuidado de enfermagem prestado no pós-operatório e entendimento sobre complicações potenciais em um Hospital público de Assu/RN. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com abordagem quanti - qualitativa. Utilizou-se como local da pesquisa o Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos. A amostra foi constituída por 20 pacientes histerectomizadas, no período compreendido entre abril e maio de 2017, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como instrumento para a coleta de dados foi realizada uma entrevista semi estruturada, e abordagem com a Escala de Likert na clínica cirúrgica. Os dados coletados da pesquisa qualitativa foram analisados e organizados de acordo com teoria de Bardin e os dados quantitativos obtidos através da Escala de Likert, conforme um questionamento de perguntas com opções de respostas progressivas. As participantes foram esclarecidas sobre a pesquisa, em todo o processo houve o anonimato e sigilo das informações confidenciais, de acordo com os princípios éticos e legais que constam na Resolução do Conselho Nacional de Saúde. Todas as despesas decorrentes da pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa sob número de protocolo: 53/2017 e CAAE: 66056317.7.0000.5179. Na análise dos resultados obteve-se uma visão geral das 20 mulheres que fizeram parte deste estudo. Constatou-se que 60% da faixa etária situou-se acima dos 40 anos de idade, dedicava-se a atividade agrícola, casadas, residentes em Assu, a maioria não exerce atividade remunerada e predominou o ensino médio incompleto, todas receberam o apoio familiar. Sobre a avaliação do estudo as entrevistadas referiram não conhecer ou receber informações das complicações decorrentes da histerectomia. Diante da notícia de que precisa retirar este órgão, em questão de segundos, a mulher passa por dois tipos de problemas distintos: o grande medo da cirurgia e o medo da mutilação de um órgão de grande representatividade para mulher. Atrelado a isso vem o bem-estar diante da enfermidade diagnosticada, a cura faz com que essas mulheres se tranquilizem, e encarem como um fato benéfico para suas vidas, apesar dos traumas decorrentes da cirurgia como ficou evidente nos relatos descritos. A satisfação frente à assistência prestada pela equipe de enfermagem foi de 95%. O que demonstra a importância da qualidade dos profissionais, eficácia e atendimento às pacientes. Percebeu-se então que o cuidado de enfermagem é de qualidade, busca a integralidade da assistência, proporciona o alívio de suas angústias, medos e ansios, além de proporcionar um melhor entendimento dos motivos e consequências biológicas, psicológicas e sociais decorrentes de uma histerectomia.

Palavras- Chave: Histerectomia. Enfermagem. Cuidados de saúde.

ABSTRACT

Hysterectomy involves partial or complete removal of the uterus. Indicated in the treatment of cancer, dysfunctional uterine bleeding, endometriosis, persistent pain, relaxation, pelvic prolapse and previous lesions of the uterus. The nurse must provide her care in an individualized way, providing her with information that is tranquil, minimizing her suffering in order to provide a good recovery. The study proposes to analyze the perception of hysterectomized patients in the postoperative nursing care and understanding of potential complications in a public hospital in Assu / RN. It is a descriptive and exploratory research, with quantitative-qualitative approach. The Regional Hospital Nelson Inácio dos Santos was used as the research site. It is a descriptive and exploratory research, with quantitative-qualitative approach. The Regional Hospital Nelson Inácio dos Santos was used as the research site. The research population was hysterectomized patients. The sample consisted of 20 patients, between April and May of 2017, who agreed to participate voluntarily in the research, signing the Informed Consent Term (TCLE). As a tool for the data collection, a semi-structured interview was carried out and the Likert Scale approach was used in the surgical clinic. The data collected from the qualitative research were analyzed and organized according to Bardin's theory and the quantitative data obtained through the Likert Scale, according to a questioning of questions with options of progressive answers. The participants were clarified about the research, in the whole process there was the anonymity and confidentiality of the confidential information, in accordance with the ethical and legal principles contained in the Resolution of the National Health Council. All expenses arising from the research were the sole responsibility of the Researcher. The project was approved by the Ethics and Research Committee under protocol number: 53/2017 and CAAE: 66056317.7.0000.5179. In the analysis of the results We obtained an overview of the 20 women who were part of the study. It found that 60% of the age group was above 40 years of age, engaged in agricultural activity, married, living in Assu, most of them did not work in paid employment and predominated incomplete secondary education, all received family support. Regarding the evaluation of the study, the interviewees reported not knowing or receiving information about the complications resulting from the hysterectomy. Faced with the news that she needs to remove this organ, in a matter of seconds, the woman goes through two types of distinct problems: the great fear of surgery and the fear of mutilation of a highly representative organ for women. Linked to this comes well-being in the face of the diagnosed illness, the cure makes these women calm down, and see it as a fact beneficial to their lives, despite the trauma of the surgery, as was evident in the reports described. . The satisfaction with the assistance provided by the nursing team was 95%. This demonstrates the importance of the quality of professionals, efficacy and patient care. She realized that nursing care is of a quality that seeks the integrality of care, provides the relief of her anxieties, fears and longings, as well as providing a better understanding of the biological, psychological and social reasons and consequences of a hysterectomy.

Keywords: Hysterectomy. Nursing. Health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Valores de frequência simples e porcentagem obtidos de acordo com caracterização sócio-demográfica das pacientes histerectomizadas	31
Tabela 2: Valores de frequência simples e porcentagem obtidos de acordo com o perfil clínico das entrevistadas sobre a cirurgia	32
Tabela 3: Valores de frequência simples e porcentagem obtidos de acordo com a satisfação da assistência prestada	39
Tabela 4: Valores de frequência simples e porcentagem obtidos de acordo com a satisfação da assistência prestada após a histerectomia	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA	13
1.2 JUSTIFICATIVA	13
1.3 HIPÓTESE	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 A HISTERECTOMIA	16
3.2 EPIDEMIOLOGIA	17
3.3 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO ÚTERO	17
3.4 INDICAÇÕES DA HISTERECTOMIA	17
3.5 CLASSIFICAÇÕES DA HISTERECTOMIA	18
3.6 TIPOS DE CONDUTA PARA SUA REALIZAÇÃO	18
3.7 COMPLICAÇÕES POTENCIAIS DA CIRURGIA	19
3.8 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	20
3.9 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	21
3.10 ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE HISTERECTOMIA	23
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 TIPO DE PESQUISA	26
4.2 LOCAL DE PESQUISA	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA	27
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	29
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	29
4.8 FINANCIAMENTO	30
5 RESULTADOS	31
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	31
5.2 ANÁLISE SOBRE A TEMÁTICA.....	35
5.2.1 Conhecimento das complicações da histerectomia	36
5.2.2 Informações sobre possíveis complicações	37

5.2.3 A vida após histerectomia	37
5.2.4 Satisfação da assistência prestada.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	49
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	52
ANEXO.....	55

1 INTRODUÇÃO

A histerectomia implica na remoção cirúrgica parcial ou total do útero. Indicada no tratamento de câncer, sangramento uterino disfuncional, endometriose, dor persistente, relaxamento, prolapso pélvico e lesões prévias do útero (SMELTZER et al 2009). Existem condutas diferenciadas para sua realização, podendo ser por via abdominal, vaginal ou laparoscópica. A histerectomia pode ser ainda classificada em: total, subtotal e radical (SOUZA, 2004).

Historicamente associa-se o útero à identidade feminina, ressaltando os aspectos da sexualidade e da maternidade. A remoção cirúrgica dessa parte essencial ao corpo feminino pode gerar uma série de conflitos, incertezas, insegurança, alterações físicas e emocionais para essa mulher, visto que o órgão é considerado importante para o desempenho do papel da mulher na sociedade (SANTOS; SALDANHA, 2011).

Segundo Merighi et al (2012), no Brasil, estima-se que, cerca de 300 mil mulheres recebam indicação da cirurgia por ano, sendo a segunda mais realizada com mulheres em idade reprodutiva superada apenas pelas cesarianas. Segundo dados do DATASUS (Banco de dados do Sistema Único de Saúde), foram realizadas no Brasil cerca de 53.753 histerectomias totais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2015. No ano de 2016, até o mês de agosto foram realizadas 31.218 histerectomias no país.

De acordo com Salimena e Souza (2010), as cirurgias ginecológicas acarretam limitações para as mulheres que exigem afastamento das suas atividades, distanciamento da família e repouso que afetam a sua condição de mulher, tornando-se uma experiência impactante no seu cotidiano decorrente da hospitalização e a constatação diagnóstica de uma situação de morbidade.

A intervenção cirúrgica apesar de necessária quando indicada para o restabelecimento da saúde implicará diretamente na vida dessa paciente, desde condições físicas até estresse emocional, portanto é importante que o profissional dialogue com essa mulher sobre vantagens e desvantagens da cirurgia, expectativas, preocupações, os impactos na sua qualidade de vida diante dos sentimentos e valores atribuídos ao útero (ROCHA et al, 2015).

O profissional de enfermagem desempenha um papel fundamental no atendimento dessas mulheres no perioperatório, visto que a hospitalização, o afastamento das suas atividades, da família, poderá desencadear problemas psicológicos importantes, como a depressão. O enfermeiro deve prestar seu cuidado de forma individualizada, prestando-lhe informação que passe tranquilidade, minimizando seu sofrimento a fim de proporcionar uma

boa recuperação. Essas mulheres devem ser orientadas antes e observadas após a realização do procedimento, pois alguns fatores podem desencadear alterações no cotidiano feminino tais como: hemorragias, infecções, tromboflebite, lesões uretral ou intestinal (BARROS, 2014).

Desse modo, no pós-operatório as principais metas do enfermeiro devem ser: o controle da dor, prevenção de complicações, restabelecimento do equilíbrio fisiológico, nessa fase requer uma assistência individualizada, contínua e específica que atenda as reais necessidades do paciente e contribua para a sua recuperação (SANTOS; SOUSA; TURRINI, 2012).

Para um tratamento cirúrgico alcançar bons resultados, além do tratamento médico, a assistência de enfermagem prestada no pré e pós-operatório é primordial, o paciente deve estar orientado e preparado para os riscos e benefícios que serão expostos, a presença e participação da família são componentes fundamentais nesse processo (SANTOS; SOUSA; TURRINI, 2012).

A assistência de enfermagem deve contemplar a mulher de forma humanizada, envolvendo ações, atitudes e comportamentos, respeitando a singularidade de cada uma, haja vista que a cirurgia contorna o problema, mas implica em enfrentamentos no pré, trans e pós-operatório que afetam a sua condição de mulher (SALIMENA; SOUZA; CADETE, 2009).

Diante das necessidades enfrentadas pelo paciente cirúrgico, a enfermagem desempenha um papel indispensável no seu cuidado visto que a realização de uma cirurgia implica em riscos reais à vida do paciente somado a outros fatores como insegurança, ansiedade e medo. O trabalho desempenhado pelo enfermeiro nesse momento é essencial, para proporcionar ao paciente conforto e segurança. Neste contexto, torna-se relevante evidenciar a importância do enfermeiro no pós-operatório, enfatizando o desafio de assistir o paciente dentro da necessidade do indivíduo, nesse momento de dúvidas e incertezas.

1.1 PROBLEMÁTICA

Diante do exposto surge a seguinte questão norteadora: Qual a percepção das mulheres submetidas à histerectomias, frente à assistência de enfermagem no pós-operatório e entendimento sobre as complicações potenciais?

1.2. JUSTIFICATIVA

A opção pelo tema abordado surgiu a partir do cotidiano vivenciado no local de trabalho da pesquisadora. Foram observadas a frequência e quantidade de histerectomias realizadas semanalmente, buscando avaliar a percepção das pacientes diante da assistência de enfermagem prestada no pós-operatório e o entendimento das pacientes sobre as complicações potenciais.

A importância desta pesquisa trará ao meio científico inovações para a melhoria de uma assistência qualificada a pacientes histerectomizadas e um melhor entendimento das complicações desse procedimento.

Este estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento acadêmico, servindo como fonte de pesquisa para um maior aprofundamento sobre a temática abordada. Enfermeiros e equipe de enfermagem serão possibilitados de um estudo que evidencia o entendimento das pacientes e suas angústias e conhecimentos sobre a situação vivenciada, permitindo apoiar suas práticas para uma assistência singular, com base no conhecimento técnico – científico sistemático e humanizado.

1.3 HIPÓTESE

Considerando que a assistência de enfermagem prestada no pós-operatório é crucial, entende-se que o enfermeiro e a equipe de enfermagem irão atender esse paciente de modo individualizado, objetivando controlar sua dor, prevenir complicações, reestabelecer o equilíbrio fisiológico e melhora do seu quadro clínico, contribuindo para a manutenção e recuperação da saúde. Percebe-se que as pacientes necessitam de maior esclarecimento quanto à importância da assistência da equipe de enfermagem no pós-operatório, e a respeito das complicações potenciais relacionadas ao procedimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção das pacientes histerectomizadas frente ao cuidado de enfermagem prestado no pós-operatório e entendimento sobre complicações potenciais em um hospital público do município de Assu/RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico das pacientes histerectomizada em um hospital público de Assu/RN;
- Verificar a avaliação das pacientes acerca dos cuidados de enfermagem no pós-operatório;
- Averiguar o entendimento das pacientes sobre complicações relacionadas à histerectomia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A HISTERECTOMIA

A histerectomia implica na remoção cirúrgica parcial ou total do útero. Indicada no tratamento de câncer, sangramento uterino disfuncional, endometriose, dor persistente, relaxamento, prolapso pélvico e lesões prévias do útero (SMELTZER et al 2009). Atualmente tornou-se uma das cirurgias ginecológicas mais realizadas em todo o mundo, indicadas quando esses sintomas ocasionados por patologias uterinas não são solucionados com tratamento medicamentoso (BRAGA, 2011).

A origem do nome histerectomia é do grego *hystere*, significa útero e *ectomia* – remoção e teve início na Alemanha por Conrad Langenbeckem, em 1813 (SBROGGIO, 2008). A Histerectomia é irreversível para o corpo da mulher. Estimula perturbações emocionais, insegurança, dúvidas, medo e ansiedade em relação ao seu próprio corpo, o que permeia uma série de indagações para essas mulheres sobre sua sexualidade, maternidade e feminilidade (MARTINS et al, 2013).

Segundo Sbroggio (2008) a realização de histerectomias justificada apenas pela presença de doenças benignas se tornou um fato usual entre os ginecologistas, que veem a retirada do útero, quase que necessária, considerando este órgão como fonte de menstruação e procriação, sendo a sua remoção, diante de uma prole já constituída, basicamente indiferente para o casal. No Brasil, talvez por ser uma cirurgia realizada com frequência, os profissionais da saúde veem 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 procedimento. A maioria dos profissionais acreditam que a histerectomia traz como consequência para as mulheres a perda da possibilidade de reprodução e a parada das menstruações, o que não representariam prejuízos à saúde, analisando pelo aspecto biológico (SBROGGIO, 2008).

Desse modo, a histerectomia poderia estar associada a uma sensação de alívio ocasionada pela possibilidade de retomada às condições sociais e sexuais antes interrompidas, pelos sintomas que acometiam estas mulheres, como dores abdominais e sangramentos advindos das patologias uterinas. A cessação destes sintomas desperta nas mulheres a expectativa de retomarem o bem-estar social e conjugal que antes estava comprometido (SBROGGIO, 2008).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Segundo dados do DATASUS (Banco de dados do Sistema Único de Saúde), foram realizadas no Brasil cerca de 324.728 histerectomias totais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre janeiro de 2011 à agosto de 2016. Sendo que 103.088 procedimentos foram realizados apenas na Região Nordeste, superado apenas pela Região Sudeste onde foram realizados 106.208 procedimentos. Nesse mesmo período foram realizadas 5.771 histerectomias totais no Rio Grande do Norte. Na região do Vale do Assú foram realizados 340 procedimentos. A faixa etária de maior incidência é paciente em idade reprodutiva.

3.3 ANATOMIA E FISILOGIA DO ÚTERO

Útero, órgão muscular oco em formato de pêra, com paredes espessas, local onde o embrião e, posteriormente feto se desenvolve, suas paredes musculares se adaptam ao feto, posteriormente produzindo força para expulsá-lo durante o parto. Embora haja variação de tamanho, geralmente o útero tem aproximadamente 7,5 cm de comprimento e 5 cm de largura e 2 cm de espessura, localizado posterior à bexiga, mantendo-se fixado pelos ligamentos redondos, largos e sacrais (BEZERRA, 2013).

A cavidade uterina tem cerca de 6 cm de comprimento e seu corpo é formado por três camadas: perimétrio, miométrio e endométrio. O útero é possivelmente uma das estruturas mais dinâmicas da anatomia feminina, pois se dilata durante a gravidez, retrai após o parto, e involui durante a menopausa chegando a proporções infantis. Seu tamanho varia de acordo com paridade ou possíveis anomalias uterinas (BEZERRA, 2013).

Historicamente, o útero era considerado como o regulador de importantes funções fisiológicas; um órgão sexual, dito como responsável pela vitalidade e atratividade feminina, atrelado a mitos e simbolismos. O órgão estava relacionado com a possibilidade de se sentir mulher, de desempenhar sua atividade sexual e reprodutiva, praticamente resumindo a existência feminina à concepção (LUNELLI et al, 2014).

3.4 INDICAÇÕES DA HISTERECTOMIA

Existem diversas indicações para a realização da histerectomia. Atualmente as doenças benignas são as indicações mais frequentes, ao passo que as doenças malignas representam em torno de 10% (VILLAR; SILVA, 2010). Dentre suas indicações mais comuns

são tumores benignos ou malignos dentro ou fora do útero, da cérvix ou dos anexos; sangramentos e hemorragias uterinos; ruptura ou perfuração do útero; infecção pélvica potencialmente fatal; endometriose refratária ao tratamento conservador e relaxamento ou prolapso do assoalho pélvico (SOUZA, 2004).

3.5 CLASSIFICAÇÃO DA HISTERECTOMIA

De acordo com Souza (2004), a histerectomia pode ser classificada em subtotal, total, pan-histerectomia ou radical. Raramente realizada hoje, a histerectomia subtotal implica na remoção de todo útero com exceção da cérvix. Na histerectomia total são removidos o útero e a cérvix. Na pan-histerectomia, o útero é retirado por inteiro, junto com os ovários e as tubas uterinas. Na histerectomia radical, o cirurgião retira o útero, os ovários, as tubas uterinas, os ligamentos e os gânglios linfáticos adjacentes, o terço superior da vagina e os tecidos adjacentes.

3.6 TIPOS DE CONDUTAS PARA SUA REALIZAÇÃO

Segundo Gutierrez (2015), existem vários fatores que podem influenciar a via da histerectomia, entre eles o tamanho e forma da vagina e do útero, a acessibilidade, presença de doença extra-uterina, necessidade de procedimentos concomitantes, treinamento e experiência do cirurgião, tecnologias disponíveis no hospital, recursos e até a preferência da paciente. As histerectomias podem ser por via abdominal, vaginal ou laparoscópica. Recentemente, a histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (HVAL) foi proposta como alternativa às vias abdominal e vaginal (SÓRIA et al, 2007).

De acordo com Souza (2004), no caso da abordagem vaginal, é realizada uma incisão no interior da vagina, acima e perto da cérvix. O cirurgião diseca o útero e o retira pelo canal vaginal, depois fecha a incisão com sutura e aplica uma compressa perineal. Este tipo de procedimento cirúrgico é considerado de menor traumatismo em virtude da ausência de incisão abdominal bem como da não-exposição da cavidade peritoneal. Como alternativa, também, na via vaginal, pode-se usar como recurso a histerectomia vaginal laparoscópica-assistida (HVLA) ou a histerectomia vaginal pelviscópica-assistida (HVPA), nas quais são realizados pequenos orifícios no abdome, retirando o útero através da vagina (SALLIMENA; SOUZA, 2008).

De acordo com Delgado (2015), a via abdominal continua sendo a mais utilizada. Esta por sua vez divide-se em abdominal total, que consiste na retirada total do útero e das suas camadas pela cavidade abdominal, já a abdominal subtotal consiste na remoção do útero pela parede abdominal sem suas camadas, essa com pouca utilização no cotidiano das cirurgias.

Na laparoscópica, o útero é removido nos cortes através de pequenas incisões usando um laparoscópio (SMELTZER et al, 2009), possibilitando a redução do traumatismo dos tecidos, a necessidade de menos suturas e melhora notável na recuperação pós-operatória. Resulta em internações mais breves, redução da dor e da morbidade, quando comparados com os procedimentos de histerectomia abdominal (SOUZA, 2004). Ambas as vias de acesso têm vantagens e desvantagens, sendo que cada uma tem suas próprias indicações e contra-indicações (SALLIMENA; SOUZA, 2008).

3.7 COMPLICAÇÕES POTENCIAIS DA CIRURGIA

Embora tenha se tornado uma cirurgia relativamente segura na atualidade, a morbidade associada à histerectomia não é desprezível. O risco de mortalidade é considerado baixo, em torno de 1 a 2 para cada 1000 intervenções, consequência direta dos progressos no tratamento das doenças clínicas associadas, dos cuidados pré e pós-operatórios, do uso adequado de hemotransfusões e antibióticos, bem como dos avanços nas técnicas anestésicas. No entanto, as complicações pós-operatórias são ainda importantes, estimando-se que até 25% das histerectomias vaginais e 50% das histerectomias abdominais cursem com algum tipo de complicação (BRAGA, 2010).

Quanto às complicações potenciais de uma histerectomia temos a infecção da ferida, distensão abdominal, tromboembolia, atelectasia, pneumonia, hemorragia e lesão do ureter ou do intestino. Depois da histerectomia abdominal, a paciente também pode apresentar deiscência de sutura, embolia pulmonar ou íleo paralítico, há menos complicações depois da histerectomia vaginal e laparoscópica. Independente do tipo de cirurgia realizada, a cliente pode ter complicações psicológicas como depressão, diminuição do libido e perda percebida da feminilidade (SOUZA, 2004).

De acordo com Smeltzer et al (2009), os princípios do cuidado pós-operatório em geral aplicam-se para a cirurgia abdominal, com particular atenção dada à circulação periférica para evitar a tromboflebite e a Trombose Venosa Profunda (TVP), notando as varicosidades, promovendo a circulação com os exercícios com as pernas e usando meias de

compressão elástica. Os principais riscos são: infecção, hemorragia, além disso como o sítio cirúrgico está próximo a bexiga, podendo ocorrer problemas relacionados à micção.

Devido manuseio das alças intestinais durante a histerectomia, pode haver alteração da função intestinal. Entre outras informações, a paciente deve ser orientada a não se esforçar durante o ato de defecação. O sistema urinário também pode apresentar alterações, pois para a histerectomia, via de regra, é realizado o cateterismo vesical, tornando-se necessário o ensinamento posterior para a reintegração da micção (SALIMENA; SOUZA, 2008).

Normalmente, surgem as preocupações em relação à dor e ao desconforto, pois todo processo cirúrgico envolve corte e recuperação posterior; isso aumenta a apreensão, sensibilidade e ansiedade. Se as manifestações das alterações psicológicas não forem percebidas e cuidadas, poderão se tornar distúrbios psiquiátricos. Também é de suma importância perceber manifestações físicas e fisiológicas que poderão surgir, visto que no pós-operatório a mulher terá algumas restrições, como, por exemplo, não fazer exercícios que forcem a musculatura e, principalmente, a da pelve (SALIMENA; SOUZA, 2009).

Conforme Smeltzer et al (2009), a hemorragia e o sangramento vaginal podem ocorrer após a histerectomia, para detectar essas complicações precocemente é necessária avaliar os absorventes perineais utilizados e a extensão da saturação com o sangue e monitorização dos sinais vitais bem como a drenagem existentes nos curativos. A TVP e a embolia pulmonar ocorrem devido ao posicionamento durante a cirurgia, do edema pós-operatório e da atividade diminuída no período pós-operatório.

3.8 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O pré-operatório inicia no momento em que a paciente toma a decisão por prosseguir com a intervenção e termina quando a paciente é transferida para a mesa cirúrgica. A atenção dispensada ao paciente neste período deve ocorrer de forma individualizada e planejada de acordo com a cirurgia, sendo a equipe de enfermagem responsável pelo preparo da paciente. Nessa fase são desempenhados cuidados para orientação, preparo físico e emocional, com a finalidade de prevenir complicações no pós-operatório, haja visto que na grande maioria estão associados a um preparo pré-operatório inadequado (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

A fase transoperatória inicia com a admissão do paciente no Centro Cirúrgico e sua permanência na sala de cirurgia e vai até sua transferência para a sala de recuperação pós-anestésica. O paciente deve ser recepcionado pelo enfermeiro que vai avaliar o estado geral do paciente, verificar prontuário, conferir exame e avaliar pré-operatório realizado

(GONÇALVES, 2011). As medidas de enfermagem desempenhadas no perioperatório auxiliam a paciente enfrentar seus sentimentos e aliviar ansiedade advindos de fatores como o ambiente desconhecido, os efeitos da cirurgia sobre sua imagem corporal, medo da dor ou desconforto e sensações de constrangimento da exposição da área genital (SMELTZER et al, 2009).

O pós-operatório compreende desde quando o paciente é admitido na sala de recuperação anestésica e se estende por 24 horas. Considerado um período crítico. O profissional que atua deve possuir conhecimento e habilidades técnicas para atender pacientes de diferentes cirurgias e complexidades variadas que necessitam de cuidados individualizados e específicos. O profissional deve planejar o cuidado objetivando que o paciente recupere o equilíbrio fisiológico, prevenindo complicações e garantindo uma assistência de qualidade (SERRA et al, 2015).

Pacientes devidamente orientados se sentem mais seguros no procedimento cirúrgico e enfrentam melhor as dificuldades vivenciadas no pós-operatório, conseqüentemente apresentam maior satisfação com os resultados da cirurgia. Para um tratamento cirúrgico alcançar bons resultados, além do tratamento médico, a assistência de enfermagem prestada no perioperatório é fundamental. O paciente deve estar orientado e preparado para os riscos/benefícios, a presença da família é parte fundamental nesse processo favorecendo uma evolução pós-operatória e sem desconfortos físicos e emocionais (SANTOS; SOUZA; TURRINI, 2012).

3.9 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

Conforme a Resolução 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a atividade privativa do enfermeiro, que utiliza métodos e estratégias de trabalho, científicas e identificam situações saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009).

De acordo com Alfaro – Lefreve (2010), o processo de enfermagem é um método sistemático e dinâmico de prestação de cuidados humanizados e orientado para obtenção dos melhores resultados. Consistem em cinco etapas inter-relacionadas: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação.

Segundo Doenges, Moorhouse e Murr (2010), a investigação é dinâmica, organizada e incorpora três atividades: reunir sistematicamente, selecionar, organizar e documentar os

dados em um formato recuperável. Os dados são colhidos através da entrevista com o cliente e o exame físico. Podem ser subjetivos quando o cliente ou outras pessoas relatam o que sentem e objetivos quando são observados ou obtidos de outras fontes como exames e prontuários.

O enfermeiro dar ênfase à obtenção de um perfil do cliente como se fosse um banco de dados, visualizando uma ideia geral do seu aspecto físico, psicológico, sociocultural, espiritual, cognitivo e relativo ao nível de desenvolvimento, das suas condições econômicas, das suas capacidades funcionais e do seu estilo de vida (DOENGES; MOORHOUSE, MURR, 2010).

Os Diagnósticos de enfermagem visam identificar as necessidades ou problemas do cliente, as respostas humanas relevantes e específicas do cliente, de modo que a assistência planejada e prestada seja eficaz. Utiliza-se um raciocínio diagnóstico, do qual são tiradas conclusões para determinar se há indicação para desenvolver uma intervenção de enfermagem. O produto final é uma lista de diagnósticos do cliente, que combina as necessidades específicas do cliente com os fatores relacionados e as características definidoras, quando forem pertinentes (ALFARO – LEFREVE, 2010).

De acordo com o pensamento do mesmo autor, as necessidades do cliente são classificadas como um diagnóstico real, potencial ou de risco. A utilização da terminologia padronizada ou dos diagnósticos de enfermagem padronizados nacionalmente pela NANDA (Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem) permite uma avaliação e informatização do prontuário do cliente assegurando a continuidade da assistência, a utilização dos diagnósticos de enfermagem facilita a identificação das metas apropriadas, assegura a precisão das informações, ajuda a desenvolver diretrizes para a prática da enfermagem, estabelece uma base para melhora na qualidade e facilita as pesquisas que embasam as práticas de enfermagem baseadas em evidência.

No Planejamento, o profissional estabelece as prioridades, a definição das metas, a identificação dos resultados esperados pelo cliente e a determinação das intervenções específicas de enfermagem, documentadas como o plano de cuidados. O estabelecimento de prioridades ajuda enfocar adequadamente as ações do enfermeiro, sendo uma atividade complexa e dinâmica. As metas podem ser de curto prazo (em geral antes que o paciente recebe alta ou seja transferido), sendo possível determinar os resultados desejados para o progresso do cliente (SILVA, 2014).

Os resultados são as respostas alcançáveis e desejáveis pelo cliente, tendo em vista as condições da assistência e os recursos disponíveis. Em seguida podem ser relacionadas

intervenções de enfermagem que são as ações de cuidados diretos ou prescrições de comportamentos, tratamentos, atividades ou ações que ajudam o cliente a alcançar os resultados mensuráveis. Um plano de cuidados eficaz demonstra a assistência individualizada ao cliente, refletindo as preocupações do cliente e das outras pessoas que lhe são significativas, assim como suas necessidades e sua capacidade física, psicossocial e culturais (ALFARO – LEFREVE, 2010).

Segundo Silva (2014), a implementação envolve a execução do plano de cuidados, colocado em prática e o enfermeiro realiza as intervenções planejadas. Independentemente do grau de precisão de um plano de cuidados, não se pode prever tudo o que ocorrerá com o cliente a cada dia. O conhecimento e a experiência do enfermeiro e as rotinas da instituição asseguram flexibilidade na implementação das novas necessidades do cliente, se necessárias.

A avaliação é semelhante à investigação, mas existem diferenças importantes, pois a avaliação é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas das pessoas, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem. Essa etapa é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (COFEN, 2009).

De acordo com Gonçalves et al (2011), o enfermeiro necessita de habilidades e capacidades exclusivas de raciocínio lógico, desenvolvimento físico, equilíbrio emocional e melhor comunicação com o paciente durante suas intervenções, para desempenhar uma assistência sistemática. Para isso é fundamental a interação do enfermeiro com o paciente no perioperatório para o melhor levantamento de dados que possibilitem partilhar informações significativas para um melhor resultado das ações, com mais qualidade e resolutividade.

Diante do exposto, as principais metas para esta paciente podem incluir o alívio da ansiedade, aceitação a perda do útero, ausência de dor ou desconforto, maior conhecimento sobre os requisitos do autocuidado e ausência de complicações (SMELTZER et al, 2009).

3.10 ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE HISTERECTOMIA

Segundo Nunes (2008), uma equipe comprometida com as questões de saúde, em especial da mulher, pode garantir, por meio de informação e da abertura de espaços, o alívio de suas angústias, medos e anseios, além de proporcionar um melhor entendimento dos motivos e conseqüências biológicas, psicológicas e sociais decorrentes de uma histerectomia.

A mulher terá alguns cuidados restritivos no pós-operatório, determinando alterações em seu cotidiano de mulher, mãe, esposa e profissional. Será preciso que ela receba orientações de ações para este período. Obviamente, essas orientações devem ser ditas em uma linguagem clara e compreensiva para a cliente, atendendo às suas necessidades de orientação e contemplando-a como ser existencial no seu cotidiano com suas necessidades, sentimentos, percepções e decisões (SALIMENA; SOUZA, 2008).

O cuidado é constituído de ações e atividades de enfermagem direcionadas ao paciente e com ele compartilhadas, essa interação envolve o diálogo, o ouvir, a ajuda, a troca, o apoio, o conforto, a descoberta do outro, esclarecendo dúvidas, cultivando a sensibilidade, valorizando-o e compreendendo-o. O indivíduo cria expectativas em relação à hospitalização, ao tratamento, e à qualidade do cuidado pode repercutir diretamente na sua recuperação (RAZERA; BRAGA, 2011).

É importante enfatizar os cuidados em saúde indispensáveis a mulher histerectomizada. São cuidados primordiais: comunicar à paciente quanto às chances de apresentar menopausa cirúrgica devido às alterações hormonais, tomar medidas que previnam tromboembolia, evitar movimentos que produzam esforço da musculatura abdominal inferior, como dirigir automóveis, informar a possibilidade de sensação de cansaço, desânimo e depressão, sendo necessário ainda, englobar entre os cuidados, informações sobre a cirurgia, reforçando as instruções fornecidas pelo cirurgião, orientando quanto a identificação e relato de sinais e sintomas de infecção, salientando também a importância dos exames de rotina (NUNES, 2008).

O autocuidado é uma atividade do indivíduo apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar. O autocuidado tem como propósito, o emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo, que contribui para o desenvolvimento humano. As ações que constituem o autocuidado são os requisitos universais, de desenvolvimento e os de alterações da saúde (BRAGA, 2011).

A necessidade do enfermeiro assumir a responsabilidade pelos resultados de suas intervenções educativas no pós-operatório tem aumentado, uma vez que o período de internação está sendo reduzido. Em algumas cirurgias, essa redução é mais evidente devido vários fatores: procedimentos cada vez menos invasivos; melhora no preparo pré-operatório; aperfeiçoamento da técnica cirúrgica; acesso de recursos tecnológicos mais sofisticados, aumento crescente do conhecimento ligado à assistência de enfermagem especializada;

população mais bem informada; clientela mais exigente; possibilidades maiores de diagnósticos precoces e outros. Esses fatores permitem não somente melhores condições do indivíduo que se submete a uma cirurgia, como também elevação significativa no preço da hospitalização e, conseqüentemente, maiores tentativas para a redução do período de internação (BRAGA, 2011).

Diante das questões abordadas anteriormente, quanto aos cuidados de enfermagem, notamos que os mesmos contemplam os aspectos relacionados à qualidade de vida da mulher em processo cirúrgico de histerectomia, uma vez que há um olhar não apenas para as questões biológicas, indispensáveis a essa prática, mas também para os aspectos psicossociais, que englobam a auto-estima e a sexualidade. (NUNES, 2008)

4 METODOLOGIA

4.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata - se de uma pesquisa com abordagem Quanti – Qualitativa de caráter descritiva e exploratória. De acordo com Minayo (2010), o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Já os métodos qualitativos é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Segundo Gil (2016), as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição de características de determinada população. Elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis, têm como objetivo estudar características de um grupo: distribuição por idade, sexo, procedência, estado de saúde, nível de escolaridade, entre outras. Todos os fatos são analisados, registrados, classificados e interpretados pelo pesquisador. Desta forma não poderá ocorrer modificações dos casos (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, onde na maioria das vezes esse tipo de pesquisa envolve o levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiência prática com o assunto e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2009).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos (HRNIS), CNPJ: 08.241.754/0116-94, localizado na rua Dr. Luis Carlos, S/N - Bairro Frutilândia - Assu / RN, a 200 km da capital e a 70 km da Cidade de Mossoró. Ele faz parte da II Unidade Regional de Saúde Pública, com sede no Município de Mossoró. Foi inaugurado em 17 de dezembro de 1999. É um hospital público geral de urgência e emergência que presta assistência de média complexidade à população de 13 municípios pactuados (Assú, Itajá, Alto do Rodrigues, Angicos, Carnaubais, Fernando Pedroza, Paraú, Pendências, Porto do Mangue, São Rafael, Triunfo potiguar, Campo Grande e Santana dos Matos), alcançando uma

cobertura populacional estimada de 157.440 habitantes (IBGE, 2016), além de atender às demandas espontâneas de municípios não pactuados por necessidade hospitalar de urgência.

O hospital possui Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, 80 leitos, sendo 54 cadastrados no SUS distribuídos em Clínica Cirúrgica (6), Clínica Médica (17), Clínica Obstétrica (17), Pediatria (14) e Isolamento (1). Mensalmente são realizados cerca de 180 internamentos e aproximadamente 7 mil atendimentos (RIO GRANDE DO NORTE, 2013).

O estudo foi realizado na Clínica Cirúrgica do referido hospital, que recebe pacientes em pré e pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência como: colecistectomia, histerectomia, cesarianas entre outras.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Gil (2009), população pode ser definida como um conjunto de elementos que possuam características determinadas ou distintas. Já a amostra é considerada um subconjunto de uma população ou do universo, em que estabelecem suas características, ou seja, amostra é uma parte da população de estudo.

A população da pesquisa foi formada pelas mulheres histerectomizadas no Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos em Assu/RN.

A Amostra da pesquisa foram 20 pacientes submetidas à histerectomia, no período compreendido entre abril à maio 2017. Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo.

O critério de inclusão foram as mulheres histerectomizadas nas terças e quartas feiras, residentes de algum dos 13 municípios pactuados e que concederam participar conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os dias da semana citados acima foram escolhidos pela visualização prévia em campo da demanda existente e equipe do centro cirúrgico completa para realização dos procedimentos da instituição estudada somente nesses dias.

O critério de exclusão foram as mulheres histerectomizadas abaixo de 18 anos, as que não residiam nos municípios citados na caracterização do local de pesquisa, assim como as que se apresentaram sem condições psicológicas.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada, que corresponde componentes qualitativos da pesquisa, composta por duas partes para atender a necessidade proposta nos objetivos do estudo. De acordo com Minayo (2010) uma entrevista semiestruturada é uma junção de perguntas fechadas e abertas, permitindo ao entrevistado ter a possibilidade de discutir sobre o assunto exposto, sem respostas ou condições preestabelecidas pelo pesquisador. Sendo assim uso-se uma temática livre de forma espontânea ao participante.

A Escala de Likert corresponde aos aspectos quantitativos da coleta, foi desenvolvida por Rensis Likert em 1932. Para análise dessa escala, foi utilizado o cálculo do Ranking Médio (RM). No RM atribui-se um valor de 1 a 5 para cada item, para obtenção da média ponderada de cada pergunta, baseando-se na frequência das respostas. A principal vantagem dessa escala é a praticidade de construção e aplicação, além dos entrevistados entenderem rapidamente como utilizar a escala (LARANJEIRAS et al, 2011).

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A partir da aprovação pelo Comitê de Ética e pesquisa da FACENE sob o protocolo 53/2017 e CAAE: 66056317.7.0000.5179, e o encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró/RN ao Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos (HRNIS), a entrevista semiestruturada foi aplicada de acordo com a disponibilidade das pacientes, que concordaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizado pela resolução 466/12.

Foi realizada uma abordagem individual as 20 participantes para coleta dos dados. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada composta por duas partes, onde a segunda parte da entrevista foi gravada para que a subjetividade das pacientes histerectomizadas fosse extraída através da própria narrativa, passível de interpretações plurais, pelas mediações das análises.

As participantes foram esclarecidas sobre a pesquisa, mantidos seus anonimatos, de acordo com os princípios éticos e legais que constam na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, N° 466/2012 (BRASIL, 2012).

Portanto, para manter o sigilo das informações confidenciais e o anonimato, as participantes foram identificadas com a letra E de entrevistadas, seguidos do número arábico seqüencial de 1 a 20.

4.6 ANÁLISES DE DADOS

Conforme Minayo (2010), análise de dados diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Ao analisarmos e interpretarmos informações geradas por uma pesquisa qualitativa devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um meio social.

Os dados coletados da pesquisa qualitativa foram analisados e organizados de acordo com as modalidades de análise temática de conteúdo apresentadas pela teoria de Bardin. Análise de conteúdo se trata de um conjunto de técnicas de pesquisa que utiliza um processo sistemático e objetivo com o intuito de esclarecer dúvidas e progredir com a leitura de dados que se organiza em três etapas (BARDIN, 2009).

A primeira etapa é a pré-análise que se caracteriza pela organização do material e operacionalização da análise. Para a exploração do material, é constituída a segunda fase, onde é necessário definir categorias e identificar unidades de registro e contexto nos documentos, dessa forma haverá ou não a interpretação ou interferência do material. A terceira etapa é o tratamento dos resultados, interferência e interpretação, neste momento ocorre à concentração dos dados exigindo suspeita, análise reflexiva e crítica do pesquisador (BARDIN, 2009).

Os dados quantitativos foram analisados e tabulados em planilha eletrônica e transferidos para o programa estatístico SPSS (StatisticalPackage for the Social Sciences) versão 23.0, os quais foram expressos em frequência simples e porcentagem. Obtidos através da Escala de Likert, conforme um questionamento de perguntas com opções de respostas progressivas. Por exemplo, na escala de 1 a 5, quanto mais próximo de 5 estiver o ranking médio, maior será o nível de satisfação das usuárias entrevistadas (LARANJEIRAS et al, 2011).

Nesta escala os respondentes se posicionam de acordo com uma medida de satisfação atribuída ao item e, de acordo com esta afirmação, se infere a medida do construto (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Durante todo percurso da pesquisa foram levados em consideração os aspectos éticos contemplados no capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico científica da

Resolução do COREN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Deontologia dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

A pesquisa foi encaminhada para análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/RN pela necessidade de garantir autonomia e privacidade das pacientes entrevistadas diante de critérios estabelecidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (REGO; PALÁCIOS, 2012).

A pesquisa atendeu aos preceitos: a) seguridade da beneficência, respeitando a relação risco-benefício, considerando os riscos e benefícios atuais ou potenciais, individuais ou coletivos; b) a previsão da não-maleficência, garantindo que riscos previstos serão evitados, promovendo o máximo de benefícios e, em situação de ocorrências, oferecendo indenização e/ou compensação; c) respeito à autonomia do sujeito, preservando sua dignidade e considerando sua vulnerabilidade e d) intenção de promover a justiça e a equidade, agregando força à relevância social da pesquisa e promovendo benefícios salutar para os sujeitos envolvidos no estudo (REGO; PALÁCIOS, 2012)

Os riscos foram informados às participantes da pesquisa tais como: constrangimento e invasão de privacidade, sendo minimizados pela escolha adequada da situação de abordagem e cumprimento dos preceitos éticos.

Os benefícios esperados com este trabalho apresentarão relevante importância para a sociedade, acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e outros profissionais. Ainda, a intenção de promover a justiça e a equidade, agregando força à relevância social da pesquisa e promovendo benefícios salutar para os sujeitos envolvidos no estudo.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas relacionadas a realização da pesquisa e que viabilizem a sua construção, são de inteira responsabilidade do pesquisador associado. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, responsabiliza-se na disponibilização do acervo bibliotecário, computadores e conectivos, bem como do orientador e da banca examinadora.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

Apresenta-se nesse item, os dados analisados e tabulados em planilha eletrônica e transferidos para o programa estatístico SPSS (StatisticalPackage for the Social Sciences) versão 23.0, os quais foram expressos em frequência simples e porcentagem. Sempre quando necessário as variáveis sofreram transformação do tipo binária. Disposto aqui através das tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Caracterização sóciodemográfica das pacientes histerectomizadas

Variável	Freq.	%
Idade		
20 a 40	08	40,0
Acima de 40	12	60,0
Ocupação		
Agricultora	10	50,0
ASG	01	5,0
Camareira	01	5,0
Do lar	06	30,0
Pescadora	01	5,0
Téc. enfermagem	01	5,0
Carteira assinada		
Sim	03	15,0
Não	17	85,0
Cidade		
Alto do Rodrigues	01	5,0
Assú	10	50,0
Carnaubais	01	5,0
Itajá	01	5,0
Paraú	01	5,0
Pendências	01	5,0
Santana do Matos	05	25,0
Escolaridade		
Nível Fundamental	09	45,0
Nível Médio	11	55,0

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Nesta etapa procuramos obter uma caracterização geral das 20 mulheres que fizeram parte desse estudo. De acordo com a tabela 1, constatou-se que 60% (12/20) da faixa etária predominante estar acima dos 40 anos, vale salientar que a entrevistada mais jovem tinha 26 anos e a com mais idade 50 anos.

De acordo com Tozo (2011), estima-se que 20% a 50% das mulheres entre a terceira e quinta décadas de vida sejam portadoras de leiomiomas uterinos, tumores benignos que surgem no miométrio e contêm quantidade variável de tecido conjuntivo fibroso. Ocorrem principalmente em mulheres da etnia negra, numa proporção de três a nove vezes em relação à etnia branca. Aproximadamente 75% dos casos são assintomáticos, encontrados ocasionalmente durante exame ginecológico ou ultrassonografia. Dentre os sintomas o sangramento uterino aumentado é a queixa mais comum.

As profissões mais citadas foram agricultora e do lar, a primeira de forma predominante, representando 50% (10/20) das entrevistadas, ao lar dedicavam-se 30% (6/20). Sendo que 80% (17/20) das participantes não exercem atividade remunerada.

Quanto ao estado civil, 70% (14/20) eram casadas, 20% (4/20) solteiras e 10% (2/20) divorciadas. O município de origem predominante é Assu com 50% (10/20), em seguida aparece Santana do Matos com 25% (5/20). A escolaridade de maior notoriedade foi nível médio incompleto com 55% (11/20) e as demais participantes só estudaram até o nível fundamental representando 45% (9/20) das entrevistadas.

O nível de escolaridade e classe social tem sido associado para a ocorrência de alguns tipos de câncer. Alguns estudos revelam que mulheres com baixo grau de instrução podem ter um risco maior de desenvolver o câncer de colo de útero e que a incidência deste câncer, é maior em mulheres de classes sociais baixas (LAUTER et al, 2013). A falta de esclarecimentos e orientações por parte dos profissionais de saúde, aliada à grave carência de informações das mulheres a respeito do funcionamento dos órgãos genitais, podem desencadear numerosos problemas de ordem emocional, tais como: sentimentos de culpa, medo, vergonha, insegurança, agitação, depressão, insônia, comprometimento da imagem corporal, interferindo sobremaneira na sexualidade da mulher (TOZO, 2011).

Na Tabela 2, foram obtidos dados que demonstram o perfil clínico das pacientes sobre a cirurgia.

Tabela 2 – Perfil clínico das entrevistadas sobre a cirurgia.

Variável	Freq.	%
----------	-------	---

Histerectomia realizada		
Subtotal	02	10,0
Total	18	90,0
Apoio familiar		
Sim	20	100,0
Não	0	0,0
Realização de cirurgia anterior		
Sim	18	90,0
Não	02	10,0
Cirurgias feitas nesse hospital		
Sim	05	25,0
Não	15	75,0
Assistência satisfatória anterior a cirurgia		
Sim	19	95,0
Não	01	5,0
Apresentou complicações cirúrgicas anteriormente		
Sim	02	10,0
Não	18	90,0
Conhecia as instalações físicas do hospital		
Sim	06	30,0
Não	14	70,0
Conhecia equipe cirúrgica		
Sim	16	80,0
Não	04	20,0
Considera importante a equipe de enfermagem		
Sim	20	100,0
Não	0	0,0

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

De acordo com a tabela 2, 90% (18/20) das entrevistadas realizaram histerectomia total, afirmando o que citamos sobre a situação epidemiológica do procedimento estudado em âmbito nacional e local. Todas relataram ter recebido o apoio familiar o que representou 100%, representando a participação familiar expressiva e importante apoio e elo de comunicação como cuidados prestados, terapêutica pós-operatória e demandas sobre possíveis complicações da cirurgia.

Segundo Santos; Souza; Turrini (2012), a presença e participação da família são componentes fundamentais nesse processo, visto que toda intervenção cirúrgica apresenta

implicações emocionais, representando em geral uma ameaça ao ser humano. A insegurança, o medo e angústia podem ser aliviados, favorecendo uma evolução pós operatória sem desconfortos físicos e emocionais que permeiam a cirurgia.

Quando questionadas sobre realização de cirurgias anteriores, 90% (18/20) mencionaram experiência cirúrgica, sendo as Cesarianas e Laqueadura tubária as mais citadas. Ainda na tabela 2, nota-se a predominância da experiência cirúrgica na instituição pesquisada, 75% (15/20).

Segundo Nunes (2008), apresentam como fatores de risco para histerectomia: a renda familiar per capita, a nuliparidade e a paridade de até três filhos, a demanda por cuidados médicos devido a problemas menstruais, bem como o antecedente de distúrbio menstrual ou de morbidade do colo uterino, a hospitalização por causa ginecológica e a presença de laqueadura tubária antes dos trinta anos. Analisando o elenco de fatores apresentados, é possível acreditar que, na realidade, eles representam as situações em que houve maior incidência de histerectomias.

Na pesquisa, 95% (19/20) relataram que receberam assistência satisfatória nas cirurgias anteriores e apenas 5% (1/20) informa não ter tido uma assistência adequada, corroborando com a importância da equipe de enfermagem presente, satisfatória e alicerçada cientificamente com as intervenções de enfermagem necessárias.

A assistência de enfermagem deve focar em atividades que contemplem a mulher de maneira humanizada, sendo ela vista em sua totalidade e em todos os aspectos biopsicossocioculturais. Assim, esse cuidar envolverá ações, atitudes e comportamentos respaldados em conhecimentos científicos e modelos de atendimento individualizados, respeitando a singularidade de cada mulher (SALIMENA; SOUZA; CADETE, 2009).

Diante desse contexto, é necessário que os profissionais de saúde sejam mais comprometidos e dispostos a ajudar as mulheres em todas as suas dúvidas e dificuldades em relação à cirurgia, desde antes e até depois cirurgia, pois dessa forma a satisfação pelo atendimento recebido vai gerar confiança nas informações de esclarecimento.

As complicações cirúrgicas no estudo deram conta da seguinte informação: 90% (18/20) apontaram o relato inexistente de complicações percebida na experiência cirúrgica, ainda 10% (2/20) das pacientes informaram que tiveram algum tipo de complicação como dor e infecção hospitalar.

Das pacientes entrevistadas 70% (14/20) conheciam as instalações físicas do hospital e apenas 30% (6/20) não conheciam. Quando questionadas sobre o conhecimento da equipe da

cirúrgica 80% (16/20) relata que sim, vale salientar que na sua maioria elas conheciam apenas o cirurgião, 20% (4/20) relatou que não conhecia a equipe cirúrgica.

Quando questionadas sobre a importância da equipe de enfermagem no pós-operatório, 100% das entrevistadas relatam que sim, em sua maioria relatam que a enfermagem é muito importante nesse momento, porque faz medicações na hora certa, recebiam algumas orientações, eram atendidas quando chamavam a equipe.

Conforme Lasaponari (2013) a assistência de enfermagem adequada contribui para minimizar a dor, o desconforto e complicações no pós operatório, o enfermeiro deve estar preparado para atender este paciente dando uma atenção integrada às suas necessidades físicas e psicológicas, não apenas medicações prescritas possibilitando uma melhoria na qualidade da assistência prestada. Como relatam as entrevistadas a seguir:

“Tem que ter um apoio muito bom, principalmente depois de uma cirurgia como essa...” (E 2).

“Elas são muito importante, nos orientam, dá a medicação, ajuda quando a gente precisa” (E 11).

“Presta assistência, dá a medicação, conversa, acalma” (E 12).

De acordo com o relato das pacientes, podemos notar que a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na assistência do pós operatório, momento no qual as pacientes sentem-se fragilizadas, ansiosas e com medo, pois criam novas expectativas, após o procedimento, vivenciando um processo de mudança em suas vidas, embora a ênfase dada ao aspecto da administração do medicamento seja muito forte nas falas.

As orientações dadas pelos profissionais são necessárias e adequadas de acordo com o perfil de cada paciente, buscando minimizar as inseguranças, melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações e evitar reinternações desnecessárias, visando estimular o auto cuidado, educando assim pacientes e familiares, visto que o déficit de conhecimento retardam o processo de cicatrização e reabilitação das pacientes (BRAGA, 2011).

5.2 ANÁLISE REFERENTE À TEMÁTICA

Dessa maneira, é de extrema importância a análise feita, com o público alvo, para analisar a percepção das pacientes histerectomizadas frente ao cuidado de enfermagem buscando verificar a avaliação acerca dos cuidados de enfermagem no pós operatório e

averiguar o entendimento das pacientes sobre complicações relacionadas à histerectomia conforme os relatos descritos nos próximos tópicos.

Após a leitura e transcrição das entrevistas, as respostas foram analisadas. Obteve-se então uma maior compreensão dos dados que originou as seguintes categorias: Conhecimento das complicações da histerectomia, Informações sobre possíveis complicações, A vida após a histerectomia e Satisfação da assistência prestada.

5.2.1 Conhecimento das complicações da histerectomia

As complicações da histerectomia evidenciam que a enfermagem tem um importante papel no cuidar dessas mulheres, diante das repercussões relacionadas ao procedimento que vai além de uma abordagem de caráter fisiopatológico, incluindo também aspectos psicossociais, os profissionais devem estar sensíveis para atuar e colaborar na prevenção dessas complicações (FREITAS, 2016).

De acordo com Braga (2010), das histerectomias abdominais realizadas, 50% evolui com algum tipo de complicação, apesar de ter se tornado nos dias atuais uma cirurgia relativamente segura, os princípios gerais do cuidado pós-operatório para esse tipo de cirurgia são aplicados, com atenção particular à circulação periférica para evitar a tromboflebite e trombose venosa profunda.

Os riscos importantes são a infecção e a hemorragia. Além disso, como o sítio cirúrgico está próximo à bexiga, podem ocorrer alterações na micção. A ocorrência de edema ou trauma nervoso pode provocar perda temporária do tônus vesical (atonía vesical), podendo ser inserida uma sonda vesical de demora. Durante a cirurgia, o manuseio do intestino pode provocar o íleo paralítico e interferir com o funcionamento intestinal.

Vejamos os que nos relata as entrevistadas quando questionadas sobre o conhecimento sobre as complicações:

“Não tenho conhecimento” (E 19).

“Não, já ouvir falar, mas não sei te explicar” (E 15).

“Não procurei saber pra não ficar com mais medo” (E1).

Analisando o conhecimento das pacientes acerca das complicações, as entrevistadas referiram não conhecer as complicações decorrentes da histerectomia. Apesar de expressar na maioria das vezes que se tratava de uma cirurgia delicada, que seria necessário repouso, as

complicações propriamente ditas descritas anteriormente não foram relatadas por nenhuma das pacientes entrevistadas.

5.2.2 Informações sobre possíveis complicações

Quando questionadas se receberam informações das possíveis complicações da histerectomia, os relatos nos mostram que se faz necessário que a equipe esteja apta para fornecer informações necessárias as pacientes sobre as complicações, dúvidas e esclarecimentos sobre o procedimento. Smeltzer et al (2009) enfatizam a importância de explicações e informações claras sobre o procedimento cirúrgico e suas possíveis consequências a fim de aliviar a ansiedade e melhorar a imagem corporal das pacientes. Vejamos os relatos a seguir:

“Não recebi nenhuma informação não, mas sempre perguntava alguma coisa as pessoas que eu sabia que já tinha feito” (E 15).

“Não, mais a gente sempre procura saber alguma coisa com alguém da família que já fez” (E4).

“Sim, os riscos de qualquer cirurgia...” (E 16).

A equipe de enfermagem deve estar sintonizada para prestar uma assistência diferenciada, proporcionando as orientações, o conforto, o respeito e a escuta sensível que a mulher necessita diante de uma cirurgia de histerectomia, a comunicação tem um valor ampliado proporcionando as informações necessárias para compreensão do procedimento, minimizando a angústia, o alívio da dor, esclarecendo as dúvidas auxiliando no enfrentamento dos eventos estressores (GOMES; ROMANEK, 2013).

5.2.3 A vida após histerectomia

A mulher vivencia um processo de mudanças nos diversos âmbitos da sua vida após a histerectomia, mudanças que trazem um novo significado para sua vida pessoal, familiar, profissional, configurando um novo sentido ao seu cotidiano, A cirurgia pode assumir uma concepção positiva, com efeitos benéficos para a qualidade de vida da mulher. (MEREGHI, 2012). Conforme relata as entrevistadas a seguir:

“Espero que ocorra mudanças para melhor, já que me livrei de um grave problema que me causava muito incomodo e dor” (E12).
“Não vou mais passar o mês quase todo menstruada, isso vai ser muito bom, é o que espero” (E5).

O útero além de suas funções biológicas, está associado a feminilidade, ao papel reprodutor da mulher e a sua vida sexual, especula-se que sua retirada possa causar prejuízos na qualidade da vida sexual da mulher. A necessidade cirúrgica de sua retirada pode, em muitos casos provocar emoções conflitivas, traumáticas, gerando mudanças importantes nos padrões e no desejo sexual (TOZO et al, 2009). Portanto segue as falas abaixo das entrevistadas:

“Acho que vai mudar a minha vida, mas não sei nem explicar, uma cirurgia dessa, ficar sem útero, diz que a mulher fica um pouco vazia” (E 1).
“Depois de uma cirurgia dessa, muita coisa deve mudar no meu corpo” (E 8).
“Pra mim está faltando uma parte de mim” (E 9).
“Fiquei pensando vai arrancar um pedaço de mim será que vai atrapalhar quando eu for namorar, rsrsrsrs” (E11).

Diante da notícia de que precisa retirar este órgão, em questão de segundos, a mulher passa por dois tipos de problemas distintos: o grande medo da cirurgia e o medo e a retirada de um órgão que representa a maternidade e de certa forma a sexualidade feminina, O útero, por sua vez, é característica única e específica da mulher e esse aspecto é o que lhe confere o valor de ser mulher e de ser mãe (TEIXEIRA; BATISTA, 2016).

“Arrancou o meu útero né, não vou poder ser mais mãe” (E20).

De acordo com os depoimentos das entrevistadas nota-se os efeitos da histerectomia nas mulheres que podem gerar algumas dúvidas e incertezas, apenas duas expressaram, mudanças positivas na sua vida. A variedade de sentimentos em relação ao procedimento cirúrgico, atrelada a isso vem o bem estar diante da enfermidade diagnosticada, a cura faz com que essas mulheres se tranquilizem, e encarem como um fato benéfico para suas vidas, apesar dos traumas decorrentes da cirurgia como ficou evidente nos relatos descritos.

5.2.4 Satisfação da assistência prestada

Essa categoria foi analisada de acordo com a escala de Likert, como se configura a satisfação das pacientes com a assistência prestada. Foram dadas as entrevistadas 5 perguntas, sendo cada uma com cinco opções para a entrevistada responder, de forma objetiva, de acordo com sua satisfação. Desse modo, ficou descrito da seguinte maneira:

Tabela 3 – Valores de frequência simples e porcentagem obtido de acordo a satisfação da assistência prestada frente à cirurgia.

Variáveis		Freq.	%
Com os cuidados de saúde que está recebendo durante a internação	Muito insatisfeita	0	0,0
	Pouco insatisfeita	0	0,0
	Indiferente	0	0,0
	Pouco satisfeita	03	15,0
	Muito satisfeita	17	85,0
Com as informações que lhes foram dadas sobre o procedimento cirúrgico	Muito insatisfeita	0	0,0
	Pouco insatisfeita	0	0,0
	Indiferente	03	15,0
	Pouco satisfeita	11	55,0
	Muito satisfeita	06	30,0
Com a realização da cirurgia	Muito insatisfeita	0	0,0
	Pouco insatisfeita	0	0,0
	Indiferente	0	0,0
	Pouco satisfeita	0	0,0
	Muito satisfeita	20	100,0

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Analisando a tabela acima a primeira questão refere-se aos cuidados de saúde que as pacientes estão recebendo durante a internação, de acordo com a tabela, das 20 pacientes entrevistas 17 informaram que estão muito satisfeitas com a assistência recebida durante a internação, o que representa 85% da amostra, corroborando com a importância da enfermagem próxima aos anseios, dúvidas e substancialmente efetivação do trabalho em prol da qualidade de vida da histerectomizada.

Quando questionadas sobre as informações que lhes foram dadas sobre o procedimento cirúrgico, 11 pacientes informaram estar pouco satisfeita que representa 55%; 6 informaram estar muito satisfeita ou seja, 30% das pacientes e apenas 3 pacientes informaram indiferença. A satisfação do serviço prestado necessita do devido apoio de recursos materiais

disponíveis, instalações físicas apropriadas, capacitações permanentes da equipe de saúde e comunicação sendo trabalhada nesse contexto.

Ainda de acordo com a tabela, quando questionadas sobre a satisfação com a realização da cirurgia, 100% das pacientes informaram que estão muito satisfeitas com a realização da cirurgia. Percebeu-se estatisticamente através do grau de satisfação das pacientes que o fato de não sentir mais os sintomas e a cura definitiva após a histerectomia o que lhes traz uma conformidade e tranqüilidade, apesar das dúvidas e anseios do que poderá mudar em suas vidas.

Tabela 4 – Valores de frequência simples e porcentagem de acordo com a assistência após histerectomia.

Variáveis		Freq.	%
Com a assistência prestada pela equipe de enfermagem no pós operatório.	Muito insatisfeita	0	0,0
	Pouco insatisfeita	0	0,0
	Indiferente	0	0,0
	Pouco satisfeita	01	5,0
	Muito satisfeita	19	95,0
Satisfação com a equipe de enfermagem	Muito insatisfeita	0	0,0
	Pouco insatisfeita	0	0,0
	Indiferente	0	0,0
	Pouco satisfeita	01	5,0
	Muito satisfeita	19	95,0

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Nessas categorias ficou evidente a satisfação das entrevistadas frente à assistência prestada pela equipe de enfermagem 95% (19/20). O que demonstra a importância da qualidade dos profissionais, eficácia e atendimento às pacientes. Percebeu-se então que a assistência de enfermagem sistematizada é uma ferramenta que possibilita aos profissionais uma prática de cuidado satisfatória.

Segundo Teixeira e Batista (2016), a dedicação da equipe de enfermagem em desempenhar suas inúmeras atividades, desenvolvidas no ambiente hospitalar iniciadas desde o pré-operatório, durante o procedimento e no pós-operatório, visa prestar uma assistência de qualidade de forma consciente, dinâmica e sistemática a mulher submetida à histerectomia.

Diante desse contexto, a enfermagem deve cuidar da mulher submetida à histerectomia como um ser humano com sentimentos e necessidades diferenciadas, devem estabelecer uma

relação de confiança, um atendimento humanizado, permitindo à satisfação das pacientes, visto a sua fragilidade neste momento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção das pacientes hysterectomizadas frente à assistência de enfermagem e o entendimento das complicações potenciais no pós-operatório em um hospital público do município de Assu-RN.

Foram alcançados os objetivos propostos, pois analisou-se a caracterização sociodemográfica das pacientes; a avaliação das pacientes acerca dos cuidados de enfermagem no pós-operatório e o entendimento das pacientes sobre complicações relacionadas à hysterectomia.

Desse modo se permitiu caracterizar o perfil das mulheres submetidas a hysterectomia no município de Assú, destacando que a maioria em idade reprodutiva, residiam no próprio município e dedicam-se a atividade agrícola, é pertinente ressaltar o apoio familiar nesse momento permeado de dúvidas e incertezas.

Constatou-se ainda que o entendimento das pacientes sobre as complicações relacionadas ao procedimento praticamente precário, os depoimentos mostraram que mesmo diante da possibilidade de submeterem-se ao procedimento cirúrgico pouco significou para as entrevistadas as possíveis consequências do mesmo, diante da oportunidade de se livrar dos problemas que comprometiam sua saúde. Desconsiderando que a mesma poderia trazer implicações psicológicas, sociais e familiares na suas vidas.

Contudo, foi unânime a demonstração de satisfação com a realização da cirurgia, a possibilidade de retomarem a qualidade de vida, com a ausência dos sintomas, principalmente dores e sangramentos durante dias, o que afetava o desempenho de suas atividades no ambiente familiar, profissional, social e sexual. Mesmo diante de incertezas e mudanças que poderão ocorrer em suas vidas.

Evidenciou-se ainda a satisfação de todas as entrevistadas com a assistência de enfermagem prestada, isso demonstra a capacidade técnica e prática da equipe de enfermagem no cuidado com essas mulheres. No entanto se faz necessário um maior comprometimento em relação aos esclarecimentos de informações pertinentes a cirurgia, possibilitando o apoio necessário e uma assistência diferenciada.

Assim, o profissional de enfermagem deve desempenhar suas atividades buscando a integralidade da assistência, devemos ficar atentos para os aspectos que envolvem o cotidiano feminino, estabelecer um relacionamento de forma empática, que possam ir além de seus cuidados clínicos. É importante o enfermeiro compreender o processo pelo qual passa uma mulher hysterectomizada, olhar não apenas para as questões biológicas, indispensáveis a essa

prática, mas também o alívio de suas angústias, medos e anseios, além de proporcionar um melhor entendimento dos motivos e conseqüências biológicas, psicológicas e sociais decorrentes de uma histerectomia realizada.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 7.ed.Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Ed.70. LDA, 2009.
- BARROS, Allinie Souza. **Cuidados de enfermagem a pacientes histerectomizadas: revisão integrativa da literatura**. 41p. Monografia (Graduação em enfermagem) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014. Disponível em:< <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8313/1/2014>>. Acesso em: 17 out.2016.
- BEZERRA, E.L.S. **Sentimentos e sensações vivenciadas por mulheres histerectomizadas**. 41p. Monografia (Graduação em enfermagem) - Faculdade Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2013.
- BRAGA, D. M. **Avaliação de um plano de alta hospitalar em pacientes submetidas á histerectomia por via abdominal**. 45f. Monografia (Conclusão de curso do Programa de Aprimoramento em Enfermagem Cirúrgica) – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo, Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, 2011.
- BRASIL. DATASUS - Departamento de informática do SUS.Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Programa Sistemas de informações hospitalares SUS (SIH/SUS)**. 2016. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.b>>.Acesso em : 15 out. 2016
- BRASIL. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Home Page**. Brasília; 2015.. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.b>>. Acesso em 15 out 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 out 2016.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.
- COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem**. Brasília, 2009.
- DELGADO, J. A. **Repercussão da histerectomia na vida sexual das mulheres: Intervenções de Enfermagem**. Monografia (Graduação em Enfermagem). Mindelo, 2015 . Disponível em:< <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv>>.Acesso em:16 out.2016.
- DOENGES, M.E; MOORHOUSE, M.F; MURR, A.C. **Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos**. 10.ed.Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010.
- FREITAS, C. B. Complicações pós-cirúrgicas da histerectomia: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-11, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://10.18471/rbe.v30i2.15660>> Acesso em: 25 maio 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed.São Paulo: Atlas, 2016.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, I.M; ROMANEK,F.A.R.M. Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida a histerectomia. **Revista Recien**, São Paulo, v.3, n.8, p.18-24, 2013. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2177-157X.2013.3.8.18-24>>. Acesso em: 24 maio 2017.

GONÇALVES, R. M. D.A. et al. A comunicação verbal enfermeiro-paciente no periopertório de cirurgia cardíaca. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.10, n.1, p. 27-34, jan./mar. 2011.

GUTIERREZ, A. L. **Avaliação do tempo cirúrgico e de recuperação pós-operatória nas pacientes submetidas à histerectomia robótica e outras técnicas de histerectomia no hospital de clínicas de porto alegre**. 60.p. (Programa de pós-graduação em medicina: ciências médicas - Serviço de ginecologia e obstetria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em:< <http://hdl.handle.net/10183/139787>>.Acesso em: 17 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados populacionais**. Home Page. Brasília, 2016. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

LUNELLI,B.P et al. O impacto da histerectomia abdominal no desempenho/ satisfação sexual. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 43, n.1 p. 49-53.jan./mar. 2014. Disponível em: < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1272.pdf>> .Acesso em: 17 out.2016.

LARANJEIRAS, Íris Caldas et al. Metodologia da Pesquisa Científica para além da vida acadêmica: apreciação de estudantes e profissionais formados sobre sua aplicabilidade na vida profissional. **Reac**, Feira de Santana - Bahia,v.3, n.1. p. 19-31, jan./jul. 2011.

LASAPONARI, E. F.et al. Revisão integrativa: dor aguda e intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato. **Rev. SOBECC**.v.18.n.3.p.38-48. São Paulo. Disponível em: <<http://www.sobecc.org.br>> Acesso em : 25 maio 2017.

LAUTER, D.S et al.**Perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos**.Convibra, 2013. Disponível em:< <http://www.convibra.org>>.Acesso em:11 jun.2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, C. L. et al. Identidade feminina: a representação do útero para as mulheres submetidas à histerectomia. **J. res.: fundam. care. online**.v. 5,n.4, p.574-82. out./dez, 2013.Disponível em :< <http://portal.revistas.bvs.br/>>.Acesso em:16 out.2016.

MERIGHI, M. A. B et al. Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.3, Jul/Set, 2012.Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300016>>. Acesso em: 07 nov.2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NUNES, M. P.R. S. **Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver**. 98.p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008. Disponível em:< <http://www.ppgenf.furg.br/>> Acesso em: 17 out.2016.

RAZERA, A.P.R; BRAGA, E.M. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.3.n.45,p.632-637,2011. Disponível em< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300012>> .Acesso em: 17.out.2016.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. (Org). **Comitês de Ética em Pesquisa: teoria e prática**. Rio de Janeiro: [s.n], 2012. 328p.

RIO GRANDE DO NORTE (ESTADO). Secretária Estadual de Saúde Pública. **Hospital Nelson Inácio dos Santos - Assu**. 2013. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap>>. Acesso em: 15 out. 2016

ROCHA, R.C et al. Processo de enfermagem aplicado a paciente submetida à histerectomia: relato de experiência.**Revista de enfermagem da UFPI**, Piauí, v.4, n.3,p.86-90.jul/set,2015.Disponível em < <http://www.revistas.ufpi.br>>.Acesso em :17 out./2016.

SALIMENA ,A. M. O; SOUZA, I. E.O.O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. **Esc Anna Nery Rev Enferm** .v. 12,n.4,p. 637-44.dez,2008.Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a05> >.Acesso em: 17 out.2016

SALIMENA, A. M. O, SOUZA I. E.O. Cotidiano da mulher pós histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63,n.2,p. 196-202.mar/abr, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben> > .Acesso em: 17 out. 2016.

SALIMENA, A. M. O, SOUZA I. E.O; CADETE, M. M. M. O movimento existencial da mulher pós-histerectomia: temor,possibilidade e decisão – contribuições para a enfermagem ginecológica. **Reme - Rev. Mineira. Enfermagem**, Minas Gerais, v.13, n.3, p. 337-342. jul/set, 2009. Disponível em < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/198> >.Acesso em: 18 out.2016.

SANTOS, L. R. M. S., Saldanha, A. A. W. Histerectomia: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psico-USF**, Itatiba, v. 16, n. 3, p. 349-356, set/dez. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v16n3/a11v16n3.pdf>>.Acesso em :17 out.2016

SANTOS, M. R. M; SOUSA, C. S; TURRINI, R. N. T. Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo,v.46 , n.(Esp), p.78-85.out, 2012. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700012> >.Acesso em : 17 out.2016.

SBROGGIO, A. M. R. **Autopercepção corpórea e sexual de mulheres submetidas à histerectomia**. Campinas, SP, 2008. Disponível em:<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/>>. Acesso em 17out.2016.

SENA, A.C.; NASCIMENTO, E.R.P.; MAIA, A.R.C.R. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Rev Gaúcha Enferm.** v.34, n.3, p.132-137,2013.Disponível em :< <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300017> >>Acesso em :16 out.2016.

SERRA, M. A. A. O. et al. Assistência de enfermagem no pós-operatório imediato: estudo transversal. **Online Brazilian journal of nursing.** v .14, n.2, p.161-167.mar, 2015. Disponível em : < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5082>> .Acesso em:17 out. 2016

SILVA JÚNIOR, S. D.; COSTA, F. J. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion – PMKT. **Revista Brasileira de Pesquisa de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v.15, p.1-16, out., 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/AxAbjX>> Acesso em: 24 maio 2017.

SMELTZER, S. C et al. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2009.

SÓRIA, H.L. Z. et al , Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.29, n.2, p.67-73, 2007.Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n2/02.pdf> > .Acesso em:17 out.2016.

SOUZA, S. R. **Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 3. ed, v. 2. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

TEIXEIRA,M.R ; BATISTA,E.C. Vivências Cotidianas da Mulher Histerectomizada: Narrativas e Contextos. **Rev. Enfermagem e Saúde C.oletiva.** v. 1, n. 2, p. 91 – 107.São Paulo, 2016. Disponível em:< <http://revesc.org/index.php/revesc/article/view/1/2>>.Acesso em :24 mai 2017.

TOZO, I.M. **Avaliação da intervenção psicológica na sexualidade de mulheres analisadas antes e após histerectomia total abdominal por leiomiona uterino**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde: São Paulo, 2011. Disponível em :< <http://www.fcmsantacasasp.edu.br>>.Acesso em : 24 maio2017.

VILLAR, A. S. E; SILVA, L. R. História de vidas de mulheres submetidas à histerectomia. **Cienc Cuid Saude** . v. 9,n.3.p.479-486. Jul/Set, 2010. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8491>>.Acesso em:17 out.2016.

APÊNDICES

APENDICE A - Termo De Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezada Senhora,

Eu, Diego Henrique Jales Benevides¹, pesquisador responsável, e Gilmara Michelle Cosmo Da Rocha Cachina, membro da equipe de pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **A PERCEPÇÃO DAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS FRENTE À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E COMPLICAÇÕES NO PÓS – OPERATÓRIO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE ASSU/RN**. Essa pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a percepção das pacientes histerectomizadas frente ao cuidado de enfermagem prestado no pós operatório e entendimento sobre complicações potenciais do procedimento; e como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sócio demográfico das pacientes histerectomizadas em um hospital público de Assu/RN; verificar a avaliação das pacientes acerca dos cuidados de enfermagem no pós operatório; Averiguar o entendimento das pacientes sobre complicações relacionadas à histerectomia.

Justifica-se, que o interesse por esta pesquisa surgiu a partir do cotidiano vivenciado no local de trabalho dos pesquisadores, onde observamos a frequência e quantidade de histerectomias realizadas semanalmente, buscando avaliar a percepção das pacientes diante da assistência de enfermagem prestada no pós-operatório e o entendimento das pacientes sobre as complicações potenciais.

A importância desta pesquisa trará ao meio científico inovações para a melhoria de uma assistência qualificada a pacientes histerectomizadas e um melhor entendimento das complicações desse procedimento.

Este estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento acadêmico. Servindo como fonte de pesquisa para um maior aprofundamento sobre a temática abordada, para enfermeiros e equipe de enfermagem esta pesquisa contribuirá para uma assistência singular, com base no

¹ Endereço do pesquisador (a) responsável: Av: Presidente Dutra, 701 – Alto São Manoel – Mossoró/RN. CEP: 59628 – 000 Fone: (84) 3312 - 0143
E-mail: diegojales@facenemossoro.com

conhecimento técnico - científico, permitindo-lhe prestar uma assistência sistemática e humanizada.

Convidamos a senhora participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre a percepção das pacientes histerectomizadas frente ao cuidado de enfermagem prestado no pós-operatório e entendimento sobre complicações potenciais, o mesmo será através de uma entrevista semiestruturada gravada.

Por ocasião dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo. Informamos que será garantido o anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

As participantes da pesquisa serão informadas dos riscos que a pesquisa apresenta tais como: constrangimento, invasão de privacidade, incômodo ao responder as questões formuladas, dificuldades em respondê-las, sendo minimizados pela escolha adequada da situação de abordagem e cumprimento dos preceitos éticos. E os benefícios são: contribuir para a produção de conhecimento profissional, ampliar os conhecimentos dos usuários a qual se interesse pelo assunto e contribuir para melhorias no atendimento e cuidado a essas pacientes.

A participação da senhora na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigatória, a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificações na assistência, caso esteja recebendo.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o (s) objetivo (s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o (a) pesquisador (a) me informe que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da FACENE².

² Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa : Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil CEP: 58.067.695 – Fone : (83) 2106 – 2790. E-mail: CEP@facene.com.br

Estou ciente que receberei uma cópia desde documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Assú, _____ de _____ 2017.



Impressão datiloscópica do participante

Pesquisadora Responsável

Participante da pesquisa

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade: _____
2. Ocupação: _____
3. Estado civil: () casada solteira () viúva () divorciada ()
4. Cidade onde reside: _____
5. Nível de escolaridade () ensino fundamental () médio () superior ()
alfabetizado () não alfabetizado
6. Emprego formal (carteira assinada)? Sim () não ()
7. Tipo de histerectomia realizada: _____
8. Apoio familiar para cirurgia realizada? Sim () não ()
9. Realização de cirurgia anterior sim () não () quais? _____
10. Cirurgias feitas nesse hospital? Sim () não ()
11. Assistência de enfermagem na cirurgia anterior foi satisfatória? Sim () não ()
Explique.
12. Apresentou complicações cirúrgicas anteriormente? sim () não () Se sim, cite.
13. Conhecía as instalações físicas do hospital para internações cirúrgicas? Sim () não ()
14. Conhecía a equipe cirúrgica responsável pela sua cirurgia sim () não ()
15. Considera importante a equipe de enfermagem no pós operatório sim () não (), por
quê?

PARTE II - QUESTÕES RELACIONADAS À TEMÁTICA

- 1) A senhora tem conhecimento das possíveis complicações da histerectomia?
- 2) Tem ou recebeu alguma informação das possíveis complicações da histerectomia?
Quais?
- 3) Acha que ocorrerão mudanças na sua vida após a histerectomia? Quais?

PARTE III - Para cada uma das questões seguintes, por favor, escolha a resposta que melhor descreve **O QUANTO A SENHORA ESTÁ SATISFEITA**, com a assistência que lhe é prestada. Por favor, indique um dos números como resposta. Não existe resposta certa ou errada.

SATISFAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

QUANTO A SENHORA ESTÁ SATISFEITA COM A ASSISTÊNCIA:	Marque um X nas opções de 1 a 5				
	Muito insatisfeita	Pouco insatisfeita	Indiferente	Pouco satisfeita	Muito satisfeita
QUESTÕES					
1. Com os cuidados de saúde que está recebendo durante a internação?					
2. Com a assistência prestada pela equipe de enfermagem no pós - operatório?					
3. Com as informações que lhe foram dadas sobre o procedimento cirúrgico?					
4. Com a realização da cirurgia?					
5. Com a equipe de enfermagem?					

ANEXO

ANEXO A – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Extraordinária realizada em 30 de março 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A PERCEPÇÃO DAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS FRENTE À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E COMPLICAÇÕES NO PÓS OPERATÓRIO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE ASSU/RN", Protocolo CEP: 63/2017 e CAAE: 66066317.7.0000.6179. Pesquisador Responsável: DIEGO HENRIQUE JALES BENEVIDES e dos Pesquisadores Associados: SILMARA MICHELLE COSMO DA ROCHA CACHINA; LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS; SILDENBERTON RODRIGUES DE OLIVEIRA

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para junho de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 20 de abril de 2017

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE