

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**EDUCAÇÃO SEXUAL DE GRUPOS DE ADULTOS PORTADORES DE
ESTOMAS INTESTINAIS DEFINITIVOS: PROCESSO DA
IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO**

ADRIANA PELEGRÍNI DOS SANTOS PEREIRA

**Ribeirão Preto
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ADRIANA PELEGRÍNI DOS SANTOS PEREIRA

**EDUCAÇÃO SEXUAL DE GRUPOS DE ADULTOS PORTADORES DE
ESTOMAS INTESTINAIS DEFINITIVOS: PROCESSO DA
IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo para Obtenção do título de Mestre na Área de Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: ***Profa. Dra. Nilza Teresa Rotter Pelá***

Ribeirão Preto - SP
2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pereira, Adriana Pelegríni dos Santos

Educação Sexual de Grupos de Adultos Portadores de Estomas Intestinais Definitivos: Processo da implantação e implementação.

Ribeirão Preto, 2006 – 216p

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Profa. Dra. Nilza Teresa Rotter Pelá

1. colostomia. 2. sexualidade. 3. grupo de apoio. 4. educação. 5. enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Pelegrini dos Santos Pereira

Educação Sexual de Grupos de Adultos Portadores de Estomas Intestinais
Definitivos: Processo da implantação e implementação

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo para Obtenção do título de Mestre na Área de Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Assinatura _____
Instituição _____

Prof. Dr. _____ Assinatura _____
Instituição _____

Prof. Dr. _____ Assinatura _____
Instituição _____

Prof. Dr. _____ Assinatura _____
Instituição _____

DEDICATÓRIAS

AOS INTEGRANTES DO GRUPO “UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR”,

*A vocês dedico esse trabalho, que com muito amor, interesse, perseverança, participaram desta pesquisa e
contribuíram para o meu conhecimento e crescimento pessoal,*

Sem vocês esse trabalho não seria possível.

*Com vocês aprendi que não podemos deixar de fazer algo que gostamos por falta de tempo, pois a única falta
que poderemos ter será desse tempo que infelizmente não voltará mais.*

Amo todos vocês!

*AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTICIPANTES DO GRUPO (DR. NETINHO, VIVIANE,
CAROL E CARMEN)*

*A vocês minha eterna gratidão, por estarem presentes em cada reunião, me apoiando, incentivando,
orientando e sugerindo.*

Vocês tornaram as reuniões mais agradáveis e especiais,

Obrigada pela valiosa contribuição na participação do grupo.

Obrigada!

AO MEU AMADO ESPOSO EDUARDO

Ao meu eterno e grande amor que esteve ao meu lado, me apoiando, incentivando,

Aquecendo e amando-me.

Sempre vibrou com minhas vitórias e confortou –me nos momentos difíceis.

A você que colori meus caminhos com as mais belas cores,

Que perfuma a minha vida com os mais deliciosos cheiros;

Que invade a minha mente com as mais belas e deliciosas recordações;

A você que ainda me faz sentir aquele “gelo” quando nos encontramos.

Sempre existe no mundo uma pessoa que espera a outra, seja no meio do deserto, seja no meio das grandes cidades. E quando estas pessoas se cruzam, e seus olhos se encontram, todo o passado e todo o futuro perdem

qualquer importância, e só existe aquele momento.

*Dú só existe aquela pessoa: **VOCÊ !!!** E existirá sempre, meu amor.*

Obrigada pelo apoio e compreensão para a realização desse trabalho.

TE AMO!!!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Profª NILZA PELÁ, MINHA ORIENTADORA,

Obrigada pelo privilégio de sua orientação segura e precisa, acompanhou-me constantemente na construção deste trabalho, ensinando-me com paciência, seriedade, dedicação e muita sabedoria.

Obrigada por ter mostrado caminhos para a compreensão e aprendizagem da sexualidade humana, com esses ensinamentos tornei-me uma profissional melhor.

Profª é com carinho que lembro de uma pergunta que me fez logo no início desse caminhar,

“- Adriana você acha que sexo é só pênis-vagina?”

A partir daí pude entender o universo que é a Sexualidade Humana

O meu eterno agradecimento por todo ensinamento e minha profunda admiração.

A MINHA QUERIDA AMIGA VIVIANE

Vi não tenho palavras nem expressões para demonstrar toda minha gratidão, por ter colaborado ativamente na construção desse trabalho.

Obrigada pela amizade sincera, lealdade, compreensão, incentivo e apoio.

Além dos conselhos, sempre me dizendo: “- Drica, vai com calma, não é bem assim!”

Vi você é a amiga que quero ter para sempre ao meu lado.

“Amigo é coisa para se guardar do lado esquerdo do peito, mesmo que a distância e tempo digam não”

AO AMIGO DR JOÃO GOMES NETINHO

Dr Netinho obrigado por sempre ter acreditado e valorizado o meu trabalho,

Sempre me incentivou, auxiliou, orientou e me acolheu quando precisei.

Grande parte do meu profissionalismo dedico ao senhor que me fez acreditar que era capaz,

Dr Netinho admiro sua seriedade, paixão pela profissão e principalmente pelos pacientes, sua humildade e acima de tudo sua notável competência.

AGRADECIMENTOS

*Como não poderia deixar de ser,
Dedico este trabalho ao Único que
É digno de toda Honra e toda Glória:
Ao meu Eterno e Grande Amigo JESUS.*

*“Meus amados, sede firmes e constantes, sempre abundantes na obra do Senhor, sabendo que o vosso
trabalho não é em vão no Senhor” (I Coríntios 15: 58).*

Obrigada, Senhor por tudo que tens feito e tens sido em minha Vida.

AOS MEUS AMADOS PAIS JOSÉ E NEUZA,

*Vocês ensinaram-me as coisas mais lindas da vida, e as mais belas de serem vividas.
Sempre foram e serão para mim, exemplos de humildade, luta, dignidade, amor e sabedoria;
Sempre se empenharam em me mostrar o melhor caminho a seguir;
Pai e Mãe, obrigada por todo apoio, esperança, fé, refúgio, carinho, cumplicidade e honestidade. Vocês são
maravilhosos!*

A vocês o meu agradecimento, reconhecimento, gratidão e todo meu amor.

AOS MEUS SOGROS MILTON E JULIA,

*A vocês toda minha admiração, amor e amizade.
A cada dia aprendo mais e mais amar vocês. Vocês tornaram minha vida mais fácil e colorida. Obrigada por
serem tão importantes para mim.
Julinha você é tudo de bom!*

AOS MEUS IRMÃOS JEFERSON, ROGER E RICARDO,

*É tão fácil amar vocês.
Obrigada por fazerem parte da minha vida.
Tenho muita admiração e orgulho de vocês, por serem amigos, admiráveis, valorosos e lindos.*

AOS MEUS SOBRINHOS – VÍTOR E HELENA,

Que este trabalho mostre que quando se tem um sonho não importa os obstáculos que a vida impõe, basta acreditar que você é capaz. Vocês vieram abrilhantar ainda mais as nossas vidas!

*CUNHADOS E CUNHADAS – MELISSA, CRISTIANE, ROSELAINE, DANIELA, FERNANDO,
GUILHERME E FELIPE.,*

A vida vale a pena quando existem pessoas como vocês.

AS COLEGAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL,

(Celinha, Dalva, Kátia, Solange, Lena, Célia Ramin, Nádia, Cléa, Viviane, Rita, Zaquie, Cláudia, Marlene e Elmari)

“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, isso requer uma doação tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor – o escultor trabalha o mármore frio, o enfermeiro trabalha o corpo quente. O que eles não sabem é que a sensibilidade, a emoção, a espiritualidade não podem ser objetivadas numa escultura e sim num corpo que vive, sente.”

Florence Nightingale (1989, p.161)

Obrigada por me ajudarem e compreenderem quando por diversas vezes ausentei-me e, também por todo apoio, coleguismo, compreensão, estímulo e incentivo.

A CLAUDIA CESARINO, FÁTIMA FURLAN e LURDINHA,

Obrigada pela ajuda na realização da aula e empréstimo de material (gravador) e acima de tudo pelo incentivo no final desse trabalho.

A AMIGA CELINHA,

“Os bons amigos são como estrelas... Você nem sempre as vê, mas sabe que sempre estão lá”

AOS AMIGOS ADRIANO MENIS, CARLA SIMÃO E ANA ALICE,

É muito bom saber que existem pessoas tão especiais e amigas como vocês.

AOS COLEGAS LÁZARO, CIDINHA, IARA, MARTA SEIXAS, BERNADETE, VELMARA,

Obrigada por sempre me atenderem com paciência, carinho, atenção e disponibilidade.

RESUMO

PEREIRA, A.P.S. **Educação sexual de grupos de adultos portadores de estomas intestinais definitivos**: processo de implantação e implementação. 2006. 187 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritivo exploratório, que teve como proposta descrever o processo de implantação e implementação de um grupo de pacientes portadores de estomas intestinais definitivos e identificar a percepção desses quanto à sexualidade como uma dimensão importante de suas vidas. Para a coleta de dados, foram utilizadas as falas dos sujeitos participantes do grupo durante os encontros realizados, transcritas na íntegra pela pesquisadora. As falas, posteriormente foram analisadas segundo a análise de prosa de André (1983). Foram realizados 14 encontros com 3 horas de duração cada, participaram do grupo 19 portadores de estomas definitivos de São José do Rio Preto e região, uma coordenadora (pesquisadora), um coloproctologista, uma psicóloga e uma observadora não-participante. Toda dinâmica do grupo obedeceu a uma programação feita previamente pela pesquisadora. Os dados obtidos permitiram concluir que essa atividade grupal proporcionou aos portadores um espaço no qual puderam trocar experiências, adquirir conhecimentos, criar vínculos, encontrar cumplicidade, companheirismo e aceitar a sua condição, pois ouviram as vivências dos outros e não se sentiram únicos a terem problemas, facilitando o sentimento de universalidade. Quanto à percepção da sexualidade como uma dimensão importante em suas vidas identificou-se ser esse um tema pouco abordado pelos profissionais de saúde e necessário para o reajustamento sexual satisfatório. Evidenciou-se que a saúde sexual não foi inibida pela doença, pois quanto mais orientados adequadamente, e mais estimulados para a prática sexual, mais satisfeitos e interessados se mostraram para buscar caminhos, superando obstáculos como: a recusa do parceiro, disfunção erétil, alteração imagem e o próprio estoma. Alguns caminhos apontados para atingir a satisfação sexual foram a troca de parceiro, busca de profissionais especializados, criatividade no ato sexual e alguns cuidados

com o dispositivo. Nesse espaço evidenciou-se que a prática sexual seja ela qual for, é importante e necessária para a vida de cada um. A experiência de vida de cada integrante permitiu o desenvolvimento da autonomia sexual e fez com que os portadores reconhecessem a necessidade de mantê-la ou buscar auxílio, para o alcance do prazer, satisfação e retorno à vida.

Palavras-chave: colostomia, sexualidade, grupo de apoio, educação, enfermagem.

ABSTRACT

PEREIRA, A.P.S. **Sexual Education of adults with definitive intestinal stomas: creation and implementation process.** 2006. 187 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

This is a descriptive exploratory qualitative research, with the goal to describe the creation and implementation process of a group of patients with definitive intestinal stomas and to identify their perceptions with respect to sexuality as an important dimension of their lives. In order to collect data, the author used the speech of the subjects who participated in the group during their meetings that were transcribed by the researcher. Their speeches were analyzed according to André's prose analysis. The group met 14 times, with meetings of about 3 hours each. 19 patients from the city of São José do Rio Preto and region with definitive stomas participated in the meetings with the researcher, one physician, one psychologist and one non-participant observer. The dynamics of the group followed the researcher's program. Data showed that this activity gave to patients a space to exchange experiences, to learn and create links, to find complicity and colleagues as well as to accept their condition as they listen the others experiences and feel that they are not the only ones who have problems, facilitating the feeling of "universality". With respect to their sexuality perception as an important dimension of their lives, author identified that this theme was not often mentioned by the health professionals and that this is necessary to a satisfactory sexual readjustment.. The author found out that when sexual health was not inhibited by the disease, they were adequately oriented and stimulated to sexual practice and were satisfied and interested to find ways and overcome some problems such as: the partner refusal, erectile dysfunction, image alteration and the stoma. Some ways used to have sexual satisfaction were to change partners, to search for the care of specialized professionals, creativity during sexual intercourse and to pay attention to the device. In this space, the author found that the sexual practice is important and necessary to their lives. The life experience of each one of the members enabled the development of sexual autonomy and the

need to maintain it or to search for health in order to have pleasure, satisfaction and to feel alive.

Keywords: colostomy, sexuality, support group, education, nursing

RESUMEN

PEREIRA, A.P.S. **Educación sexual de grupos de adultos con estomas intestinales definitivos: proceso de implantación e implementación.** 2006. 187 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Esta investigación cualitativa del tipo descriptivo exploratorio tuvo como propuesta describir el proceso de implantación e implementación de un grupo de pacientes con estomas intestinales definitivos e identificar la percepción de los pacientes con relación a la sexualidad como una dimensión importante de sus vidas. Para la recolección de datos fueron usadas las hablas de los sujetos participantes del grupo durante los encuentros realizados y, posteriormente, transcritas por la investigadora. Las hablas fueron después analizadas según el análisis de prosa de André (1983). Fueron realizados 14 encuentros con 3 horas de duración cada. Participaron del grupo 19 portadores de estomas definitivos de São José do Rio Preto y región, una coordinadora (investigadora), un médico, una psicóloga y una observadora no participante. Toda la dinámica del grupo siguió la programación realizada por la investigadora. Los datos obtenidos permitieron concluir que esta actividad de grupo proporciona a los pacientes un espacio en el cuál pudieron cambiar experiencias, adquirir conocimientos, criar vínculos, encontrar complicidad, compañerismo y aceptar su condición, pues escucharon las vivencias de los otros y no se sintieron los únicos con problemas, facilitando el sentimiento de universalidad. Cuanto a la percepción de la sexualidad como dimensión importante en sus vidas, fue identificado que este tema es poco mencionado por los profesionales de salud y necesario para el reajuste sexual satisfactorio. Fue evidenciado que la salud sexual no fue inhibida por la enfermedad y que cuanto más orientados adecuadamente, estimulados para la práctica sexual, más satisfechos e interesados estaban para buscar caminos y superar los problemas como: la recusa del compañero, disfunción eréctil, cambio de imagen y el propio estoma. Algunos caminos utilizados para la satisfacción sexual fueron el cambio de compañero, la búsqueda por profesionales especializados, creatividad en el acto sexual y algunos cuidados con el dispositivo.

En este espacio fue evidenciado que la práctica sexual es importante y necesaria para la vida de los pacientes. La experiencia de vida de cada integrante ha permitido el desarrollo de autonomía sexual y el reconocimiento por los pacientes de la necesidad de mantenerla o buscar apoyo para que tengan placer, satisfacción y retornen a la vida.

Términos clave: colostomía, sexualidad, grupo de apoyo, educación, enfermería

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Sub-tópico: pontos negativos.....	105
Quadro 2 - Sub-tópico: Pontos Positivos.....	110
Quadro 3 - Temas Tópicos e sub-tópicos emergidos nesta etapa de implantação e implementação do grupo de adultos portadores de estomas intestinais definitivos.....	112
Quadro 4 - Temas e tópicos emergidos na etapa percepção dos pacientes portadores de estomas intestinais definitivos quanto à sexualidade como uma dimensão importante de suas vidas.....	158

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos do estudo	68
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Órgão genital masculino.....	85
Figura 2 Órgão genital feminino	85
Figura 3 Individualidade das atrações e desejos sexuais.....	87

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE TABELA	
LISTA DE FIGURAS	
PREÂMBULO	
1 INTRODUÇÃO.....	22
1.1 ESTOMA INTESTINAL.....	24
1.2 QUALIDADE DE VIDA DO ESTOMIZADO	30
1.3 SEXUALIDADE HUMANA.....	35
1.4 SEXUALIDADE E DOENÇAS CRÔNICAS.....	38
1.5.SEXUALIDADE DO ESTOMIZADO	38
1.6 ENFERMEIRO COMO EDUCADOR SEXUAL DO ADULTO.....	47
2 OBJETIVOS.....	52
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	54
3.1 TRABALHO EM GRUPO.....	55
3.2 GRUPOS DE AUTO-AJUDA (GAAS).....	59
4 METODOLOGIA.....	62
4.1 LOCAL.....	63
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	63
4.3 POPULAÇÃO.....	63
4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	64
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	67
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	68
5.2 PROCESSO DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO GRUPO.....	70
5.3 PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE ESTOMAS INTESTINAIS DEFINITIVOS QUANTO A SEXUALIDADE COMO UMA DIMENSÃO IMPORTANTE DE SUAS VIDAS.....	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE.....	182
ANEXOS.....	212

PREÂMBULO

Como enfermeira estomaterapeuta, atuando há seis anos na área tenho percebido através de observações não sistematizadas, que existe limitação muito grande por parte dos profissionais de saúde em abordar a sexualidade do estomizado, apontando para a necessidade de intervenção junto ao paciente na busca de sua integridade sexual.

Ao encetar a criação de um grupo de pacientes portadores de estomas intestinais buscamos suprir essa necessidade acalentando o desejo de um trabalho que se caracterizasse pela construção de um espaço onde as amarras e as defesas pudessem cair por terra e que emergissem a fragilidade e o sofrimento que sabíamos existir no interior dessas pessoas, atingidas pela invasão de seus corpos e desconstrução de suas imagens mesmo que isso tenha sido necessário para preservação da vida.

Esta monografia é o relato dessa convivência conjunta de profissionais e pacientes que buscavam construir um futuro de esperança.

Nesta etapa descreveremos o processo de implantação, desenvolvimento e avaliação deste grupo, sem a pretensão de análise mais profunda, pois trata-se de uma pesquisa não-experimental descritiva, que segundo Polit e Hungler (1995, p.119-120), tem como propósito “Observar, descrever e explorar uma situação [...] sem a intenção de explicar ou compreender as causas subjacentes das variáveis que interessam.”

Pensamos que nossa meta foi alcançada como podemos constatar na fala de Beatriz:

*Bom! Primeiramente quando cheguei aqui, na primeira vez, eu entrei naquela porta me senti assim, **um horror!** Porque eu não aceitava de jeito nenhum o meu problema. Aí na primeira reunião eu ouvi, ouvi, ouvi, eu meditei bastante... e comecei a aceitar. Na minha segunda reunião eu assisti à palestra, eu até chorei, fui aceitando, aceitando... **Eu hoje já aceito**, e levo a vida normal. Já saio de casa, já não tem mais aquele problema de não querer sair, já não fico mais pensando no meu problema. Então eu quero agradecer a cada um de vocês, pra mim foi muito bom! Não vou esquecer jamais de vocês. Até quero uma foto para guardar, e eu tenho no fundo do meu coração cada um de vocês. E muito obrigado, porque pra mim foi muito bom mesmo!*

1. INTRODUÇÃO

Sempre que um indivíduo se submete a uma cirurgia, as suas necessidades básicas são afetadas. Considerando, nesse caso, todas as manifestações apresentadas quando seus sistemas corporais se alteram, ele apresentará desequilíbrio em três níveis: psicológico, psicossocial, e psicoespiritual (HORTA, 1968).

Essas necessidades permanecem latentes e só se manifestam quando se instala o desequilíbrio. Segundo Mohana (1975), as necessidades psicossociais compreendem: segurança, amor, comunicação, auto-estima, auto-imagem e atenção entre outros. Na pessoa hospitalizada, essas se encontram exacerbadas, sobretudo em certas cirurgias em que essas necessidades poderão se manifestar mais fortemente, como é o caso da colostomia que é definida por Ortiz (1994, p.107), como sendo “a exteriorização do cólon através da parede abdominal, suturando com a pele com o objetivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal”.

Nesse caso, a necessidade psicológica de eliminação estará afetada, com o trânsito das fezes desviado para o abdômen; e as necessidades psicossociais de auto-imagem e auto-estima estarão mais afetadas, pelo fato de necessitar de uma bolsa coletora de fezes, o que dificulta a sua interação na sociedade, com um agravante: o paciente passa a se considerar uma pessoa completamente diferente das demais.

Como fator integrado às necessidades psicossociais a sexualidade estará certamente muito afetada nesse indivíduo, uma vez que se sente mutilado e ameaçado na sua prática sexual (RODRIGUES, 1989). E sua situação dependerá de quanto tempo levará para incorporar a nova imagem e o seu novo corpo.

Essa é uma situação difícil e desafiadora diante de uma sociedade que valoriza a juventude, incluindo estética e odor.

A integridade sexual do cliente estomizado deve ser abordada, entendida e compreendida pelo profissional de saúde, a fim de que o planejamento da assistência contemple o indivíduo como ser integral (MC FARLANE & RUBENFELD, 1983).

Assim, em um estudo sobre a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de uma colostomia definitiva, Freitas e Pelá (2000) relatam que o modo de viver desse casal caracteriza-se pelo período de pós-crise da cirurgia com mecanismos de enfrentamento geralmente negativos, resultantes de uma vivência da pré-crise sem apoio e intervenção dos profissionais. Na maioria das vezes, não se abordavam vários aspectos entre os quais a dimensão sexual.

Relatam ainda que o medo e a dor afastam os desejos sexuais e que a falta de orientação e diálogo não permite que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida desse casal.

Essas considerações nos remetem à reflexão e à busca de intervenções pelos profissionais de saúde para abordar a questão sexual do paciente colostomizado e seu parceiro sexual.

Concordando com as constatações de Freitas e Pelá (2000), faz-se necessária a elaboração de um modelo de assistência a esse grupo, de modo a ajudar os casais a terem uma melhor adaptação principalmente no que diz respeito à temática sexual.

1.1 ESTOMA INTESTINAL

O cólon representa para o homem importante órgão no seu desempenho

social, pela sua capacidade de absorção, armazenamento, transporte e eliminação de excretas, em momento oportuno, de modo a causar o menor incômodo (HABR-GAMA et al., 1978). Como afirma Connel (1975), é um órgão de comodidade social e para Wolf (1964), o cólon possui, além de outras propriedades fisiológicas, grande versatilidade, isto é, adapta-se ao ritmo louco da sociedade moderna.

O cólon não constitui um órgão indispensável, mas a sua ausência ou a sua exteriorização origina grandes embaraços e desconfortos para o homem, apesar dos grandes avanços técnicos nas cirurgias e nas construções das colostomias. Os problemas de diferentes naturezas gerados pela construção de uma colostomia constituem ainda um grande desafio para o paciente, família, cirurgião, enfermeiros e demais elementos da equipe de saúde.

Embora a cirurgia de colostomia seja uma prática antiga crescente, experiências têm sido feitas no sentido de buscar mudanças técnicas que gratifiquem o paciente e a equipe multidisciplinar engajada no cuidado desse paciente. No passado, considerável atenção era dada às ressecções, negligenciando-se as colostomias, e era comum a morte por complicações. Fatores como o progresso nas últimas décadas, o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e assistência mais adequada ao paciente muito têm contribuído para diminuir a morbidade por colostomia.

Todos aqueles que têm contato com pessoas colostomizadas, não ignoram as ansiedades e os aborrecimentos pelos quais passam. No dizer de Bockus (1948), as colostomias apresentam grandes desvantagens para o homem, pois o material fecal drena por uma abertura, sobre a qual ele não tem controle. As colostomias têm por objetivo desviar o conteúdo fecal em determinadas circunstâncias, geralmente relacionadas com lesões do cólon, às quais pessoas de

qualquer idade, sexo, raça ou cor podem estar sujeitas.

Embora desagradável, a colostomia encontra indicações capazes de salvar a vida, representando quase sempre uma forma de cura, evitando situações que marchariam para o agravamento ou para o insucesso (CARRAPATOSO, 1964).

O vocábulo “estoma” tem origem grega, a partir do étimo “stóma”, e exprime a idéia de boca. Portanto, como definimos anteriormente, estomias digestivas de eliminação são uma exteriorização do intestino através da parede abdominal, suturando-a com a pele, com o objetivo de criar uma saída artificial ao conteúdo fecal. As colostomias definitivas recebem denominações diversas como “ânus contra natureza” ou “ânus artificial” ou “ânus abdominal” (GRIFFITHS, 1969; ORTIZ, 1994; HABR-GAMA & ARAÚJO, 2000).

Provavelmente os estomas intestinais foram as intervenções mais antigas realizadas no intestino.

Existem provas de que Praxagores Dekas (350 a C ou 400 a C) realizava estomas em casos de traumatismos intestinais. O cirurgião francês Littré, em 1710, foi o primeiro a sugerir a realização de uma colostomia para a obstrução do intestino grosso e na mesma época, ao observar a morte de uma criança, de seis dias de idade, que sucumbiu por obstrução secundária do cólon, por mau desenvolvimento do reto e, através da autópsia, idealizou, sem confeccioná-la, a exteriorização das alças intestinais à parede abdominal. Mas Cheselden, em 1750, realizou uma ressecção de intestino, que pode ter sido a primeira colostomia espontaneamente formada registrada, na esposa de um pescador, portadora de hérnia encarcerada, não obtendo muito sucesso devido a inúmeras complicações (CARRAPATOSO, 1964).

Outras tentativas de realizar colostomias foram feitas sem êxito e, só

depois de 17 anos, em 1793, foi que Duret, professor de Cirurgia no Hospital Militar da Marinha de Brest, na França, realizou com sucesso, uma colostomia íleo-lombar, em uma criança de três dias com ânus imperfurado. O paciente viveu 45 anos, por isso e por todo seu trabalho, Duret foi chamado de “o pai da colostomia”.

As pesquisas prosseguiram até que em 1839, Amussat, em Paris, na França, após exaustivos estudos sobre colostomia, realizou com resultado positivo sua versão de colostomia lombar a qual, durante meio século, foi a principal operação para aliviar obstrução intestinal, mas essa técnica dificultava o autocuidado do paciente.

Em 1930, ocorreu um grande avanço, tanto com relação às técnicas cirúrgicas com McBurney, como na tentativa de confecção de uma bolsa coletora de excretas engendrada por Alfred A. Strauss, de Chicago, cujo modelo foi melhorado por Koenig, ileostomizado e estudante de física, proporcionando aos estomizados esperança de uma melhora na qualidade de vida, pois até então esses “sobreviventes” eram infelizes, incapazes de trabalhar, tidos como “inválidos crônicos”, isolando-se socialmente e, muitas vezes, rejeitados pela própria família (SANTOS, 2000).

Atualmente duas técnicas cirúrgicas relacionadas ao intestino grosso, além de outras, são amplamente difundidas: a denominada “Cirurgia de Miles”, introduzida por Miles, em 1908, na Inglaterra, que se caracteriza pela ressecção do reto e ânus, tornando assim o paciente portador de uma colostomia definitiva; e a “transversostomia”, técnica realizada freqüentemente, que permite a exteriorização do cólon transverso, por tempo determinado sendo possível a sua reconstrução.

Em 1967, Turnbull & Weakley, observando as inúmeras desvantagens da colostomia em região lombar, começaram a realizar em grande escala a cirurgia

abdominal, ocorrendo assim uma menor freqüência de peritonites, e complicações pós-operatórias como estreitamento, retração, prolapso e dermatites periclostômicas severas pela ausência do dispositivo (bolsa) adequado.

No momento, ambas as técnicas são ensinadas na maioria das instituições médicas. Mas as operações e conseqüentemente os estomas ligados ao intestino delgado sempre foram evitados devido à difícil manipulação pelo paciente e à alteração psicossocial significativa que ocorre.

E foi em 1950, uma década fundamental para os estomizados, não só no que tange à evolução das técnicas operatórias, o início de publicações na área médica sobre cuidados pós-operatórios, balanço hidro-eletrolítico, manuseio de bolsas e controle de odor, incluindo aspectos da sexualidade, gravidez, ajustamento psicológico a estomia e reabilitação, “o campo médico, finalmente tornou-se inteirado e consciente das reais necessidades do paciente estomizado” (TURNBULL & TURNBULL,1993).

Mas as operações e conseqüentemente a realização dos estomas ligados ao intestino ainda são atualmente a última opção devido às inúmeras conseqüências, principalmente no que se relaciona à alteração psicossocial.

Segundo Kretschmer (1980) qualquer operação é realizada em benefício do paciente e unicamente com esse propósito. Apesar disso, como na amputação de uma extremidade, o paciente interpreta a construção de um estoma intestinal como uma medida contrária a seus interesses. Assim sendo, o cirurgião se encontra, com freqüência, numa situação difícil, especialmente se achados inesperados durante a cirurgia ou complicações tornarem necessária a realização de um estoma intestinal sem se ter tido a oportunidade de preparar o paciente.

A omissão de um estoma intestinal pode resultar em morbidez ou até

mesmo em mortalidade. Os pacientes não morrem de um estoma, porém podem sucumbir se o mesmo for omitido quando indicado.

As indicações para um estoma intestinal podem ser classificadas segundo Kretschmer (1980, p.14-15, grifo nosso) nas seguintes categorias: **Finalidade, Urgência e Duração.**

Finalidade: de descompressão de uma obstrução: aguda, crônica, congênita, adquirida; **desvio total da corrente fecal em perfurações potenciais:** doença intestinal inflamatória, tumor; **desvio total da corrente fecal em perfurações reais:** doença intestinal inflamatória, tumor, fístula, traumatismo, perda do mecanismo esfinteriano anal; **com finalidades alimentares e como medida diagnóstica.**

Urgência: emergência, eletiva e incidental.

Duração: permanente e temporária

De acordo com o tipo de cirurgia realizada ou a patologia apresentada, podemos classificá-la em definitiva, quando ocorre uma amputação completa do órgão sem existir solução de continuidade, tornando assim o paciente incontinente fecal, com o objetivo de substituir a perda da função esfínteriana resultante de tratamento cirúrgico ou incontinência, após insucesso de outras opções que visam restaurar a evacuação transanal. E outras são as temporárias, cuja continuidade pode ser restabelecida, como nas situações de trauma abdominal com perfuração intestinal, ou em função da necessidade de proteção de uma anastomose intestinal mais distal à derivação (HABR-GAMA, 2000).

Um estoma pode causar sérias alterações na imagem corporal, sobretudo se ela for permanente. Os clientes geralmente percebem os estomas como uma forma de mutilação, por isso os odores fortes, extravasamento ou derrame de fezes

líquidas e a incapacidade para regular os movimentos intestinais provocam uma perda da auto-estima. Assim, baseando-nos nesses parâmetros, poderemos compreender a necessidade que o indivíduo estomizado tem com relação à sexualidade, e a importância da atuação do enfermeiro e pessoal da enfermagem na assistência dessa necessidade.

1.2 QUALIDADE DE VIDA DO ESTOMIZADO

Qualidade de vida, um termo que vem sendo utilizado após a segunda guerra mundial como um indicador de “boa vida” é uma das mais interdisciplinares terminologias da atualidade sendo utilizada em vários contextos de pesquisa, servindo como elo entre as várias áreas especializadas do conhecimento como a sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia (MICHELONE & SANTOS, 2005).

Meeberg (1993 apud SOUSA, 1999, p.162) conceitua Qualidade de Vida (QV) como um “sentimento global de satisfação de vida”. Para essa autora, a QV tem dois componentes, um objetivo e outro subjetivo. O componente objetivo é avaliado através dos recursos materiais e capacidade física, e o subjetivo caracteriza-se pelo senso de satisfação pessoal intrínseco à QV.

No campo da saúde, por sua vez, a incorporação da QV como um novo objetivo a ser alcançado resultou de uma percepção crescente entre os profissionais da saúde, assim como entre o público em geral, de que o fim último da assistência à saúde não pode mais se restringir simplesmente à cura da doença ou à prorrogação da morte.

Nordenfelt (1994 apud SANTOS, 2000, p.454) destaca fatores que contribuíram para essa percepção. Em primeiro lugar, menciona o grande progresso tecnológico na área da saúde, que tem possibilitado salvar ou prolongar a vida de muitas pessoas, como antes não imaginado. Entretanto, essa maior sobrevida é, muitas vezes, permeada por sérias incapacidades e restrições a uma vida com dignidade. Outro fator relaciona-se à natureza mutável da doença que, após a fase aguda, passa a ter um caráter de cronicidade para a qual não há, em muitos casos, perspectivas de cura.

Principalmente, na presença do câncer que altera, indubitavelmente, todos os aspectos da vida do indivíduo e pode acarretar profundas alterações no modo de viver habitual, conforme o comprometimento da capacidade e habilidade para execução de atividades de rotina. As alterações da integridade físico-emocional por desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da auto-estima são relatadas por esses doentes que percebem a qualidade de suas vidas profundamente alterada, num curto período de tempo.

A pessoa estomizada, além de sobreviver ao câncer, passa a assumir outras incumbências em presença de tal derivação. A literatura mostra que os indivíduos estomizados enfrentam várias perdas que podem ser reais ou simbólicas. A perda do controle da eliminação de fezes e gases, condição mandatória para a vida em sociedade, pode acarretar o isolamento psicológico e social, baseado em sentimentos negativos que permeiam as relações interpessoais. Essas pessoas deparam-se com a mutilação de sua imagem corporal e auto-estima, com sentimentos de repugnância de si mesmas, de desprestígio diante da sociedade e de não serem capazes de enfrentar tal situação.

Alves (2005) afirma que a literatura médica que trata dos aspectos

psicológicos relativos a colostomia não leva suficientemente em conta que os indivíduos em questão são originalmente doentes de câncer. Ela se restringe, em geral, ao problema da colostomia em si. O autor sugere que pacientes submetidos a colostomia permanente por câncer colo-retal requerem, com relativa freqüência, a atenção do psiquiatra com prática na assistência a doentes internados em hospitais gerais.

Estudos acerca da QV estão sendo utilizados para avaliar o sucesso da cirurgia e seus resultados na vida do cliente, ou seja, a capacidade de reintegração desse cliente a sua vida normal. Cohen (1982) sugere que, ao serem submetidos à cirurgia, os clientes deveriam expor suas esperanças, propostas e metas para o tratamento, podendo assim avaliar seu potencial para recuperação e o impacto da cirurgia em sua QV. Dentro dessa perspectiva as cirurgias que resultam em estomas, classificadas como mutiladoras por trazerem modificações na imagem corporal, deveriam passar previamente por um processo de aceite do cliente, pois, segundo Sousa (1999) uma das principais preocupações do cliente, antes e após, é saber se seu estilo de vida vai ser alterado pela presença do estoma. Dessa forma, os indivíduos estomizados desenvolvem alterações de ordem física, psicológica e social que certamente influenciam na QV.

Alves (2005) realizou um estudo com 22 pacientes (10 homens e 12 mulheres) operados de adenocarcinoma de reto pela técnica da amputação abdominoperineal do reto (cirurgia de Miles) cujo objetivo foi estudar as relações entre adaptação psicossocial a colostomia permanente por câncer colo-retal e padrões de resposta psicológica a neoplasia. Observou-se nesse estudo que em três pacientes que reagiram ao câncer com aflição, as entrevistas revelaram que se mostravam tão absorvidos com a doença que praticamente não falavam da

colostomia. Ao se referirem a ela, o que se destacava é que tendiam sempre a minimizar seus inconvenientes, alguns de modo surpreendente, como, por exemplo, comparar o estoma a mero “acessório”, similar à dentadura ou óculos.

Já em oito dos dez classificados com resposta de negação, a atenção estava, ao contrário do grupo anterior, desviada de uma maneira ou de outra da doença e concentrada no estoma. Nada era dito sobre a causa da doença. Assim, quatro pacientes se queixavam contínua e exageradamente da colostomia, embora levassem uma vida de poucas restrições e estivessem em condições de saúde bastante satisfatórias. Dois outros se compraziam em exhibir, prazerosamente, o estoma para parentes e conhecidos. O sétimo não tinha atenção dirigida propriamente para a colostomia, mas para as sensações vinculadas a ela, enquanto o oitavo estava tão obcecado pelo estoma que levava uma vida extremamente retraída e isolada.

Em 1988, Rodriguez et al., investigando a problemática de 29 pacientes com estomas permanentes, a maioria por neoplasias, encontraram, principalmente, dificuldades técnicas no manejo do estoma e bolsa e modificações emocionais negativas como irritabilidade, depressão e ansiedade (ambos os tipos de problemas para 72,4 % dos pacientes). Para 62% dos respondentes, houve redução nas relações sociais e, para 58% deles, o estoma interferiu negativamente no trabalho e nas relações familiares e com o parceiro.

Martinez Poyato et al. (1990) objetivando identificar o grau de disfunção sexual provocado pelo estoma, entrevistaram 70 pacientes estomizados (40 homens e 30 mulheres, de idade entre 20 e 87anos) e constataram que a atividade sexual estava reduzida ou abolida principalmente na população masculina, independente da idade, mas dependente do tipo de cirurgia realizada. A impotência, o medo de

prejudicar o estoma e a diminuição da libido foram as causas mais freqüentemente apontadas. Quanto ao desempenho sexual após o estoma, os maiores índices foram obtidos para avaliação menos satisfatória.

Em um estudo Schmidt et al. (2005) avaliaram como a QV e a sexualidade foram afetadas em 516 pacientes com câncer de reto relacionando a idade, sexo e tipo de cirurgia. Nesse estudo observou-se que os pacientes, de ambos os sexos, submetidos à amputação de reto e ânus tiveram prejuízos de ordem sexual, no entanto, nos homens evidenciou-se maior prejuízo nessa ordem. Eles se sentiam mais aflitos por esse prejuízo do que as mulheres.

Nas mulheres mais jovens (<65 anos) evidenciou, significativamente, um prejuízo maior na sexualidade do que as mulheres mais velhas (>65 anos). Enquanto que os homens, tanto os mais jovens (<65anos) como os mais velhos (>65 anos), sentiram-se igualmente prejudicados no seu desempenho sexual sentindo-se muito angustiados. Já nas mulheres houve um maior prejuízo do que nos homens no domínio físico, pois apresentaram fadiga, constipação e insônia, prejuízos esses relacionados a possíveis problemas psicológicos associados.

Ter câncer e estoma não elimina a sexualidade e, muitas vezes, somente escutá-lo e auxiliá-lo a expressar seus sentimentos e incertezas, já representam grandes formas de suporte. O aconselhamento sexual realizado pelo enfermeiro ou qualquer outro profissional depende de lidar com os próprios preconceitos, estigmas e crenças; de aprofundar conhecimentos e treinamentos específicos sobre a sexualidade humana além de, evidentemente, proceder a uma avaliação adequada das demandas do cliente e do parceiro. Assim, a reabilitação sexual deve compor cada cuidado à saúde global do paciente como parte da atenção holística dentro do processo maior de reabilitação.

1.3 SEXUALIDADE HUMANA

“A sexologia é uma ciência relativamente nova, surgida na década de 60, que apresenta uma parte preventiva – Educação Sexual – e outra curativa – a Medicina e/ou Terapia Sexual” (Lopes, 1994).

Kaplan (1997), afirma que “apesar do enorme progresso recente, a sexualidade, sob vários aspectos, ainda conserva mistérios”.

Somente em 1974, em Paris, no 1º Congresso Mundial de Sexologia, esta disciplina atingiu o “status” de Especialidade Médica, que foi reconhecida no Brasil (CERQUEIRA & SILVA, 1992).

Contudo, a falta de conhecimento e as noções errôneas sobre as questões sexuais estão relacionadas com os diferentes problemas de saúde e com a qualidade de vida dos indivíduos de diferentes culturas.

Nesse sentido, a OMS (1975) chegou a uma definição universalmente aceitável da totalidade da sexualidade humana, definindo saúde sexual como “a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira que sejam positivamente enriquecedores e que potenciem a personalidade, a comunicação e o amor”.

Ao longo desses 20 anos, a sexualidade humana tem sido descrita de várias maneiras, por diversos autores, dependendo das crenças, valores, atitudes e distorções dos mesmos.

Para Ussel (1980), por exemplo, o conceito sexualidade se prende a “tudo que compreenda relações e ações de pessoas entre si ou consigo mesmas enquanto seres sexuados”.

A sexualidade não se confunde com o instinto sexual, porque instinto é um

comportamento fixo e pré-formado característico de uma espécie, enquanto a sexualidade caracteriza-se por grande plasticidade e invenção, sendo impregnada com a história pessoal de cada homem.

A sexualidade, de acordo com a concepção psicanalítica, é polimorfa, polivalente, ultrapassa a necessidade fisiológica e tem a conexão com a simbolização do desejo, não se reduzindo a órgãos genitais, mesmo que esses possam ser privilegiados na idade adulta.

Qualquer região do corpo é susceptível de prazer sexual, desde que tenha sido investida de erotismo em algum momento da vida, pois a satisfação sexual pode ser alcançada sem a união genital.

Segundo Hogan (1985), o denominador comum em todas as definições é o reconhecimento de que a sexualidade é uma parte intrínseca do nosso ser, que é muito mais que o ato sexual, o que nos leva acreditar que a sexualidade está estreitamente ligada às necessidades biológicas, psicológicas, sócio-culturais e éticas do ser humano.

Vitiello (1994) muito bem esclarece que a sexualidade, quando entendida a partir de um enfoque amplo e abrangente, manifesta-se em todas as fases da vida de um ser humano e, ao contrário da conceituação vulgar, tem na genitalidade apenas um de seus aspectos, talvez nem mesmo o mais importante.

Dentro de um contexto mais amplo, pode-se considerar que “a influência da sexualidade permeia todas as manifestações humanas, do nascimento até a morte”. Dessa forma entendemos que a sexualidade é a expressão mútua e significativa de dois indivíduos, com ternura, carinho, amor e preocupação de um pelo outro.

Também somos tocados quando falamos da sexualidade por alguns

sentimentos como amor, instinto sexual, paixão, atração, desejo, paquera, casamento, beleza, belo corpo, cheiro agradável, enfim diversos vocábulos nos levam a pensar sobre a sexualidade.

A conceituação da sexualidade humana é bastante complexa, pois devem se considerados os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e éticos, que contribuem para uma saúde sexual ou um desequilíbrio sexual.

Quando pensamos nas alterações estruturais e funcionais que podem acarretar mudanças na performance sexual da pessoa, e até dificultar a aproximação de outras pessoas, entendemos que a partir daí esse indivíduo passará a evitar contato físico. A inibição do desejo sexual pode ocorrer em presença de doenças, dor, ansiedades, medo de fracassar, alterações na imagem corporal e na auto-estima (MOURA, 1996).

A pessoa com inibição do desejo sexual não se sente muito interessada pela atividade erótica. Ela não experimenta o impulso de buscar o ato sexual ou fantasias relativas ao sexo. Além disso, ao contrário do que ocorre na experiência “normal”, o desejo sexual causado pela estimulação dos órgãos genitais pode estar ausente ou “muito reduzido” (COSTA et al., 1993).

Vitiello (1994) ainda aborda os aspectos sistêmicos da sexualidade observando que :

“A sexualidade pode alterar temporariamente ou em definitivo, quando em presença de traumatismos, acidentais ou cirúrgicos. O desejo pode estar deprimido temporariamente quando em presença de traumas acidentais sistêmicos, pela debilidade física, pela dor que provoca a movimentação, ou como consequência do uso de medicações sedativas. Caso a lesão atinja os genitais, poderá provocar definitivamente, a impossibilidade de ereção, ou dispareunia por alterações de calibre vaginal e cicatrização perineovaginal defeituosa, no caso de pacientes do sexo feminino”(p.82)

Já em nossa experiência com pacientes portadores de colostomia definitiva, detectamos a inibição do desejo sexual durante as fases de dor,

recuperação e hospitalização. A assexualização dos pacientes nos hospitais é vista de forma clara, já que encontramos profissionais despreparados para cuidar do paciente como ser sexuado.

Habitualmente, encontramos o hospital como castrador da sexualidade, o que vem demonstrar as dificuldades dos profissionais assistenciais e administrativos, de visualizar a pessoa internada como “ser sexual”, tendo sido este aspecto enfatizado por Pelá et al. (1995); Hogan (1985); Krizinofski (1973).

Apesar de grandes avanços ocorridos na área da sexualidade humana, recentemente encontram-se mitos, crenças e tabus em todas as sociedades impedindo o pleno exercício da sexualidade como uma necessidade humana básica.

1.4 SEXUALIDADE E DOENÇAS CRÔNICAS

Para Hymovich & Hagopian (1992), doença crônica “é uma condição ou um problema de saúde de longo tempo que se traduz em uma interferência, seja presente ou em potencial no nível de funcionamento do sistema”. O sistema, para as autoras, é formado pelos indivíduos, família, comunidade ou sociedade. Varia em severidade e progressão e necessita de contínuo ajustamento do indivíduo ao grupo ao qual pertence. Dentro da perspectiva holística, enquanto convivemos com uma doença, o potencial para cura existe e “todos os fatos estão relacionados a como as pessoas se experenciam como seres sexuais” (OOIJEN, 1995, p.36). Geralmente as pessoas necessitam de tempo para expressar o que sentem e com o que realmente estão preocupadas; podem nos testar, questionar para saberem com certeza se podem lidar com elas, como indivíduos, ou com a sua doença.

Devemos ter em mente que, além dos mais fortes efeitos que causa, uma doença séria, certamente afeta nossas relações com as pessoas. Nós devemos nos preocupar com a maneira como o (a) parceiro aceita, ou sente repulsa, ou se distancia (OOIJEN, 1995). Geralmente parceiros falham quando um ou outro não pode lidar com a doença. Às vezes o próprio doente se distancia do seu parceiro, para evitar a dor de uma possível rejeição, ainda que esteja enfrentando dor física e solidão (BERTAZONE, 2000).

Ainda Ooijen (1995) afirma que:

“As relações com os outros e a sexualidade são como um todo para nós, não importando se somos ou não ativos sexualmente, e de onde venha a nossa orientação sexual e não podemos separar a sexualidade de nós, seres humanos, ainda que estejamos doentes”. (p.37)

Como já citada anteriormente, a sexualidade se manifesta em qualquer fase de nossas vidas, e sua influência permeia todas as relações humanas, do nascimento até a morte; segundo Butler & Lewis (1985), “a sexualidade é mais do que sexo é uma oportunidade para expressar lealdade, paixão, afeição, estima e afirmação de um corpo e seu funcionamento”.

Dessa forma a função sexual excede os aspectos orgânicos, envolvendo os fatores psicossociais, tornando-os interdependentes.

O comportamento sexual é produto da sociedade, da cultura e também da estrutura biológica e seu funcionamento. A sexualidade é parte integral de uma pessoa, vista como um todo. Os seres humanos são sexuais de todas as maneiras, o tempo todo. Em uma escala mais ampla, a sexualidade determina quem somos. Ela é um fator integral na individualidade de toda pessoa (STUART & SUNDEEN, 1979 apud WEBB, 1987, p.43).

A percepção da enfermidade pelo indivíduo acometido de doença

crônica e pelas pessoas que convivem com ele pode influenciar no seu comportamento, fazendo com que possa usar a doença para conseguir algo que deseja sexualmente (BERTAZONE, 2000).

Como vemos, a sexualidade não sofre modificações determinadas somente pela influência da cultura de uma sociedade, mas também pela influência de distúrbios sistêmicos do organismo, como uma doença crônica que uma pessoa possa estar enfrentando, ou mesmo tentando se adaptar às alterações provocadas em seu organismo. Será sempre um desafio, tanto para a pessoa acometida quanto para seus familiares, pela necessidade de solucionar e/ou adaptar-se à condição, bem como para os profissionais que interagem nas situações.

1.5 SEXUALIDADE DO ESTOMIZADO

Revela-nos a história da humanidade que há milênios incorporamos em nosso elenco de conhecimento a idéia segundo a qual o único local por onde se deve exteriorizar o trato intestinal é o períneo Arruda (1969), e que um ânus artificial visível no abdome é repugnante para a própria pessoa e para os outros (DAVIS & EARDLEY, 1974).

A capacidade de controle do esfíncter anal é reconhecidamente um dos processos fundamentais do desenvolvimento humano. A perda desse controle voluntário e a construção do estoma resultam em efeitos psicossociais significativos, como já foi bastante abordado.

Uma das primeiras excitações e fonte de prazer pré-genital no desenvolvimento sexual infantil é a retenção e eliminação de fezes. Ao mesmo

tempo, é também um dos primeiros controles sociais exercidos pela mãe sobre a criança. O repúdio aos excrementos, a exigência quanto ao comando dos intestinos e esfíncter (relaxar e contrair), inaugura nossa entrada na cultura (LÚCIA, 2000).

Freud (2002), expressa com clareza essa passagem:

“... deve ser esta a primeira ocasião em que o infante vislumbra um ambiente hostil e seus impulsos instintivos, em que ele aprende a separar sua própria entidade dessa outra estranha em que ele realiza a primeira repressão de suas possibilidades de prazer. Desta época em diante, o que é anal persiste como símbolo de tudo que deve ser repudiado e excluído da vida”(p.64)

Freud (1969, p.32) lembra ainda que a civilização é constituída sobre uma renúncia ao intestino, a sua não satisfação pela repressão. A ordem e a limpeza constituem exigências importantes: “O incentivo à limpeza origina-se num impulso a livrar-se das excreções que se tornaram desagradáveis à percepção dos sentidos”.

O que se refere aos excrementos ultrapassa, assim, o biológico e atinge códigos sociais. A quebra desses códigos, quando observada por outros, causa sempre sentimento de vergonha. E o sentimento de vergonha do corpo, segundo Lúcia (2000), ou vergonha de si próprio, se apresenta como o maior impeditivo das relações afetivas e sexuais. O medo de ser humilhado ou rejeitado impede o contato íntimo.

A colostomia definitiva, apesar de sua amplitude, não apresenta muito risco, desde que seja praticada corretamente e o cliente seja bem amparado no pré e pós-operatório. Essa cirurgia, todavia, traz os inconvenientes do ânus artificial, condição fácil de ser contornada por alguns pacientes, enquanto que, para outros, constitui de início um verdadeiro drama pela perda dos significados da eliminação intestinal normal e a colocação de um orifício no corpo (XAVIER, 1983; MAC ARTHUR, 1996).

As dificuldades que podem surgir após essa cirurgia têm efeitos

devastadores sobre a imagem corporal, a sexualidade e o comportamento do papel sexual (HOGAN, 1985), pois além de representar uma amputação/mutilação, constitui um fator degradante pela perda súbita de controle a flatos e fezes, e freqüentemente os portadores de estomas intestinais se sentem em desvantagem física e se percebem distantes do padrão normal estabelecido pela sociedade no que se refere à conduta sexual.

Mac Donald e Anderson (1984) realizaram estudos da vida conjugal de estomizados por câncer e detectaram que possuíam sentimentos estigmatizados, ou de vergonha e apresentavam também maiores índices de insônia, redução do apetite, sensação de menor energia, incapacidade sexual e maior uso de tranqüilizantes. Em outros trabalhos, Trentini et al. (1992) e Golis (1996) enfatizam que o estomizado enfrenta problemas relacionados a ajustamentos, principalmente quanto à atividade sexual.

Em um trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do HC da FMUSP, sobre a atividade sexual dos pacientes estomizados, a autora afirma que há uma maior freqüência do sentimento de vergonha enfrentado pelo paciente, frente ao seu parceiro sexual, separando-se dele para preservar o sentimento de segurança (LÚCIA, 2000).

O paciente se preocupa com a idéia de chocar seu parceiro sexual, receia ser considerado deformado e feio. E a nudez torna-se algo extremamente doloroso (MUNJACK & OZIEL, 1984).

A sexualidade do estomizado do ponto de vista psicológico, traz como conseqüências alterações da imagem corporal, por isso os indivíduos consideram-se pouco atraentes, possuem medo da rejeição e evitam o contato sexual. O próprio parceiro pode corroborar esse afastamento ao evitar contato íntimo por medo de

machucar ou por fatores psicológicos mais complexos. As doenças e as seqüelas físicas, psicológicas, e sociais nos estomizados, especialmente na dimensão da sexualidade, certamente interferem não só no seu próprio processo de reabilitação isoladamente, como na intimidade de seu relacionamento conjugal com os parceiros que, por sua vez, tendem a ser afetados pelos mesmos fatores além dos seus próprios (VERLAINE et al. 1997).

Um outro aspecto das alterações sexuais, principalmente relacionado às seqüelas físicas e um dos maiores problemas enfrentados pelos estomizados, diz respeito à impotência sexual no pós-operatório de estomas definitivas no sexo masculino, devido a dissecação e destruição de inervação pélvica juntamente com as dificuldades psicobiológicas; e a dispareunia pós-operatória no sexo feminino quando submetidas principalmente a ileostomia (NUGENT, 1999).

Alguns pacientes submetidos à amputação de reto e ânus relatam alteração da função sexual, mas muitas vezes pelo simples desajuste à nova situação de ser portador de um estoma.

Algumas mulheres portadoras de colostomia definitiva relatam dificuldade para obter o orgasmo e outras não mais o conseguiram. Nos carcinomas da parede retal anterior, é necessário considerar a possibilidade de invasão da parede vaginal, sendo eficaz a sua retirada juntamente com o tumor, por esse motivo, essas mulheres relatam dispareunia e perda da libido, devido ao encurtamento do canal vaginal (XAVIER, 1983).

Já alguns autores afirmam ser decorrente da formação de um tecido cicatricial que pode criar bandas ao redor da vagina e causar dor durante a relação, redução da lubrificação vaginal que resulta fricção irritativa da mucosa vaginal durante a relação e/ou desconforto por falta do reto que serve como apoio para a

vagina durante a relação (ROY et al., 1970; GLOECKNER, 1991; NUGENT, 1999).

Em pacientes do sexo feminino, uma percepção da deterioração da atração física juntamente com a dificuldade no momento do ato sexual pode representar uma catástrofe após uma cirurgia para construção de um estoma, uma vez que a atração física pode ser encarada, pela maioria das mulheres, como um sinal de sucesso (BELL, 1989).

Leão (1990) afirma que, enquanto a preocupação do homem está na habilidade de desempenhar, a preocupação da mulher está em ser aceita e desejada.

Em contrapartida, os homens portadores de colostomia desejavam, após a cirurgia, algum tipo de relacionamento sexual, relatando ser a parceira quem havia diminuído ou interrompido a atividade sexual. Mas a cirurgia não interrompia a possibilidade de masturbação e a busca de gratificação pessoal nesses pacientes (MUNJACK & OZIEL, 1984).

Alguns sujeitos se desinteressavam pela atividade sexual porque temiam piorar o seu estado; outros colostomizados por câncer acreditavam que a prática sexual em pacientes cancerosos é algo sujo, considerando a doença como punição do passado (SCHOVER, 1988 apud FREITAS, 1994, p.19).

Hogan (1985), menciona que em fase de quimioterapia e radioterapia, os pacientes podem ser orientados pelos médicos a não manterem relação sexual, sob a alegação de que seus sistemas imunológicos estão deprimidos.

O estoma pode assumir, para alguns portadores, um significado sexual. Ao lidar com o estoma, a manipulação pode se tornar equivalente à masturbação, sendo que o exibicionismo não é infrequente (LYONS, 1975). Mas pelo fato de o estoma ser delicado, vulnerável à irritação e à laceração por atrito excessivo, e

extremamente vascularizado, não deve ser usado para entrega sexual.

Para alguns homens, uma desmasculinização pode ocorrer, pois o estoma, que pode sangrar freqüentemente, por ser a mucosa extremamente sensível, simboliza uma vagina em período de menstruação. Essa evidência simbólica de feminilidade é reforçada, às vezes, pela impotência fisiológica que, para alguns homens, equivale à perda da masculinidade, julgando-se afeminados (WILSON, 1981; BELL, 1989).

Para os homossexuais a criação de uma colostomia pode ter drásticas conseqüências. Estudo relatou o caso de dois homossexuais um, que tinha uma vida sexual ativa anterior à operação, teve sua vida social arruinada após a cirurgia, enquanto outro não teve nenhum problema, uma vez que não tinha vida sexual ativa há anos. Um terceiro homossexual cometeu suicídio antes que a autora realizasse a entrevista (BELL, 1989).

Taylor (1994), observa que o assunto estomizado homossexual é pouco discutido o que leva a enfermeira a julgar-se pouco capaz de ajudar essa clientela. A mesma autora sugere que, na dúvida da orientação sexual do indivíduo, deve ser utilizada a palavra pessoa ao se referir à companheira ou companheiro, evitando, dessa forma, qualquer suposição ou julgamento sobre a relação.

Assim, parece-nos que tanto indivíduos homossexuais como heterossexuais experimentam as mesmas sensações, ansiedades e preocupações quando possuem um estoma.

Em um estudo Poyato, et al. (1990), demonstram que a mulher estomizada diminui a freqüência do ato sexual, principalmente pela perda da libido, medo de prejudicar seu estoma, e medo da rejeição do parceiro. Já para os homens a causa principal da diminuição da freqüência sexual é a impotência, o medo de

prejudicar o estoma, a fadiga física, medo das perdas de fezes e gases, temor da rejeição da parceira e diminuição da libido.

Gloeckner & Starling, (1982), entrevistaram 40 pacientes que possuíam estoma intestinal definitiva e constataram mudanças na performance sexual, tais como impotência, frequência sexual diminuída, dispareunia e diminuição na sensação de orgasmo, bem como diminuição da atração sexual. Como se esperava, 42% dos pacientes não receberam nenhuma orientação sexual pré ou pós-operatória.

Verlaine et al. (1997), conduziram um estudo em que verificaram o significado da sexualidade para o parceiro e as mudanças e suas causas ocorridas na sexualidade do estomizado na visão do parceiro. Como resultado constataram que o parceiro do estomizado pode estar hipertrofiando a afetividade para suprir a ausência de relacionamento sexual, constituindo um mecanismo compensatório para os distúrbios de auto-imagem e imagem corporal que afetam a sexualidade do estomizado.

Em geral, a abordagem do tema sexualidade do paciente estomizado é ainda motivo de preocupação, tanto por parte dos profissionais que lhe prestam atendimento, como por parte dos próprios pacientes, uma vez que as questões sexuais são consideradas tabus ou invasão de privacidade por algumas pessoas (SOUZA, 1990).

Dessa forma, a maneira pela qual o enfermeiro lida com o tema sexualidade, depende de como ele a define, o que está intrinsecamente ligado as suas crenças e valores (MAC ARTHUR, 1996).

Isso nos leva à reflexão sobre o melhor momento para nós, profissionais da saúde, abordarmos esta questão tão necessária.

Para Souza (1990), a definição do melhor momento para se abordar a questão sexual do paciente suscita controvérsias. Porém profissionais de diversas áreas observam que, na opinião do paciente, o principal interessado, a sexualidade deve ser discutida antes e após a cirurgia, sendo o período pré-operatório considerado o melhor momento.

Tais orientações são responsáveis por uma melhor reabilitação do paciente, quando comparado com aqueles que não as tiveram (STEWART, 1984; WADE, 1989).

1.6 ENFERMEIRO COMO EDUCADOR SEXUAL DO ADULTO

Em uma definição abrangente, ensinar é descrito como atividade pela qual o professor ajuda o aluno a aprender, e tem uma influência interpessoal, aliada à maneira como outras pessoas poderão comportar-se (HOGAN, 1985).

Smeltzer & Bare (1994), abordam o desafio que a enfermagem enfrenta ao atender as necessidades de educação para a população. Enfatizam o papel do enfermeiro educador como sendo de suma importância na restauração e promoção à saúde incluindo atividades de ensino, promoção e manifestação da saúde.

A educação prestada pelo profissional enfermeiro ao estomizado intestinal compreende fornecer informações que venham facilitar sua adaptação à nova condição de vida, incentivá-lo para que realize o autocuidado, ser o elo de ligação junto aos familiares para que a reabilitação seja facilitada. Trabalhar com suas crenças, medos e tabus, com vistas a facilitar a manutenção do convívio profissional e social e acompanhar a evolução de sua adaptação à nova condição (CEZARETI &

GUIDI, 1997 apud GEMELLI & ZAGO, 2002).

Segundo Hogan (1985); MacArthur (1996), dos vários profissionais da saúde, o enfermeiro tem a maior oportunidade para ensinar sobre a sexualidade humana. Geralmente o médico por falta de tempo, inclinação ou por não se sentir confortável para fazê-lo, deixa de abordar essas questões. O enfermeiro, formal ou informalmente, tem a oportunidade de desenvolver um relacionamento e obter a confiança e confiança dos pacientes, além de questionar sobre o relacionamento e o estilo de vida sexual.

Sabemos também que muitas vezes para a enfermagem, a sexualidade tem sido apenas uma questão reprodutiva. Como Instituição social, a enfermagem é, segundo Kriznofski (1973), a única profissão que dá permissão social para tocar o corpo do outro – qualquer parte do corpo do outro. Essa autorização social para manipular o corpo do outro assegura, ao coletivo da enfermagem, um poder incontestável, embora ainda não completamente percebido, entendido e utilizado como instrumento terapêutico.

Sobral (1989) afirma que ao entrar no hospital, o indivíduo, e o seu corpo, participa de outros códigos e rituais, com novos estímulos para a sua sexualidade. Porém, passa a ser percebido e tratado apenas como objeto da doença/cura e não mais como objeto de prazer, devendo permanecer nu ou de camisola para uma manipulação freqüente e mais fácil por parte dos profissionais de saúde – principalmente os de enfermagem.

Esse pressuposto – a “passagem mágica” do corpo prazer/corpo doença nega a possibilidade do desejo, tanto para o enfermeiro como para o enfermo, mascara a situação e dá para a enfermeira um bom alibi para a sua postura asséptica e assexuada.

Qualquer lampejo de desejo leva à fuga ou a palavra, que como código que é, apaga a emoção e permite a censura, tornando o desejo inacessível; conforme aponta (OLIVENSTEIN, 1988).

Muitas vezes, para a enfermagem as necessidades sexuais estão ligadas, habilmente, à limpeza e higienização dos órgãos sexuais, conseqüentemente demonstrando dificuldades para interagir terapêuticamente com a sexualidade do outro e com a sua própria.

Smeltzer & Bare (1994) alegam que o enfermeiro deve considerar todas as oportunidades de ensino, estando o indivíduo doente ou não. Deixam claro que, qualquer que seja, o local deve ser considerado como espaço para ensino e educação para a saúde. As autoras descrevem a necessidade de o paciente estar preparado para a aprendizagem, uma vez que é um dos fatores mais significativos, influenciando diretamente na adesão ao esquema terapêutico. Entre outros fatores, está a prontidão física, ou seja, estar preparado fisicamente; prontidão emocional, estar motivado a aprender e prontidão experimental, ou seja, capacidade de aprender o que está sendo ensinado, capacidade de entender o material instrucional apresentado, usando técnicas de fácil aprendizagem e apropriadas para as necessidades de cada indivíduo.

O processo de ensino-aprendizagem deve ser contínuo e constantemente reavaliado, passível de mudanças e aprimoramentos, sendo um processo evolutivo e coordenado, toda vez que se fizer necessário.

Segundo Lopes (1994), os profissionais de saúde devem abrir espaço para que as questões relacionadas à sexualidade sejam abordadas com os pacientes e seus parceiros, com a mesma relevância que a doença, a capacidade física, ou outra atividade de igual importância. Deve-se considerar a sexualidade do

indivíduo como fator extremamente importante, elevando sua moral e auto-estima, e conseqüentemente promovendo saúde.

Todo profissional de saúde pode e deve ser um agente de ações educativas em saúde de um modo geral, e em sexualidade especialmente, sem a pretensão de ser educador profissional. Não será menos importante do que este, visto que a clientela atingida por um não é absolutamente a mesma do outro. O fundamental é ser consciente desse papel, sabendo evitar formas iatrogênicas de comunicação como: atender de modo impessoal e puramente técnico, fazer perguntas inadequadas, criticar, ridicularizar, etc.

Enfim, devemos exercer uma profissão da saúde estando pessoal e profissionalmente abertos ao diálogo e às formas terapêuticas de comunicação, e acima de tudo deixar a sexualidade ficar a serviço do prazer e do plano de desenvolvimento das potencialidades do ser humano (Riechelmann, 1993).

É notório que discutir sobre sexualidade com o paciente não é tão comum quanto sobre feridas ou aspectos nutricionais envolvidos no cuidado de enfermagem. Portanto, os enfermeiros devem estar conscientes de suas limitações e procurar outros profissionais para lidar com o tema quando não se sentirem à vontade (Taylor, 1994).

Talvez a mais importante qualidade necessária para qualquer profissional que dispensará orientações e conselhos sexuais é estar seguro da sua própria sexualidade. Os enfermeiros devem estar cientes de que a sexualidade é, muitas vezes, uma área delicada, carregada de mitos e ansiedades.

Dessa forma, os enfermeiros precisam encorajar, apoiar e abordar a problemática sexual dos pacientes estomizados em seus locais de trabalho incorporando os cuidados de saúde sexual dentro de sua prática. Mas ao mesmo

tempo, as dificuldades que envolvem a natureza da sexualidade são conhecidas e as expectativas que possamos ter dos enfermeiros devem ser realistas.

Portanto, acreditamos que, somente quando a sexualidade humana for claramente reconhecida como uma área complexa e diretamente relacionada com a qualidade de vida, os profissionais de saúde, e principalmente os enfermeiros, serão capazes de lidar com a sexualidade dos pacientes estomizados efetivamente.

Assim, após uma apresentação sucinta da literatura, consideramos que o presente trabalho possa contribuir para uma assistência de enfermagem de qualidade, voltada à necessidade de sexualidade, ao paciente estomizado intestinal e seu parceiro.

2 OBJETIVOS

- Descrever o processo de implantação e implementação de grupos de educação sexual de adultos portadores de estomas intestinais definitivos;
- Identificar a percepção dos pacientes portadores de estomas intestinais definitivos quanto à sexualidade como uma dimensão importante de suas vidas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRABALHO EM GRUPO

Buscamos na literatura subsídios para composição do grupo, e a seguir relatamos o que diferentes autores preconizam para esse processo.

Estudar os grupos é de uma importância incontestável, pois grande parte das atividades desenvolvidas pelos seres humanos é realizada em grupos. Um trabalho desenvolvido por Pratt; no Hospital Geral de Massachussets, nos Estados Unidos em 1905, é considerado como um marco histórico no que concerne às primeiras experiências de utilização de grupo enquanto recurso terapêutico.

Cartwright & Zander (1967, grifo do autor) em seu estudo clássico sobre a dinâmica dos grupos, referem-se ao emprego do termo dentro de três perspectivas, ou seja, entendem dinâmica de grupo como uma **ideologia política** – interessada nas formas de organização e direção dos grupos; como **um conjunto de técnicas** – ligadas a programas de treinamento em relações humanas; finalmente, como **um campo de pesquisa** – voltado para a obtenção de conhecimentos a respeito da natureza dos grupos, as leis de seu desenvolvimento e suas inter-relações com os indivíduos, outros grupos e instituições mais amplas.

Lopes (1992) faz uma retrospectiva histórica situando o surgimento dos grupos a partir da Grécia antiga e o seu desenvolvimento através dos tempos. Esse trabalho em particular, reporta-se ao momento em que as experiências empíricas da utilização dos grupos como recurso terapêutico começaram a surgir.

A literatura sobre os grupos aponta-nos a importância do papel social que esses desempenham na sociedade e do caráter decisivo dos movimentos por eles desencadeados no contexto social (MUNARI, 1995).

Afirma Busnello (1986, p. 20) que os estudos sobre grupos são

importantes pelo seu próprio propósito. Diz o autor que “... em todo o mundo se trata de buscar o trabalho cooperativo e em equipe, para atingir o aperfeiçoamento das instituições sócias que procuram a melhoria das condições da sociedade humana”.

Do ponto de vista conceitual, observamos na literatura que, ao mesmo tempo em que grupo é um termo utilizado sem uma precisão definida, também possui uma grande variedade de concepções. Segundo Fonseca (1998, p. 177-78), “na prática, os grupos têm existido à revelia da carência de uma maior precisão conceitual”.

Zimerman (1993) indica algumas condições básicas para caracterizarmos um grupo, quer seja sua natureza operativa ou terapêutica. Parte dessas condições pontuam que um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os seus integrantes estão reunidos em torno de uma tarefa e objetivos comuns. Além de ter os objetivos claramente definidos, o grupo deve levar em conta uma estabilidade de espaço (local das reuniões), de tempo (horários, férias, ...), algumas regras e outras variáveis equivalentes que delimitam e normatizam a atividade grupal proposta.

As investigações de Pratt foram o fundamento básico desse método que pressupunha que os resultados do tratamento dependiam da influência benéfica de uma pessoa sobre a outra dentro de um grupo (Cappon, 1978).

Os primeiros trabalhos mais sistematizados sobre os grupos que os delimitam como um campo de estudo e pesquisa datam também da década de 30 e são marcados pela contribuição de Kurt Lewin. A expressão “dinâmica de grupo” foi criada por ele e popularizou-se desde a Segunda Guerra Mundial. O seu trabalho obteve, na época, nos EUA, apoio e incentivos importantes e decisivos para que

pesquisas e novos conceitos fossem desenvolvidos (MAILHIOT, 1981).

A abordagem de Lewin sobre o grupo é diferenciada daquelas apresentadas até o momento, pois na sua perspectiva “o grupo não é meramente uma coleção de indivíduos, mas uma entidade em si mesma, com qualidades que podem diferir daquelas de cada membro em particular” (WOOD, 1990, p.49). Essa perspectiva de Lewin diferenciava-se do que era comum na época, pois até então os grupos eram utilizados com finalidades estritamente terapêuticas. Lewin e seus seguidores desviaram-se do modelo médico, pois sua ênfase no trabalho com pequenos grupos era voltada para o contexto educacional.

Wood (1990) refere-se a esse trabalho como um espaço onde a solidão, o pessimismo, a depressão e outros efeitos psicológicos advindos da doença, poderiam ser aliviados pelo suporte emocional existente em um grupo estável de pessoas com preocupações e experiências semelhantes.

A enfermagem é por natureza uma profissão que desenvolve trabalho em grupo tanto na assistência como nas atividades junto à equipe de enfermagem, junto às equipes multiprofissionais, durante a passagem de plantão, executando atividades educativas junto a grupos específicos da população, como no ensino, realizando grupos de discussão de casos ou estratégias em disciplina nas quais os grupos funcionam como parte de aprendizagem (MUNARI, 1997).

O papel do enfermeiro nesse contexto consiste em propiciar que esses benefícios terapêuticos possam emergir e não simplesmente apresentar aos clientes a sua solução, uma vez que é fundamental que cada indivíduo tenha a sua percepção e que possa aprender a transportar seus *insights* para o seu cotidiano.

Outro aspecto a ser valorizado e estimulado pelo enfermeiro é a possibilidade do indivíduo não só receber suporte do grupo, mas de ser capaz de se

exercitar em colocar-se para o grupo, expondo suas experiências, e dar *feed-back* às outras pessoas. “O grupo pode ser utilizado para diminuir a dependência do indivíduo em relação aos variados recursos interpessoais e sociais de que dispõe” (LOOMIS, 1979, p.14).

Um outro fator refere-se às desvantagens de utilizarmos os grupos. A primeira e, talvez, a maior delas é o mau uso e a má direção que pode ocorrer em função da falta de conhecimento e preparo do coordenador para essa tarefa.

Dependendo do seu objetivo, o grupo necessita de atenção mais cuidadosa do coordenador. Por exemplo, um grupo com muitas pessoas dificilmente oferecerá espaço para se lidar com as necessidades de todos. Diferenças de níveis de instrução, de idade e de interesses também podem dificultar a condução do trabalho (MUNARI, 1995).

O enfermeiro deve prover estrutura adequada e ter noção do trabalho grupal para planejar as melhores condições para o grupo acontecer e ser efetivo. Alguns aspectos da estrutura física podem significar desvantagens para o adequado manejo do grupo, como, por exemplo, trabalhar sem tempo previsto para a atividade ou não respeitando o que foi combinado. O local deve ser adequado para oferecer conforto e privacidade à atividade e transmitir aos membros do grupo um clima de segurança e pertencimento.

Também pode trazer desvantagens ao funcionamento do grupo a existência, entre os membros, de resistência a mudanças. Isso pode estar evidenciado pela dificuldade em se estabelecer e fazer funcionar as regras ou normas que regem os grupos. É importante sermos capazes de perceber esse clima de resistência para planejar a intervenção nos pontos críticos que estão emergindo.

3.2 GRUPOS DE AUTO-AJUDA (GAAS)

Inicialmente, convém destacar que, de acordo com o processo básico de funcionamento dos GAAs, a denominação mais adequada é a da ajuda mútua (SANCHEZ VIDAL, 1991). O autor propõe uma integração das duas expressões: são grupos de auto-ajuda na medida em que mantêm total autonomia em relação a instituições e profissionais (ou seja, o grupo ajuda a si mesmo); são grupos de ajuda mútua porque baseiam sua atuação na mutualidade (os participantes ajudam-se uns aos outros).

A partir dos trabalhos de (BORKMAN, LEVY (1976), ROOTES & ANNES (1992) e JACOBS & GOODMAN (1989) APUD ROEHE, 2004, p.401) reuniram-se mais informações para melhor definir um GAA. Os critérios mais utilizados são os seguintes:

- Autogestão – os próprios integrantes encarregam-se de todos os procedimentos necessários para a manutenção do grupo;
- Independência de instituições e profissionais de saúde – os GAAs são leigos e autônomos ;
- Participação voluntária – a freqüência ao grupo é totalmente livre;
- Nenhum interesse financeiro – os GAAs não visam lucro; sustentam-se com doações espontâneas dos integrantes;
- Dirigidos para um único problema – os grupos têm um foco: alcoolismo, drogadição, problemas emocionais, compulsão alimentar e outros;
- Experiências pessoais como principal fonte de ajuda – os GAAs não utilizam conhecimento científico ou literatura especializada,; o conhecimento partilhado é experiencial.

Os GAAs proliferaram nos EUA depois da experiência pioneira e positiva dos Alcoólicos Anônimos (grupo criado em 1935, nos EUA).

Para Sanchez Vidal (1991), a primazia dos EUA no desenvolvimento dos GAAs deve-se à importância atribuída na sociedade norte americana às iniciativas da sociedade civil, estimulando que as pessoas se responsabilizem por sua cidadania.

Dumont (1974 apud ROEHE, 2004, p. 400) associa a origem do programa dos Doze Passos, criado por Alcoólicos Anônimos e utilizado por vários grupos, entre eles N/A, à tradição protestante norte-americana. Exemplos disso são o reconhecimento da pecaminosidade, o modelo confessional e a busca por pureza espiritual. Também a cultura da igualdade, típica dos GAAs, encontra respaldo na sociedade norte-americana, orientada para coesão por identificação grupal, limites bem demarcados entre diferentes grupos e divisões étnicas nas metrópoles. Além disso, surge um novo senso de igualitarismo, contribuindo, conforme Vattano (1972), para a queda em importância da autoridade e do status tradicional (exemplo é o bordão *“power to the people”*). Assim, iniciativas com respaldo oficial e credencial especiais já não são automaticamente consideradas competentes (BLACK & TAYLOR, 1976 apud ROEHE, 2004, p. 400). Os GAAs reforçam a ideia de que a distância entre quem ajuda e quem é ajudado não deve ser tão grande quanto pensam os profissionais mais tradicionais.

De acordo com Osório (1986) e Zimerman (1993), os GAAs são grupos terapêuticos e homogêneos, que visam congregar pessoas que passam por sofrimentos idênticos. São grupos também conhecidos como *“self-help”*, fundamentam-se, em ajudar pessoas a resolver problemas relacionados a traumas decorrentes de distúrbios provocados por doenças de natureza aguda e, em

especial crônicas.

Zuckerfield (1992, p.77), destaca o valor dos GAAs, afirmando que, “o compartilhar experiências comuns, proporciona aos seus integrantes, uma enorme energia que, pode ser carregada para as exigências da vida, para a ressocialização e para a recuperação”.

Esse é o marco que elegemos para o trabalho com pacientes portadores de estomas, motivo pelo qual nesta pesquisa optamos por realizar trabalhos em grupos com clientes estomizados intestinais, após a hospitalização.

Essa modalidade de trabalho, em que os indivíduos trabalham a partir de um único problema e utilizam suas experiências pessoais como principal fonte de ajuda, remete para um processo de discussão grupal onde há necessidade de um líder com habilidade especial para que deixe o grupo fluir, só intervindo quando a discussão tornar-se constrangedora ou quando o grupo fugir do seu objetivo. O líder não controla o grupo, mas estimula a participação, guia a discussão, faz uma síntese das idéias ou propõe questões. A discussão é confidencial, por isso as questões particulares não devem ser tratadas em grupo, mas reservadas para entrevistas particulares, entretanto se for vivido por todo o grupo, o problema pode ser abordado (Hogan, 1985).

O líder deverá ajudar o grupo a tratar de problemas que envolvam valores tais como: objetivos da expressão sexual, expressão da sexualidade nos relacionamentos, características de comportamento sexual responsável.

O trabalho em grupo de discussão é extremamente importante e eficaz por ter a função de proporcionar troca de experiência, esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de conhecimentos atuais.

4 METODOLOGIA

4.1 LOCAL

O estudo foi realizado em um hospital e ambulatório- escola de grande porte, com uma área especializada em coloproctologia, situada em São José do Rio Preto, uma grande cidade do interior de São Paulo, que atende pacientes portadores de estomias intestinais de São José do Rio Preto e clientes encaminhados por serviços de saúde de outras regiões.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa, da Instituição, tendo recebido parecer favorável **(ANEXO A)**.

Os sujeitos da pesquisa através de um termo de consentimento livre e esclarecido **(ANEXO B)** manifestaram a sua concordância em participar na pesquisa, como também lhes foi garantido sigilo quanto às informações obtidas durante a realização do estudo.

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por adultos de ambos os sexos, da instituição em questão, portadores de estomas intestinais definitivas. Foram excluídos do estudo os pacientes que não aceitaram participar da pesquisa.

As fichas de atendimento de enfermagem específica para os portadores

de estoma intestinal, as fichas de cadastramento no NGA-60 (Núcleo Gestacional de Assistência) que assiste o estomizado em nível ambulatorial e prontuários médicos na área de coloproctologia foram utilizadas como fontes de dados.

O projeto foi aprovado pela Diretoria Adjunta de Extensão de Serviços à Comunidade (**ANEXO C**).

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Objetivando registrar a percepção dos sujeitos de como os grupos influenciam seu processo de readaptação sexual, todos os encontros foram gravados conforme concordância dos sujeitos, e as falas dos mesmos foram analisadas segundo a análise de prosa de André (1983). Para a autora citada, a ANÁLISE DE PROSA é “uma forma de investigação dos significados dos dados qualitativos. É um meio de levantar questões sobre o conteúdo de um determinado material. O que é que este diz? O que significa? Quais suas mensagens?” (p.67).

Nessa análise, são incluídas mensagens intencionais e não intencionais, explícitas e não explícitas, verbais e não verbais, alternativas e contraditórias.

Estudos qualitativos segundo Lüdke & André (1986), [...] envolvem a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada; enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes (p.69).

Compreendo que esta técnica de análise é pertinente a este estudo, já que a mesma é uma abordagem alternativa de examinar os dados coletados; principalmente quando a análise desses dados reflete a realidade e pode envolver

significados variados.

A utilização de dados qualitativos na pesquisa tem muitas vantagens, pois eles permitem apreender o caráter complexo e multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural (TIKUNOFF & WARD, 1980 apud FERREIRA, 2002, p.91).

O material, nesse caso, pode ser tanto o registro de observações e entrevistas como outros materiais coletados durante o trabalho de campo como documentos, fotos, um quadro, um filme, expressões faciais, mímicas, etc. E os tópicos e temas serão gerados a partir do exame dos dados e de sua contextualização no estudo, sendo esses tópicos e temas freqüentemente revistos, questionados, reformulados na medida em que a análise se desenvolve, tendo em vista os princípios teóricos e os pressupostos da investigação.

Vários autores, como Glaser & Strauss (1967); Bogdan & Taylor (1982); Patton (1980); Guba & Lincoln (1981), citados por André (1983), sugerem que o primeiro passo na análise dos dados qualitativos seja a construção de um sistema de categorias, devendo-se examinar o material identificando tópicos, temas e questões relevantes.

Em primeiro lugar, ocorre a distinção entre os tópicos e temas; pode-se dizer que, segundo Mills (1959 apud FERREIRA, 2002, p.93), tópico é um assunto, enquanto o tema é uma idéia, sendo que este envolve um nível de abstração maior que aquele.

André (1983), coloca que não está claro se os tópicos e temas são gerados simultaneamente ou se os temas aparecem a partir dos tópicos, ou se possuem outras formas alternativas, pois são bastante flexíveis. Não fica explícito se os tema e os tópicos são gerados concomitantemente, ou se os temas surgem a partir da agregação de tópicos. É necessário levar em conta que o processo de

categorização dos dados qualitativos envolve não somente o conhecimento lógico, objetivo ou intelectual, mas também conhecimento pessoal, subjetivo ou intuitivo do pesquisador.

A pesquisa geralmente tem início com uma série de questões ou problemas considerados importantes, que servem de guia para coleta e análise inicial dos dados, mas conforme o estudo se desenvolve, podem surgir novas direções, idéias e questões que exigem o estabelecimento de novas áreas de investigação. É preciso que o método de análise permita a identificação de tópicos e temas principais na situação estudada, mas que também ajude a questionar as interpretações, além de oferecer interpretações alternativas. A orientação da autora é que esses temas e tópicos devam ser gerados em decorrência da leitura minuciosa do conteúdo, e posterior avaliação dos dados e da contextualização na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Inicialmente, faz-se necessário caracterizar os 19 participantes portadores de estoma que fizeram parte do estudo. Os nomes são fictícios escolhidos pelos próprios participantes.

Tabela 1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Nome Fictício	Sexo	Idade	Doença	Tempo de Estoma	Parceria	Ocupação
1.Flávio	masc	66	câncer colo retal	30 anos	divorciado	motorista
2.Naira	fem	49	câncer colo retal	1 ano e 6 meses	solteira	costureira
3.Donizete	masc	69	câncer colo retal	2 anos	casado	vigia
4.Melina	fem	60	câncer colo retal	28 anos	casada	escriturária
5.Jacaré	masc	65	câncer colo retal	8 anos	casado	eletricista aposentado
6.Padilha	masc	68	megacólon chagásico	4 anos	viúvo	aposentada
7.Lorena	fem	76	câncer colo retal	12 anos	viúva	professora
8.Mario	masc	52	câncer colo retal	2 anos	casado	aposentada técnico em eletrônica
9.Amélia	fem	65	câncer colo retal	13 anos	casada	aposentada
10.Carla	fem	44	retocolite ulcerativa	2 anos	casada	cabeleireira
11.Elza	fem	46	câncer colo retal	4 meses	casada	do lar
12.José	masc	66	câncer colo retal	11 meses	casado	carpinteiro
13.Fernando	masc	56	doença de crohn	8 anos	casado	eletricista
14.Aline	fem	52	retocolite ulcerativa	13 anos	casada	agente escolar
15.Beatriz	fem	54	câncer colo retal	2 meses e 15 dias	casada	professora aposentada
16.Pedro	masc	66	câncer colo retal	1 ano e 8 meses	casado	pedreiro
17.Lucas	masc	59	retocolite ulcerativa	4 anos	casado	vendedor de exportação
18.Alexandre	masc	71	câncer colo retal	7 anos	viúvo	pedreiro
19.Mara	fem	53	câncer colo retal	2 anos	divorciada	aposentada

Dos 19 participantes portadores de estoma intestinal do grupo, nove eram

do sexo masculino e dez do sexo feminino. E nesses, 7(36,8 %) do sexo masculino foram acometidos pelo câncer colo-retal e 6 (31,5 %) do sexo feminino foram acometidas pela mesma patologia. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2005) o câncer colo-retal que abrange tumores que atingem o cólon (intestino grosso) tanto homens como mulheres são igualmente afetados, sendo uma doença tratável e freqüentemente curável quando localizada no intestino sem extensão para outros órgãos.

A idade variou de 44 a 76 anos, verifica-se que a faixa etária predominante na população foi de 60 a 69 anos, com 8 (42,1%) dos estomizados. As estimativas de incidência de câncer no Brasil para 2006, publicadas pelo INCA, apontam o câncer colo-retal como o 5º tumor maligno mais freqüente entre homens (com 11.390 casos novos) e 4º entre as mulheres (13.970 casos novos). A maior incidência de casos ocorre na faixa etária entre 50 e 70 anos, mas as possibilidades de desenvolvimento já aumentam a partir dos 40 anos.

A maioria destes, 13 (68,4%) eram casados, 3 (15,8%) viúvos, 2 (10,5%) divorciados e 1 (5,2%) solteiro. Observa-se que os casados foram predominantes 13 (68,4%) no grupo. O apoio do parceiro é de suma importância para o reajustamento do estomizado intestinal, acredita-se que a compreensão e o apoio do parceiro deva ser respaldado por conhecimentos básicos adquiridos na atuação conjunta de uma equipe interdisciplinar na assistência a essa clientela, desde a sua fase diagnóstica.

Com relação à ocupação 13 (68,4%) realizam atividades ocupacionais, e 6 (31,5%) encontram-se aposentados. Caracterizando-se uma população produtiva, esse fato não era esperado por não ser uma característica de grupos de terceira idade.

5.2 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO GRUPO

O primeiro encontro do grupo foi realizado no dia 6 de abril de 2004, às 14:00 horas em uma sala de aula da FAMERP (Faculdade de Medicina de Rio Preto), no pavilhão Mário Covas destinado ao curso de enfermagem. Integravam o grupo os 13 portadores de estomas, a pesquisadora como coordenadora do grupo, e uma docente de enfermagem que foi convidada para a função de observadora não-participante.

Dois meses antes da primeira reunião foram contactados aproximadamente 45 pacientes, dos quais havia fichas preenchidas. Alguns pacientes haviam falecido, outros não aceitaram por achar que não se sentiriam à vontade participando de uma atividade como essa. Outros aceitaram prontamente e demonstraram empolgação por essa iniciativa.

Na primeira reunião foi estabelecido que o grupo seria, na primeira terça-feira de cada mês, uma reunião mensal, das 14:00 às 16:00 horas, na sala 3 do Pavilhão Mário Covas, localizada na Faculdade de Medicina de Rio Preto.

Para a segunda reunião foram convidados o médico responsável pela equipe da coloproctologia e docente de Medicina da FAMERP, e a psicóloga da equipe da proctologia, os quais aceitaram gentilmente o convite. E nesse encontro mais sete pessoas participaram. Sendo assim, o grupo nomeado pelos participantes de **“UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR”** se estabeleceu com 19 portadores de estomas definitivos partir do 5º encontro; uma enfermeira estomaterapeuta (coordenadora do grupo); uma enfermeira com a função de observadora não-participante; um médico coloproctologista e uma psicóloga.

Dois dias antes das reuniões era feito pela pesquisadora o contato por telefone para lembrá-los e para confirmar a presença. Toda dinâmica do grupo obedeceu a uma programação realizada previamente pela pesquisadora **(APÊNDICE A)**, e era fornecido aos participantes o convite para a reunião seguinte **(APÊNDICE B)**. No final de toda reunião foi feita a oração de Jesus (Pai Nosso), condição estabelecida por uma participante e aceita por todos, e terminada com um bate - papo e um chá da tarde (guloseimas, refrigerantes e café).

FORAM REALIZADOS 14 ENCONTROS

1º Encontro realizado no dia 06 de abril de 2004 horário das 14:00 às 16:00h

Objetivos:

- Permitir que os participantes se conhecessem e interagissem uns com os outros;
- Permitir que os participantes verbalizassem os assuntos a serem discutidos, nos encontros seguintes, segundo suas necessidades;
- Dessensibilizar os participantes quanto à abordagem de assuntos ligados a sua patologia.

No primeiro encontro integravam o grupo 13 portadores de estomas definitivos, a pesquisadora (líder do grupo) e uma docente de enfermagem (observadora não participante).

Inicialmente foi verbalizada as regras do grupo:

- discussões serão confidenciais;
- falar um de cada vez;
- respeitar a opinião, dúvidas, sentimentos dos outros;

- respeitar o direito de ser ouvido;
- questões particulares serão discutidas individualmente, mas se forem dúvidas de outros serão trazidas para o grupo.

Os participantes mostraram-se entusiasmados, curiosos, porém tímidos. Mas no momento da dinâmica de apresentação começaram a ficar desinibidos, interagindo um com o outro.

Nesse dia foram informados de que o objetivo dos encontros seria discutir vários temas, sendo o principal a sexualidade e foi permitido que sugerissem assuntos para os próximos encontros, segundo suas necessidades. E os assuntos sugeridos foram: alimentação do estomizado, aspectos emocionais, dispositivos utilizados, procedimentos cirúrgicos, técnica de irrigação e sexualidade.

No momento em que foi sugerido o assunto sexualidade por uma participante, alguns participantes posicionaram-se contrários a discutir a temática.

Após a dinâmica de apresentação, foi direcionada a discussão sobre o processo do adoecimento.

2º Encontro realizado no dia 04 de maio de 2004 horário das 14:00 às 16:00h

Objetivo:

- Permitir nesse encontro que os participantes através de uma discussão, com o Dr João Gomes Netinho (coloproctologista), amenizem suas ansiedades e esclareçam dúvidas a respeito de sua patologia e seu estoma;
- Detectar e discutir as reações dos familiares com relação à cirurgia;
- Detectar as alterações impostas pela cirurgia no cotidiano do paciente;
- Levantar o comportamento do paciente em relação a seus familiares e demais pessoas.

Dos integrantes da reunião anterior, ausentou-se apenas um, que justificou (iria fazer uma cirurgia). Houve nesse encontro um aumento no número de participantes, de 13 no primeiro encontro, para 20.

Todos ficaram satisfeitos com a participação do médico que respondeu as questões e se comprometeu em participar do grupo. Nesse dia o grupo se mostrou mais entrosado.

Houve um interesse significativo pelo tema sexualidade, inclusive por parte daquela que na reunião anterior disse não gostar desse assunto.

Na segunda fase da reunião foram feitas duas questões norteadoras:

- Quais foram as reações dos seus familiares após sua cirurgia? Você foi compreendido?
- Qual foi sua postura/reação após a cirurgia em relação aos familiares e a sua vida social?

3º Encontro realizado no dia 01 de junho de 2004 horário das 14:00 às 16:00h

Objetivos:

- Permitir que os participantes esclarecessem dúvidas sobre o sistema de irrigação intestinal;
- Permitir que sugerissem e escolhessem um nome para o grupo;

Nesse dia faltaram dois integrantes (Lucas e Reis), o Sr. Reis participou somente do encontro anterior e não compareceu mais.

Os assuntos abordados foram direcionados e não houve conversas paralelas. Primeiramente foi discutido o assunto Irrigação Intestinal e, para abordar a distribuição de bolsas pelo ARE (Assistência Regional de Especialidade), foi

convidada a enfermeira, responsável pelo serviço de distribuição de dispositivos e atendimento ambulatorial dos estomizados no Núcleo Gestacional de Assistência (NGA 60).

Após a dinâmica de grupo “O pássaro”, foi reiterado que sugerissem um nome para o grupo, tarefa essa que havia sido solicitada desde o primeiro encontro. Alguns nomes trazidos pelos participantes foram citados para votação como: *Bem – Viver, Amizade, Renascer, Esperança, Unidos Para Uma Vida Melhor, Alegria De Viver, Renascer e Vida*. Pela maioria de votos venceu o nome: “*Unidos Para Uma Vida Melhor*”, sugerido pelo integrante Jacaré.

4º Encontro realizado no dia 06 de julho de 2004

Objetivos:

- Permitir que os participantes esclarecessem dúvidas sobre alimentação;
- Conhecer as percepções que os participantes tinham de si mesmos;

Nesse dia participaram do grupo 16 pessoas e integrou uma nova participante que chegou muito triste e abatida, pois havia feito a cirurgia de Miles (amputação de reto e ânus) há aproximadamente 2 meses. Os participantes de alguma forma queriam confortá-la dando boas-vindas, questionando-a e até recitando uma poesia.

“Por que não sorrir?”

Se o sorriso não custa nada e produz muito!

Ele enriquece quem o recebe, sem empobrecer quem dá.

Dura apenas um instante, mas sua lembrança pode ser eterna.

Ninguém é tão rico que o possa desprezar, e ninguém tão pobre que não o mereça.”

(lida pela integrante Mara)

Após a apresentação da nova integrante, iniciamos a discussão sobre a

alimentação do estomizado com uma nutricionista. Foi um momento muito agradável no qual os integrantes sanaram dúvidas e falaram sobre seus hábitos alimentares.

Após essa etapa foi proposto que cada um respondesse a questão “Que percepção tem de si?”

5º Encontro realizado no dia 03 de agosto de 2004

Objetivos:

- Permitir que verbalizassem suas emoções e sentimentos e esclarecessem suas dúvidas com uma psicóloga;
- Conhecer as razões que os levam a participar de um grupo.

Neste dia compareceram todos os integrantes e iniciou-se a reunião com uma discussão sobre sentimentos vivenciados atualmente, com uma psicóloga.

A nova integrante, Beatriz, verbalizou a dificuldade que sentia em aceitar o seu estoma, bem como de conviver, de socializar-se, isolando-se em casa. No decorrer do grupo todos tentavam de alguma forma confortá-la e a discussão transcorreu através de uma questão que a norteou: O que fizeram para superar a situação de estar estomizado?

Foi um momento muito rico de experiências e vivências que a ajudaram muito.

Após, norteamos a discussão com uma outra questão: O que vieram buscar no grupo?

Todos participaram expondo suas opiniões e verbalizando a importância que tem esse grupo para eles. Foi um dia muito proveitoso.

6º Encontro realizado no dia 14 de setembro de 2004

Objetivos:

- Dar aos participantes a oportunidade de se posicionarem em relação a assuntos diversos ligados ao tema sexualidade humana;
- Permitir que os participantes refletissem sobre o significado de seus posicionamentos e também dos posicionamentos dos outros membros do grupo;
- Permitir que os participantes verbalizassem como era seu relacionamento sexual antes e depois da cirurgia:
 - Conhecer quanto tempo levou após a cirurgia para o retorno sexual;
 - Permitir que os participantes verbalizassem a satisfação ou não de sua vida sexual hoje/atual;
 - Permitir que os participantes sugerissem em que aspectos sua vida sexual deve melhorar.

Como nesse dia o clima estava muito seco e quente, seis integrantes apresentaram sintomas de gripe e se ausentaram do encontro, que aconteceu com 13 integrantes. O encontro foi iniciado com duas dinâmicas de grupo relacionadas à sexualidade.

A primeira dinâmica conhecida como “Concordo - Discordo” permitiu que fornecêssemos aos integrantes a oportunidade de se posicionarem, em relação a assuntos diversos ligados ao tema da sexualidade humana e da educação sexual. Foi inicialmente lido uma série de afirmações. Ao ouvir cada afirmação, deveriam dirigir-se ao canto da sala, que continha de um lado cartaz com a palavra **Concordo**

e, do outro lado, com a palavra **Discordo**. Isso seria de acordo com que expressasse melhor a sua atitude em relação ao que foi lido.

As afirmações não seriam discutidas. Cada participante deveria apenas posicionar-se e observar, após cada leitura, o que aconteceu.

Através dessa dinâmica foi possível observar que, apesar de o grupo ter mais ou menos o mesmo nível educacional, as reações foram bastante diversas, porque o tema Sexualidade é polêmico e com pouco consenso.

1ª afirmação: Uma pessoa que sabe que está com Aids e continua tendo relações com vários parceiros, deve ser punida?

Concordam: todos (Mário, Mara, Lucas, Padilha, Melina, Aline, Fernando, Jacaré, Donizete, José, Naira, Beatriz, Amélia).

“A pessoa que tem AIDS sabe que está fazendo errado.”(Amélia)

2ª afirmação: A melhor forma de as crianças brasileiras receberem alguma educação sexual hoje é através das escolas.

Discordam: todos.

“Eu não intindi como é que é?” [Depois de explicado] “Ah, eu acho que não.” (Donizete)

3ª afirmação: Os pais devem esperar até que seus filhos façam perguntas sobre sexo, antes de discutirem o assunto com eles.

Concordam: Mário, Aline, Donizete, Amélia, Fernando, Melina.

Discordam: José, Jacaré, Lucas, Naira, Beatriz, Padilha, Mara.

“Não... deve ir logo explicando... quando tiver os seus onze, doze anos já deve contar tudo, principalmente menina... com nove, oito anos, já sabe tudo. Essa aqui [aponta para a filha que foi acompanhar a mãe] com oito anos já sabia que ia

menstruar... o que era, o que não era.”(Padilha)

4ª afirmação: Os adolescentes de hoje sabem mais sobre o relacionamento sexual do que nós sabíamos quando éramos adolescentes.

Concordam: todos.

“Eu concordo e discordo ao mesmo tempo. Na nossa época não tinha a divulgação que tem hoje.”(Jacaré)

5ª afirmação: O professor deve interferir se souber que uma de suas alunas está sendo vítima de abuso sexual em casa.

Concordam: todos.

6ª afirmação: A pornografia pode deformar o caráter sexual dos adolescentes, levando-os a praticarem excessos e exageros sexuais.

Concordam: todos.

7ª afirmação: A virgindade é um fator importante para o sucesso do casamento.

Concordam: Padilha, Mário, Melina.

Discordam: Amélia, Donizete, Jacaré, Lucas, Fernando, Beatriz, Aline, Mara, José e Naira.

“Na época que nós vivemos hoje, não existe mais isso, né? Ah, ah, ah. Com esse tal de fica aí, vou te contar uma coisa, já virou bagunça.”(Jacaré)

“É capais de nem aceitar se souber que é virgem... hoje em dia do jeito que tá tudo moderno!” (Naira)

“Eu acho que não existe mais virgem... Eles tiram saro na tua cara se você disser que é virgem.”(Mara)

8ª afirmação: A maioria dos homens prefere casar-se com mulheres ainda virgens.

Concordam: Mário, Fernando.

Discordam: o restante.

“Mas que é bom, é bom... Mas não acontece mais.”(Padilha)

9ª afirmação: A infidelidade conjugal é aceitável até que o outro cônjuge não fique sabendo.

Concordam: Fernando, Mário.

Discordam: o restante.

Houve grande inquietação dos participantes.

“Se você faz uma coisa escondido, não é? A gente não deve de fazer nada escondido... E tudo que fizer, ou pensar em fazer, a gente tem que comunicar o marido primeiro.”(Padilha)

10ª afirmação: Eu só casaria com alguém que já tivesse tido relações sexuais.

Discordam: todos.

11ª afirmação: Pais de adolescentes deveriam dar-lhes informações sobre anticoncepção.

Concordaram: todos.

12ª afirmação: É perigoso ter relação sexual durante a menstruação.

Concorda: Fernando.

Discordam: o restante.

13ª afirmação: Os homens tendem mais a desfrutar do sexo sem amor.

Concordam: o restante.

Discorda: Jacaré.

Essa dinâmica permitiu que trouxessem à tona as suas opiniões, mesmo não havendo, muitas vezes, consenso as pessoas respeitaram a opinião do outro. Os participantes se sentiram à vontade para se posicionarem, reagiram de maneira positiva com tranquilidade, sem constrangimento.

7º Encontro realizado no dia 05 de outubro de 2004 e sua continuação ocorreu no 9º encontro realizado no dia 15 de dezembro de 2004**Objetivos:**

- Identificar como os participantes descrevem seu estoma;
- Identificar como os participantes realizam seu autocuidado;
- Informar aos participantes sobre a anatomia e fisiologia do sistema intestinal, os tipos de estomas, patologias que levam a pessoa a ser portador de estoma intestinal;

No 7º encontro houve apenas uma falta, da integrante Beatriz, que justificou ter fraturado o quadril devido ao excesso de Radioterapia.

A proposta desse dia era abordar, de maneira acessível, a anatomia e fisiologia do sistema intestinal, citar os tipos de estomas intestinais, citar as doenças que levam o indivíduo a ser portador de um estoma intestinal. Esses assuntos foram abordados em dois encontros.

Foram apresentados os assuntos em multimídia, com várias figuras

ilustrativas e citados vários exemplos, para facilitar a compreensão, fatores que tornaram a discussão muito interessante.

Durante o assunto abordado, houve várias discussões e questionamentos.

8º Encontro realizado no dia 16 de novembro de 2004

Objetivos:

- Permitir que os participantes esclarecessem dúvidas, com o urologista, sobre a disfunção erétil;
- Levantar e discutir os prejuízos sexuais deixados pela cirurgia, e as formas de resolução desses prejuízos sexuais.

Como o dia estava chuvoso, nesse encontro faltaram três integrantes que justificaram (Naira, Lucas e Melina), e apareceu um novo integrante chamado Garcia que justificou não ter condições de participar efetivamente do grupo, mas que só veio nesse encontro, pois sabia que seria abordado o assunto disfunção erétil, assunto esse que muito o interessava.

O convidado do dia foi um médico urologista que abordou o tema Qualidade de Vida e Disfunção Erétil. A discussão foi muito interessante, esclarecedora e permitiu que os integrantes tivessem esperanças quanto a sua situação (impotência sexual). O assunto foi transmitido com uma linguagem acessível aos participantes, o médico que disponibilizou o seu consultório no ambulatório do Hospital de Base, para os interessados em uma consulta individual.

O início da discussão começou com uma pergunta extremamente importante feita para o urologista pelo médico proctologista que esclareceu, tanto os

portadores como os profissionais, que foi a seguinte:

“Aquela pessoa que foi submetida, ou aquele homem que foi submetido a uma cirurgia... e que houve a necessidade de ressecar todo o reto e nessa cirurgia muitas vezes é lesado os nervos irrigentes... Responsáveis pela ereção. Ultimamente está melhorando a técnica cirúrgica, está sendo mais refinado... Este problema está diminuindo... Mas eu queria que você falasse um pouco sobre esse paciente que após ser submetido a essa cirurgia e teve problema de... algum grau de dificuldade de ereção.”

A resposta foi esclarecedora e acessível a todos:

“O que eu acho interessante é que tanto as cirurgias a qual o doutor relacionou são cirurgias mutilantes que a gente encontra tanto na proctologia, com a amputação de reto, como nós encontramos na urologia com as cirurgias de prostatectomia radical. Hoje a gente identifica câncer de próstata com uma frequência muito maior... Em pacientes cada vez mais jovens. Então o que ocorre... para se abordar essas cirurgias, você tem que fazer uma cirurgia oncológica. Quer dizer, você tem que fazer uma cirurgia abraçando e tirando tudo, para você realmente tirar o tumor. A grande causa que você tem que tirar... é a causa que mantém vocês aqui vivo. Porque se o médico fosse econômico... Se o médico falar: Ah, eu vou tirar o tumorzinho dele bem com cuidado, bem pequenininho... Porque afinal de contas ele é um homem e precisa manter a relação. Muitas vezes o médico está pecando, ele deve e é por direito do paciente, receber uma cirurgia oncológica. No entanto, é lógico que a escola da gente é o tempo, e a gente vai notando que a gente vai aprendendo com o tempo, a fazer essa cirurgia de forma oncológica, mas muitas vezes com preservação, o que a gente chama de feixe vasculo-nervoso, que é o feixe que vai irrigação, e vai nervo pra chegar até o pênis. É mais o menos o que eu falei pra você... Que o olho enxerga... o cérebro faz toda a parte de... avaliação do que você está vendo e manda pela coluna uma informação... quando a gente fala, manda pela coluna uma informação, é como se fosse uma rede elétrica... quando eu bato a mão lá na tomada...eu mando uma informação pra ligar essas luzes... é a mesma coisa, quando nós fazemos uma cirurgia mutilante... Às vezes, a gente lesa fios... se eu leso um fio aqui, as luzes aqui não vão acender... pode até acender até aqui, mas daqui pra lá não vai mais acender. É isso que acontece... quando isso

acontece...o paciente perde a ereção, muitas vezes tem até perda do controle urinário e fecal. E para isso, a gente tem que lançar mão de tratamentos um pouquinho mais agressivos. Alguns eu vou mostrar pra vocês agora. É o lance de se fazer usos de injeções no pênis, ou em última instância, a colocação de prótese peniana. No entanto, com a preservação, com o conhecimento melhor da anatomia, e até mesmo da vídeo-laparoscopia, que a gente consegue uma visualização muito boa, você consegue isolar essas terminações nervosas, protegê-la, e fazer uma cirurgia oncológica. Mesmo quando você lesa um pouco delas, é sabido hoje que no prazo de até um ano, você tem o que a gente chama de neuropraxia... É como se houvesse uma tentativa de reconstituir parte dessa mielinização dos nervos, e voltasse. Muitas vezes, o paciente depois de seis meses a um ano fala: Nossa agora eu tô bom! Mas agora eu tô bom, mas ele tomou o remedinho, um comprimidinho por semana para estimular, ou com viagra, ou com cialis, ou com levitra. Por quê? Porque eu falei pra vocês no início, esses remédios eles atuam lá no pênis. Eles fazem o quê? Eles enchem ou permitem que o sangue... seja relaxado o pênis, e chegue sangue até lá. É mais ou menos, como uma fisioterapia. Se o homem depois de uma cirurgia mutiladora, ele abandonou tudo, ele até conta pra gente: "Doutor, engraçado meu pênis está cada vez menor" É porque não tem estímulo. É porque não tá recebendo sangue adequado. E esses remédios ajudam, ou permitem que você valorize a chegada de sangue. Porque o remédio, a única coisa que ele faz é dilatar os vasos, pra encher o pênis de sangue. Quando o remédio não funciona...a gente tem que lançar mão, de injeção intracavernosa de prostaglandina..." (urologista)

9º Encontro realizado no dia 15 de dezembro de 2004

Objetivo:

- Identificar de que forma os participantes realizam seu autocuidado.

Nesse dia iniciamos a discussão expondo a 2ª parte do tema: Cuidando do seu estoma. Nessa reunião faltou somente um integrante, o Sr Alexandre.

Essa discussão permitiu que a maioria participasse verbalmente e expressasse de que forma realizam o seu autocuidado.

Na segunda parte do encontro revelamos o nosso amigo-secreto. Foi acordado que todos trouxessem um presente no valor de R\$ 1,99, presente este que serviria tanto para homem quanto para mulher. Além do presente, as mulheres trariam um prato de guloseima e o homem, um refrigerante.

A revelação do amigo-secreto foi um momento muito agradável, o qual alguns integrantes aproveitaram para verbalizar o que significou participar desse grupo.

10º Encontro realizado no dia 18 de janeiro de 2005

Objetivo

Nesse dia foi trabalhado o tema: Conhecendo os Nossos Corpos, que tinha como objetivos:

- Identificar o conhecimento dos participantes em relação aos nomes e respectivas funções dos órgãos genitais masculino e feminino;
- Propiciar aos participantes a oportunidade de dessensibilizarem-se para o uso de palavras ou expressões não-científicas que se refiram aos órgãos genitais.

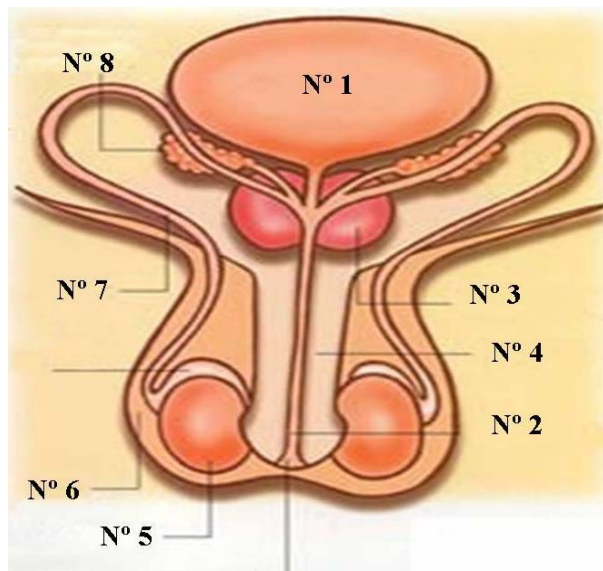
Foram inicialmente divididos os participantes em 3 grupos mistos (homens com mulheres) e distribuída uma folha de sulfite com determinados números que deveriam identificar os órgãos genitais conforme aparecessem os slides.

Foram colocados na lousa os nomes dos órgãos genitais tanto feminino como masculino, para que identificassem e selecionassem conforme as figuras enumeradas.

Cada figura ficaria exposta por 15 minutos. Na primeira figura que

mostrava o órgão genital masculino todos reagiram com naturalidade, mas tiveram muitas dificuldades em identificar os órgãos genitais masculino.

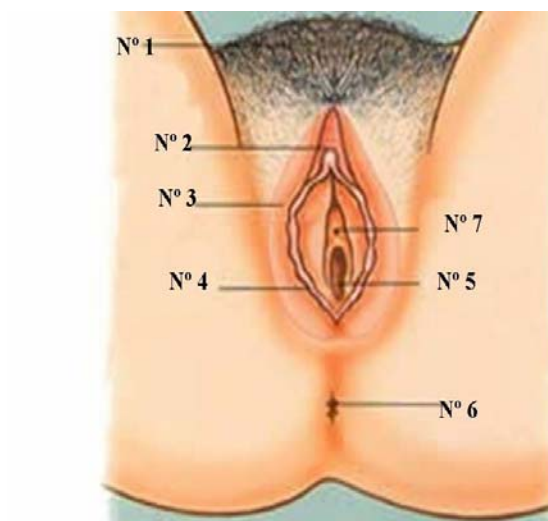
Figura 1- Órgão genital masculino



Fonte da figura: www.corpohumano.hpg.ig.com.br/genitais/male/masculino.html

Ao aparecer esta figura todos se mostraram constrangidos e evitavam se entreolharem.

Figura 2- Órgão genital feminino



Fonte da figura: www.corpohumano.hpg.ig.com.br/genitais/genitais.html

Dentro dos grupos, após a demonstração da figura do órgão genital feminino, formaram sub-grupos devido estarem constrangidos para compartilharem os nomes e funções do referido órgão. Muitas vezes, os integrantes estavam rindo muito e com rubor de face. Mas, conseguiram identificar a maioria, dos órgãos feminino e suas funções.

11º Encontro realizado no dia 15 de fevereiro de 2005

Objetivos:

- Identificar o conhecimento dos participantes referente aos nomes e funções dos órgãos sexuais masculino;
- Identificar quais as dificuldades enfrentadas pelos participantes no relacionamento sexual.

No encontro anterior não foi possível conhecer todos os nomes e funções dos órgãos genitais masculino, devido às dificuldades em identificá-los, então a proposta seria retomar o assunto antes de prosseguir com outro tema.

Iniciamos a reunião com uma dinâmica muito divertida, chamada Festa dos Bichos. Essa dinâmica proporcionou descontração aos participantes. Após isso, reunimos em grupo novamente, mesclando os grupos com homens e mulheres, para identificar os nomes e funções dos órgãos sexuais masculinos. Foi muito difícil, e neste grupo as mulheres mostraram conhecer anatomicamente mais dos órgãos masculinos que os homens.

Na segunda parte da discussão foi comentado o Tema: **O que acontece durante o ato sexual?**

Iniciamos a discussão com os conceitos básicos estabelecidos por Master

& Johnson na década de 60 a respeito da resposta sexual, explicando e ilustrando os quatro estágios (excitação, orgasmo, platô e resolução) estabelecidos pelos mesmos.

E foi demonstrada no slide a figura abaixo explicando sobre o desejo:

Figura 3- Individualidade das atrações e desejos sexuais



Fonte da figura: A sexualidade Humana: sentimentos e funções. Leonore Tiefer. Editora Harpier & Row do Brasil Ltda, São Paulo, 1979, p. 107.

Esta figura deu margem a vários comentários feitos pelos participantes:

“O nu às vezes representa muita facilidade. Ele tá com uma seminua e foi olhar pra uma outra que está vestida. Eu acho que o meio encoberto chama mais atenção... que você fica pensando.”(Amélia)

“Elas confundiram liberdade com libertinagem. Ficou muito... Muito demais.”(Amélia)

“Também quer comer uma carne que o bucho dele não guenta.” (Donizete) [risos]

Foram comentados e ilustrados todas os estágios da resposta sexual que, com as discussões, foi possível clarificar.

Nesse dia, o participante Alexandre referiu estar com depressão devido ser muito solitário; os outros participantes ficaram preocupados e resolveram sugerir distrações para que melhorasse seu estado.

“Pessoa de idade tem muita depressão? É que caiu a taxa de hormônio?” (Alexandre)

“Uma colostomia pode ser a causa de uma depressão. Depende da pessoa.”(Amélia)

“Tem hora que dá uma raiva na gente, Nossa Senhora! Tem hora que a gente acha que vai até passar mal. É que a vida sozinho é meio chata, eu tenho dois filhos que moram comigo... Eles têm a vida deles, sai e eu fico sozinho em casa.”(Alexandre)

“Eu quero contar uma coisa para o senhor... O senhor costuma ir em forró? Essas coisas?” (Donizete)

“Não.”(Alexandre)

“Então é por isso que o senhor não acha uma parceira boa. Se o senhor fosse acostumado em um forró, todo sábado e domingo... o senhor arranja parceira a riviria.”(Donizete)

“Remendado de durepox já estou eu, agora eu vou lá na Asa Delta [forró] vou achar o quê? Só soldada, cheia de fita isolante... cheia de coisa.”(Alexandre)

“Eu arrumei meu marido num forró! Vai fazer nove anos agora, foi lá no Jockey, eu não to tão assim, colada de durepox [risos]” (Amélia)

“A minha eu também arrumei no forró... E levo uma vida e tanto com ela.”(Donizete)

“Mas eu vou arrumar uma Maria forrozeira? Vou falar um negócio pra você, já que estamos no assunto. Eu gosto de uma menina, que ela está com 25 anos, ela pesa 30 kilos... Hoje mesmo, eu dei um beijo nela na cozinha... perto da mãe dela, almocei lá com eles... e faz uns 10 anos que eu gosto dela... eu já di três relógios de presente pra ela... dei flores... dei um lindo vaso de flor no dia do aniversário dela... inclusive está guardado. Eu gosto dela e ela não gosta de mim, ela não gosta de ninguém! Mas eu já falei pra mãe dela, ou ela vai ser minha ou não vai ser de ninguém. Eu já falei pra mãe dela que se ela

arrumar um cara pode ser o filho do Lula, se ela arrumar um companheiro pra morar junto, vai levar um pé de orelha os dois.”(Alexandre)

“O senhor tem que conquistar não adianta querer uma coisa forçada... O que o senhor vai fazer, se ela não quiser o senhor, o senhor tem que arrumar, uma mais ou mesmo na idade do senhor, uma compatível! Que o negócio é muito mais certo.”(Amélia)

“Ele mesmo confessou que ela não tem interesse por ele.”(Fernando)

“Vai lá no Baiúca,[salão de forró] que o senhor vai gostar! Lá tem umas velhinhas ajeitadas! Tem muito mais mulher que homem, né? O homem pode escolher.”(Amélia)

“O senhor tem que parar com isso, e tem que se divertir, lá no Jockey, lá no Feitiço. Não tem perigo de ladrão pegar o senhor. Se quiser posar na casa dela ela até convida o senhor. Elas sempre têm um carro bom.”(Donizete)

12º Encontro realizado no dia 08 de março de 2005

Objetivos:

- Identificar as informações recebidas pela equipe de saúde a respeito do retorno sexual após a cirurgia de estoma;
- Identificar os cuidados que os portadores têm hoje para o ato sexual.

Nesse dia houve sete ausências justificadas. Jacaré está em recuperação da cirurgia de fístula anal; Lucas viajou a negócios e Máximo foi embora para Assunção, pois seu estado de saúde se agravou muito e gostaria de estar perto da família nessa hora, Naíra está fazendo cirurgia hepática devido a metástase. Mara não vem mais, por precisar cuidar de seu neto, Pedro está ruim devido à radioterapia. Elza tinha um compromisso inadiável.

A reunião iniciou-se com uma dinâmica denominada “Adivinhe se puder” e

foi realmente divertido, proporcionando um período de descontração e interação, com uma participação muito significativa de todos participantes.

13º Encontro realizado no dia 05 de abril de 2005

Objetivos:

- Conhecer as opiniões dos portadores sobre o sexo hoje na sociedade;
- Identificar como percebem a sexualidade na 3ª idade.

Houve nesse dia 5 ausências. Elza não justificou; Naira estava se recuperando da cirurgia de hepatectomia parcial; Pedro que devido ao avanço de sua doença acabou falecendo no dia 13 de março e o Lucas, que estava internado por pneumonia, veio a falecer no dia 15 de abril.

Os integrantes mostraram-se interessados pela discussão com a psicóloga, que, pelos questionamentos e pela discussão percebeu e até comentou que os integrantes adquiriram, através do grupo, conhecimentos sobre a sexualidade. Neste encontro o Jacaré se apresentou muito calado e desanimado, com dificuldade para sentar-se, devido ter feito uma nova cirurgia exploratória na região perianal, que se apresenta deiscente, causando muita dor.

Gostaram muito da dinâmica de hoje (brincadeira da tesoura).

14º Encontro realizado no dia 07 de junho de 2005

Objetivos:

- Identificar os pontos positivos e negativos do grupo, pelos profissionais participantes;

- Identificar os pontos positivos e negativos do grupo, pelos portadores de estomas intestinais participantes.

Sem nenhuma ausência, foi um dia muito importante, pois conseguimos levar os participantes a avaliarem os aspectos positivos e negativos do grupo, segundo a sua perspectiva. Juntamente, nós a equipe de profissionais, também avaliamos os aspectos positivos e negativos dos grupos. Essa atividade permitiu a participação e integração de todos, que contribuíram com sugestões opiniões para a melhoria do próximo grupo.

Informados de que a próxima reunião seria a última desse grupo, os integrantes ficaram muito preocupados, pois não sabiam se poderiam continuar participando do próximo grupo.

Iniciamos o grupo com o objetivo de, através de discussões, identificar a percepção quanto à sexualidade dos portadores de estomas intestinais definitivos, provenientes de São José do Rio Preto e região. Sabíamos que não seria nas reuniões iniciais que conseguiríamos, abordar essa temática e nem era essa a nossa pretensão; pois como afirma Kaplan (1977) “apesar do enorme progresso recente, a sexualidade, sob vários aspectos, ainda conserva mistérios”, por ser esse um tema envolto de muitos tabus, mitos e crenças em todas as sociedades.

Entendemos também que, apesar do grupo na sua totalidade compor-se de portadores de estomas intestinais, cada um tem sua peculiaridade, necessidade, limitação e diferença por ser um ser singular.

Permitimos inicialmente, um espaço dentro do enredo do grupo, para que os participantes expressassem suas ansiedades, preocupações, dúvidas e que eles próprios sugerissem os temas que seriam abordados nos próximos encontros. Entendemos que, dessa forma, todo enredo do grupo seria melhor aproveitado

transmitindo uma maior eficiência.

Em cada encontro tomamos a precaução de não só “ministrar o conteúdo” em forma de aula, mas disponibilizamos um tempo, que julgamos ter sido suficiente, para que os participantes expressassem seus conhecimentos, experiências, anseios, críticas e sugestões.

Muitos foram os temas solicitados, frutos de necessidades que possuíam naquele momento. E todos foram discutidos, como, por exemplo, nutrição, cuidados com o estoma, irrigação do estomizado, direitos dos estomizados, aspectos emocionais, funcionamento e atendimento nas UBS para o estomizado, dispositivos avançados para o estoma, complicações do estoma, confecção do Kit para o estoma, além dos temas específicos da sexualidade. E tivemos o cuidado de convidar especialistas em cada assunto para discutir os temas que não eram da área da enfermagem.

Mas salientamos que o objetivo do nosso trabalho não era analisar esses temas solicitados, e sim o de descrever o processo de implantação e implementação de grupos de educação sexual de adultos portadores de estomas intestinais definitivos; bem como, identificar a percepção dos mesmos quanto à sexualidade como uma dimensão importante de suas vidas.

Acreditamos ter atingido os nossos objetivos e são esses que iremos analisar.

Concordamos com (CARRARO, 1997) quando afirma que o homem é um ser singular, integral, individual e pleno de suas concepções de interagir com o mundo. Essa capacidade de se inter-relacionar proporciona ao homem a exteriorização de sentimentos como ansiedade, medos, dúvidas e expectativas. Tais sentimentos se exacerbam, sobretudo quando os indivíduos se deparam com

doenças e/ou cirurgias que podem provocar mudanças no seu cotidiano, forçando-os a se adaptarem de maneira inesperada e rápida a situações novas como modificações funcionais do corpo, privações de hábitos e, muitas vezes, preconceitos de uma sociedade desinformada e estereotipada (MANTOVANI, 2001)

Entendemos então que, essas mudanças levam os portadores de estoma a enfrentarem dificuldades de inserir-se socialmente após a cirurgia. E mediante essas considerações propusemos incluí-los em atividades grupais, pois percebemos, na atualidade, a necessidade da grupalidade em quase todos os tipos de ambientes e situações em que convivemos. Sabemos também, que querer participar é uma das formas de acesso do portador, e percebemos que ao iniciar as reuniões, estes indivíduos gostam, motivam-se e passam a freqüentar continuamente.

Podemos constatar a eficácia da participação em um grupo pelos relatos dos próprios participantes portadores de estomas definitivos pertencentes ao grupo “UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR” que permitiu que emergisse esse TEMA:

TEMA: Significado Atribuído Ao Grupo

Wood (1990) refere-se a trabalho de grupo como um espaço onde a solidão, o pessimismo, a depressão e outros efeitos psicológicos advindos da doença, poderiam ser aliviados pelo suporte emocional existente em um grupo estável de pessoas com preocupações e experiências semelhantes.

Tópico: Adquirir conhecimento

Sub-tópico: Facilidade de acesso

“... eu vim para tirar dúvidas... não precisa madrugar para marcar uma consulta.”(Padilha)

“... eu, por exemplo, vim buscar aquilo que eu não tava, assim... Consciente das minhas idéias, né? Vim aqui aprender mais alguma coisa que eu não... sem noção nenhuma para mim conseguir a minha batalha...e eu to conseguindo graças a Deus.” (Pedro)

O fato de saber que não estão sozinhos, que tem uma equipe a qual podem recorrer quando necessitam, proporciona ao paciente um sentimento de segurança.

Sub-tópico: Troca de experiência

“... o que eu mesma senti eu queria expor, não passa de receber e passar alguma experiência...” (Lorena)

“É principalmente troca de experiência... com o pessoal participante do grupo.” (Lucas)

“Mas... porque eu vim trocar conhecimento... escutar dúvida do outro, e melhorar Davida.” (Mário)

Sub-tópico: Busca de novidades

“... onde alguém fala em prol dos ostomizados, sempre existe uma novidade.”(Flávio)

A inserção em um grupo permite aos integrantes compartilhar suas histórias, suas vivências, as maneiras de superar obstáculos oferecendo conselhos e encorajamentos.

A convivência com um grupo que congrega pessoas com problemas

semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de grande valor terapêutico. Essa situação ajuda os participantes a quebrarem barreiras (...), especialmente pela possibilidade de receberem *feed-back* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas. Além disso, permite ao homem o desenvolvimento de suas habilidades nas suas realizações pessoais, realização de tarefas, divertir-se, oferecer e receber ajuda. É comum, no interior do grupo, o desenvolvimento de um clima de solidariedade, companheirismo e troca de experiências comuns (MUNARI & RODRIGUES, 1997).

No interior desse grupo podemos constatar que muitos sanaram suas ansiedades e necessidades, somente por compartilharem suas dificuldades, ouvirem experiências, formas de resoluções de problemas e por estarem freqüentando as reuniões sem ter dificuldades como marcar consultas e esperar em filas.

Tópico: Busca de bem-estar

Sub-tópico: Distração

“... eu vim para distrair a minha cabeça... porque é bonito ver uma turma reunida, pessoa tudo carente, né?” (Donizete)

“... Então, distrair também a cabeça, e ser referência para as outras pessoas... que a vida não acabou!” (Amélia)

Sub-tópico: Satisfação

“... a maioria das pessoas que estão freqüentando, olha a cara de cada um! Tudo alegre, tudo feliz, tudo satisfeito, quer melhor que isso?” (Jacaré)

“... bom isso aí!... Desde a primeira vez que você me convidou, eu gostei de participar, e me sinto satisfeito em vir ao grupo.” (Flávio)

“Toda vez que eu venho na reunião, eu saio cada vez mais

*contente... cada vez que venho pra cá, eu saio daqui grande.”
(Jacaré)*

O grupo permite que seus membros conquistem maior autonomia e independência, aumentando a capacidade de gerenciar a própria vida e melhorando a auto-estima através da interação, dando suporte uns aos outros, e trocando experiências (ZANINI & CABRAL, 2001).

Sub-tópico: Aceitação

“... depois que eu passei a vir aqui... eu vou ainda me conformar...” (José)

*“... quero ficar mais segura, e assim, aceitar mais ainda.”
(Beatriz)*

“E aceitação, como agora Graças a Deus eu aceitei bem, porque a minha aceitação já é por amor à vida, vontade de viver e tudo.” (Lorena)

Os integrantes do grupo expressam e valorizam o sentimento de pertencimento, acolhimento, e bem-estar no grupo, por se sentirem aceitos e entendidos pelos demais.

Tópico: Criar Vínculos

Sub-tópico: Amizade

“... fazer amizades que eu acho mais importante, quando operei eu não conhecia ninguém... não tive nenhuma referência.” (Amélia)

*“... eu vim conversa com os amigos, assistir o que tão falando, e vê se nós consegue essa turma que nós tamo, pra sempre.”
(Donizete)*

Sub-tópico: Cumplicidade

“... eu vim buscar uma cumplicidade que a gente vê aqui entre todos. Eu olho para todos, e sei que passaram pelo que eu passei, né?” (Aline)

“Então é isso que ela acabou de falar, essa troca de cumplicidade, novos amigos que a gente fica conhecendo e acaba aprendendo mais com novas experiências.”(Fernando)

Sub-tópico: Companheirismo

“... eu vim ajudar aqueles que precisam... então formamos uma corrente, e um ajuda o outro.”(Mara)

“... eu principalmente achei apoio de pessoas que têm uma história, uma lição de vida muito bonita...” (Elza)

O trabalho em grupo permite aos pacientes compartilhar sua história e seus problemas com os outros, “descarregando” assim, afetos carregados de emoções. No grupo os portadores, reconhecem que não são os únicos a ter problemas, ou não os únicos a enfrentar momentos dolorosos e desafiadores que a cirurgia impõe. Muitos percebem que outros membros enfrentam problemas iguais ou maiores que os seus. Percebem que não estão sozinhos com seus problemas e sentimentos (DURÃO, 2004).

Ouvir sobre os problemas dos outros e não se sentir como o único a ter problemas, facilita o sentimento de universalidade.

Além disso, a possibilidade de manter vínculo de amizade com outras pessoas portadoras, dialogar e compartilhar os problemas que comumente estão presentes na vida desses indivíduos, faz com que eles expressem que obtiveram resultados na sua reabilitação.

Tópico: Recepção à Nova Integrante

Sub-tópico: Apoio

“Eu quero que você seja bem-vinda ao nosso grupo, que você vai sentir uma pessoa mais feliz, mais valorizada e aceitar a vida como realmente ela é.” (Mara)

“Estou feliz porque antes de fazer não teria como continuar vivendo, então eu acho que com o tempo você vai se adaptar, com a troca de experiência com nós aqui do grupo e mais outros que poderão vir, você vai se adaptar bem, e sair bem.” (Fernando)

Sub-tópico: Consolo

“... eu também desativei o reto... e não é por causa disso que a gente é... uma pessoa que a gente não considera normal... a gente é normal, eu quero que a senhora conheça [encare] assim...”(Fernando)

“... e olha! Pode ficar sossegada que agora é só viver... tranqüila, pode ficar tranqüila.” (Elza)

“... e a gente pra não morrer é bom fazer, se acostumar, e viver muito bem, não tem problema nenhum.” (Amélia)

“Como eu gosto muito de viver, pra mim foi uma benção de Deus poder estar viva, e me dar esse meio para viver... eu ganhei esse presente no dia da aposentadoria.”(Lorena)

Sub-tópico: Curiosidades

“Há quanto tempo você tem colostomia?” “Há quanto tempo você pôs?”, “É definitiva?”(Amélia)

“... Foi aqui em São José do Rio Preto?” (Flávio)

“A senhora se sente bem depois dessa cirurgia? Ou a senhora sente alguma revolta?” (Mara)

Percebe-se entre os participantes uma satisfação, quando um novo integrante inicia o grupo. É nesse momento, que os participantes têm a oportunidade de recepcioná-lo, de incentivá-lo a continuar a nova caminhada, e de serem fraternos. Os participantes, muitas vezes, verbalizam obstáculos que enfrentaram e

que medidas utilizaram.

O apoio, o incentivo e o amparo são percebidos pelo estomizado como um reforço para que continue a participar do grupo.

Depoimentos vindos dos próprios pacientes geralmente são mais bem-vindos, ou mais bem aceitos do que os provenientes dos profissionais. Constitui, também, uma forma de adquirirem maior conhecimento a respeito da doença, transmitido através de experiências e não apenas como informação (LAMBERT & HERZ, 1995 apud ZANINI & CABRAL, 2001, p 165).

É nesse momento também, que conversam sobre sua doença e problemas do cotidiano, e que questionam e se permitem verbalizar a forma como aconteceu o seu processo de adoecimento, e principalmente os sentimentos vivenciados nesse processo, tornando assim, um meio de desabafá-los.

Concordamos com Maruyama & Zago (2005) quando afirmam que a vivência de um câncer e de um estoma intestinal, que mudam permanentemente a vida diária de um sujeito, constitui um dos momentos mais críticos da vida de uma pessoa, por implicar um sistema complexo de análise e reflexão da própria vida, cujos significados foram construídos ao longo de suas experiências.

O estoma é considerado uma das mais importantes realizações cirúrgicas porque possibilita a sobrevivência das pessoas acometidas por câncer colorretal. Apesar da aceitação desse procedimento por parte dos profissionais da saúde, parece que, para o portador, torna-se um processo complexo. Podemos confirmar isso nas seguintes falas dos sujeitos.

TEMA: Processo do Adoecimento**Tópico: Sentimentos Vivenciados****Sub-tópico: Desesperança**

“O começo é difícil, você se desespera, você cai numa depressão. Houve um tempo que perdi a fé. Eu estava como um monte de osso encima da cama...” (Mara)

“... porque quando o médico falou que eu tinha... que eu tava com câncer pensei, nossa quer dizer, acabou tudo agora.”(Elza)

O medo do diagnóstico e da gravidade da doença – o câncer que predomina como gerador do estoma é associado à morte. O medo da morte persiste, embora tenha sido vencida uma fase com a ressecção do tumor, ficando sempre uma expectativa, apesar de senti-la distante. Alguns demonstram resignação, mas consideram-se vítimas de fatalidade, enquanto outros tendem à depressão, desinteressando-se pelo tratamento e não expressando o desejo pela vida. As atitudes de agressão fazem-se presentes, dirigidas aos que o cercam, ou a fonte impessoal, como a moléstia (OLIVEIRA & NAKANO, 2000).

Sub-tópico: Dor e Sofrimento

“... e eu comecei a fazer radioterapia, quimioterapia, e sofri, que cheguei a ponto de quase cometer suicídio por causa da dor, a dor era muito forte.”(Jacaré)

“... a dor fica muito, muito forte... a dor não pára, eu tomo dimorf... eu não queria vir porque estava com dor... aí eu tomei dimorf... passou a dor eu vim por isso que eu cheguei tarde...”(Mário)

“... minha vida é muito triste porque meus filhos me abandonaram, meus filhos judiam de mim...” (Padilha)

“Tudo que eu passei foi terrível, eu tive uns quarenta dias de UTI... eu perdi muito peso, foi terrível a doença, mas eu tive força de lutar.” (Lucas)

Sub-tópico: Revolta

“... mas isso aqui é um inferno... isso aqui não é coisa de gente é de bicho, Nossa Senhora! Feliz de você que não precisa disso viu? Um mal na sua vida.” (Alexandre)

“Fiquei revoltada na primeira semana... porque não esperava que ia ser retirado... [o reto e o ânus]”. (Beatriz)

Sub-tópico: Conformismo

“... então é uma coisa que a gente aceita aquilo porque é obrigado a aceitar... eu não sou que nem eu era.”(José)

“... eu fiquei pra baixo mesmo, né? Até hoje só aceito porque não tem jeito.” (Lorena)

“... a gente pra não morrer... é bom fazer, se acostumar e viver muito bem, não tem problema nenhum.” (Amélia)

Muitas vezes, expressam revolta, desencanto, falta de fé, e são tomados pela sensação de mutilação, vergonha, complexo de inferioridade, aniquilando a auto-confiança (OLIVEIRA & NAKANO, 2000)

A perda de uma parte do corpo ou da saúde é vivida, segundo Costa (1985), como a falta de um ente querido, com o qual nos encontramos identificados. Inicialmente tendemos a negar ou racionalizar a imensa dor que acompanha essa ausência. Após, seguem-se defesas do tipo barganha, experimentando estratégias para livrar-se da culpa imaginária que seria a causa do adoecer. E finalmente, são esperados momentos de raiva, desespero, negação e depressão, antecedendo uma compreensão e aceitação do fato.

Sub-tópico: Aceitação da patologia

*“... os médicos acharam que eu tinha um tumor de reto e naquilo que ele falou não me apavorei não, eu fique tranqüilo.”
(Pedro)*

“Mas quando os médicos descobriram a minha doença eu não me apavorei... não tive assim nenhuma reação, nem medo, nem nada... minha cabeça parece que deu um branco, não veio pensamento nem bom, nem ruim.” (Naira)

“... o que me deixa feliz é que faz 28 anos que fiz a cirurgia.”(Flávio)

*“... então eu sou uma pessoa feliz e curada, porque eu passei a conviver com a minha doença. A cura tá na cabeça da gente de cada um de nós, desde que a gente passe a se aliar com ela.”
(Mara)*

“... bolsa eu sempre gostei, eu amo carregar bolsa, carrego duas tá bom demais” (Elza)

*“... desde que me operaram não teve problema nenhum, tudo deu certo. Me sinto bem graças a Deus só tenho que agradecer a equipe médica... os modos das enfermeiras de tratar a gente, com muita delicadeza, me atenderam maravilhosamente.”
(Pedro)*

“... essa cirurgia me devolveu a vida, eu tenho consciência que se não fosse isso, eu não estaria vivo.” (Lucas)

Concordamos com Costa (1985) quando afirma que o processo de luto implica o enfrentamento das perdas. Por maior que seja o sofrimento, ele precisa ser vivido. Que o susto, o choque, a revolta, o protesto surjam, espera-se por isso, que sobrevenha o desespero, é compreensível. Porque a dor é para ser experimentada.

Vivendo a situação dolorosa e compreendendo a si mesmo nos seus alvos de vida construtiva, espera-se que o estomizado aprenda a reconstruir sua vida em novas bases para o cotidiano. Esses relatos, de aceitação, trazem a experiência de

ser colostomizado associada à resolução da doença, minimização do sofrimento, demonstrando adaptação favorável a sua condição e tendo otimismo sobre o seu estado de recuperação, bem como o regate de sua auto-confiança. Essas falas vão ao encontro dessa afirmação:

TEMA: Avaliação do Grupo

Tópico: Como me percebo hoje

Sub-Tópico: Vencedora

“Porque eu fiquei muito conhecida por todos lá. - Oi dona Padilha, como é que a senhora está. Eu fico alegre...Então eu me sinto mais exibida, mais poderosa.” (Padilha)

“Eu me encontro realizado, né? Porque eu me sinto praticamente sarado, né? Embora usando a “calostomia” e fazendo os tratamentos, mas... Eu me sinto que no momento eu não sou mais aquele que estava com aqueles problemas que eu tava, né?E com a família vai tudo bem, a família trata a gente bem a esposa os filhos, é uma maravilha...e eu me sinto muito contente.”(Pedro)

Sub-tópico: Útil

“Depois disso o que eu percebi foi que eu pude ajudar muitas pessoas, inclusive pessoas não ostomizadas, entendeu?... e isso é muito importante para o nosso eu, né? Ajudar, poder ajudar as pessoas... não importa. Eu me sinto muito feliz, sabe? Isso é uma condição realmente que muitas vezes, que Deus nos deixa com esse espinho na carne pra que a gente possa realmente ajudar outras pessoas, eu me sinto assim, entendeu? (Melina)

“Eu faço tudo em minha casa, eu vou a pé no mercado, eu vou na farmácia, eu vou não sei aonde eu ando o dia inteiro. Gente eu faço crochê, tem hora que eu enjôo do crochê e faço bisquí. Então eu mantenho a mente ocupada e assim vai indo, e assim vai levando a minha vida.”(Mara)

Sub-tópico: Sortuda

*“Eu falo que meu caso foi um mal que veio pro bem... Porque quando eu entrei na Associação... Eu conheci minha cara metade, né? Eu conheci minha cara metade aqui [aponta para o Fernando] que por coincidência é também ostomizado como eu, né? Então eu acho assim que depois daquele tempo pra cá a minha vida teve uma melhora de 100%, melhorou em tudo.”
(Aline)*

A abordagem grupal facilita o cuidado do emocional, permitindo a diminuição do desconforto experimentado durante o processo de doença (RIBEIRO & MUNARI, 1998).

Para Munari & Zago (1997) e Muniz & Taunary (2000), é exatamente este o propósito de grupos: propor apoio aos sujeitos em uma dada situação de fragilidade da sua saúde, por favorecerem a manifestação de sentimentos, a compreensão e aceitação da doença e de todo processo que a acompanha. O grupo é um espaço onde o participante deve ser valorizado como pessoa humana e suas potencialidades devem ser ressaltadas e energizadas, a fim de ajudá-lo a superar suas limitações de lutas e reações para o enfrentamento de situações difíceis (CAVALCANTE et al., 2002).

A terapia promovida através de grupos de auto-ajuda, com base na utilização de uma linguagem única e familiar, por todos serem portadores de um estoma, como é o caso, da receptividade do estímulo e do apoio dos organizadores, contribui para o crescimento pessoal dos integrantes do grupo, demonstrando satisfação, percepção de serem necessários para outros.

No nosso último encontro desse primeiro grupo, realizamos uma dinâmica com o objetivo de identificar os pontos positivos e negativos do grupo segundo a perspectiva dos portadores e profissionais participantes. Para isso, utilizamos uma dinâmica de avaliação proposta por Cavalcanti et al. Da análise das falas dos

sujeitos emergiram os sub-tópicos: pontos negativos e positivos.

O quadro 1 apresenta os pontos negativos e o quadro 2 os pontos positivos gerados a partir das falas dos portadores e profissionais.

Tópico: Avaliação do grupo realizada pelos portadores de estoma e pelos profissionais.

Quadro 1 – Sub-tópico: Pontos negativos

Pelos portadores	Pelos profissionais
Falta local fixo	Não inclusão de novos membros
Falta de entrosamento de algumas pessoas	Falta de entrosamento de algumas pessoas
Nome fictício	Desistência de algumas pessoas
Faltas de integrantes nas reuniões sem justificção	Conversas paralelas/centralização da fala em poucos
Faltou abordar mais temas	Pessoas que não se sentiam a vontade para expressar sua opinião

Durante o andamento de nossas atividades encontramos dificuldades, obstáculos que acreditamos ser próprias do desenvolvimento normal de qualquer grupo, alguns dos quais acreditamos ser importante e necessário discutir.

- **Falta de um local fixo**

Cada reunião era realizada em uma sala, no mesmo pavilhão, ou seja, andar, mas cada encontro em uma sala, em virtude da dificuldade de fixar um único local, por não existir uma sala específica para os nossos encontros. Os nossos encontros foram realizados na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, no pavilhão Mário Covas, destinado à graduação de enfermagem e autorizado pela Diretoria Adjunta de Extensão de Serviços à Comunidade (**ANEXO C**) para realizar os encontros. As salas eram disponibilizadas conforme o calendário de aulas da

graduação de enfermagem.

*“Falta de um local fixo, falta de entrosamento e comunicação de alguns participantes embora haja bastante amizade.”
(Lorena)*

“Sobre a fixação de uma sala a gente colocou... Porque ficamos com os pontos negativos, e criticar é mais fácil que elogiar!”(Fernando)

- **Falta de entrosamento de algumas pessoas**

Outro aspecto levantado pelos portadores e também pelos profissionais, foi a falta de entrosamento de algumas pessoas, que participaram muitas vezes, somente como espectadores. Devemos compreender as dificuldades que algumas pessoas têm em se expressar, verbalizar, diante dos demais, seus conflitos e opiniões. Entendemos, também, que o grupo não ofereceu suporte para que essas pessoas se sentissem à vontade para se expressar.

Esse aspecto foi percebido desde o início, então foi sugerido para aqueles que não se sentissem à vontade em expor suas idéias, que as colocassem numa caixinha de sugestões e dúvidas.

“... falta de entrosamento e comunicação de alguns participantes embora haja bastante amizade...” (Aline)

- **Centralização das falas em poucos/ Conversas Paralelas**

O aspecto apontado pelos profissionais foi o monopólio que ocorria sempre que alguém expunha suas idéias ou experiência com um tom baixo de voz e quando o assunto se estendia em relação ao tempo. As pessoas que tinham mais tempo de colostomia e maior facilidade em expressar suas opiniões acabavam

monopolizando as falas.

Até determinado ponto, esse era um fato visto por nós profissionais de maneira benéfica, pois contávamos com a experiência desses participantes, que passavam suas vivências de maneira simples e positiva, o que dava maior credibilidade às informações. No entanto, cabia ao coordenador do grupo organizar a reunião, estimular outros a expor suas idéias, ou seja, descentralizar as falas estimulando a participação de todos.

- **Não inclusão de novos membros/ Desistência de algumas pessoas/ Faltas de integrantes nas reuniões, sem justificção**

A não inclusão de novos membros se deu pela dificuldade dos profissionais em recrutar e identificar novos estomizados definitivos para o grupo, um vez que, comparados com as cirurgias de estomas realizadas em nossa cidade, os estomas provisórios são os mais realizados, o que é uma grande vantagem.

Com relação às desistências, observamos que foram poucas. O grupo se solidificou com 19 participantes já no terceiro encontro, apenas dois integrantes desistiram, mas justificaram. Um, por morar em Assunção (Paraguai), e só estava aqui para tratamento, após cinco anos de tratamento, voltou para sua terra. A outra participante freqüentou até o 10º encontro, e, em virtude de ter que assumir o cuidado do neto para sua filha trabalhar, teve que se desligar do grupo.

Infelizmente, também, tivemos três perdas por óbito, do Sr. Pedro, Lucas e Alexandre.

Concluimos o primeiro grupo com 14 participantes, em virtude dessa perda significativa, e quando havia ausência de participantes, os assíduos ficavam

extremamente tristes e preocupados.

“Foi o que nós comentamos que íamos por nos pontos negativos, que no começo mais pessoas compareciam... Depois teve gente que desistiu, mesmo quem não tem problema... Não apareceu aqui. Eu acho que isso é um ponto negativo, se comprometer a vir e depois não vem. Eu acho isso um ponto negativo.”(Flávio)

- **Falta abordagem de algum tema**

Foi um item levantado por uma integrante que expressou a necessidade de conhecer as atividades/esforços físicos permitidos pelos médicos para os estomizados realizarem. Ficou estabelecido que esse tema seria incluído nos próximos encontros do novo grupo.

“Faltou falar sobre o que podemos fazer no dia-a-dia, as atividades que podemos fazer e as atividades que não podemos fazer. Tem muita gente que não sabe e faz, igual arrastar móveis não pode arrastar moveis, mas nem uma cadeira não pode pegar, porque dá dor, complicação, aderência, tudo isso aí.”(Padilha)

- **Nome fictício**

Foi um aspecto levantado pelos portadores, e que tomou um bom tempo na discussão. Inicialmente alegaram que o nome fictício, escolhido por eles, e que foi uma regra estabelecida pela coordenadora do grupo, dificultava o relacionamento que adquiriram não só dentro do grupo, mas também fora dele.

“Aquele item entrosamento, nós temos entrosamento... aqui dentro porque sai lá fora não sabemos nem o nome. Eu acho que isso aqui (nome fictício) é um pouco negativo.”(Lorena)

“Às vezes a gente liga na casa de alguém e diz gostaria de falar com o Fernando, aí a pessoa responde Fernando que Fernando, aqui não mora nenhum Fernando.”(Jacaré)

Por outro lado, havia pessoas que não gostariam que se extinguisse o nome fictício.

“Aqui dentro para efeito das reuniões é o fictício correto? Lá fora eu acho que tinha que ser tratado pelo real. Então as pessoas se confundem o fictício com o real.”(Aline)

“Aqui dentro eu acho que tem que ser fictício, mas lá fora, por isso que eu acho que deve fazer essa listagem. A gente teria que ter uma listagem com o nome real e o nome fictício... Eu acho que aqui dentro nós teremos que tratar com o nome fictício, lá fora é o nome real.”(Beatriz)

“Uma outra sugestão é colocar bem grande o nome fictício e o real aqui embaixo.”(Lorena)

Os participantes contribuíram com sugestões, que foram acatadas. Então, para o próximo grupo seria feito um novo crachá, o qual traria o nome real e o fictício.

“Deveria ser realizada uma listagem com o nome real e fictício de cada participante, com endereço e telefone, para que haja mais comunicação entre todos nós. Porque de repente você confunde o nome fictício com o nome real da pessoa, e a gente quer dizer que embora nossos pontos sejam negativos, consideramos como críticas construtivas. Os pontos positivos superam os negativos desde o início das reuniões.” (Lorena)

“Como você vai dar em um papel o nome de todos pode deixar o fictício.”(Aline)

“É bom saber o nome sabe porque? Se alguém ganhar na loteria saberemos que terá que repartir com todo mundo!”(Flávio)

“É bom ter essa listagem por causa da associação que facilita o contato com todo mundo! O único telefone que eu tenho até agora é do Claudionor e o seu. Quando a gente quiser fazer uma reunião da Associação a gente tem o nome e endereço de todo mundo.”(Jacaré)

O grupo, independentemente de seu caráter, pode ser diferenciado por diversas variáveis que podem contribuir ou não para o alcance de suas finalidades.

Apesar do trabalho grupal estar integrado ao cotidiano de nossas vidas, e muitas vezes, ser nossa ferramenta de trabalho, nem sempre consideramos os determinantes ligados ao seu êxito ou fracasso (CÂMARA et al., 1999).

Esses determinantes estão ligados aos aspectos estruturais de funcionamento, de dinâmica e de inter-relações, e por sua vez atuam conforme o caráter e objetivos do grupo.

Nesse aspecto devemos estar atentos para o fato de que o êxito deste trabalho parte da conscientização sobre a existência desses determinantes, e isso se dará à medida que construirmos em nosso cotidiano a reflexão teórica e prática do trabalho grupal (CÂMARA et al., 1999).

Quadro 2 - Sub-tópico: Pontos positivos

Pelos portadores	Pelos profissionais
Apoio/segurança	Criação de novos vínculos
Aprendizagem/esclarecimento	Ofereceu suporte
Troca de experiências	Permitiu dessensibilização
Criação de novos vínculos	Troca experiência
	Forneceu conhecimentos
	Crescimento pessoal

- **Permitiu aprendizagem /Troca de experiência /Esclarecimento/ Criação de vínculos/segurança**

Esses itens puderam ser comprovados quando discutimos o significado atribuído ao grupo pelos participantes. Acreditamos que todo o enredo do grupo foi muito bem aproveitado, e que os pontos positivos superaram realmente os negativos.

“Total apoio, permitiu aprendizagem, troca de experiência, total esclarecimento, formação de um grupo de amigos, adquirindo

mais confiança com as orientações da Adriana, juntamente com Drº Netinho e mais equipe, formação da Associação do Estomizados.”(Carla)

“Criarão vínculos entre si, foram dessensibilizados... Para algumas pessoas o grupo promoveu suporte para terem esperanças, trocarem experiências e adquirirem conhecimentos sobre vários assuntos... Houve um crescimento pessoal. Conseguiram falar aspectos da rotina/vida sexual... Temas foram bem aproveitados.”(Profissionais)

Para nós este depoimento representa todo benefício que este grupo proporcionou a todos, inclusive aos profissionais:

*“Bom! Primeiramente quando cheguei aqui, na primeira vez, eu entrei naquela porta me senti assim, **um horror!** Porque eu não aceitava de jeito nenhum o meu problema. Aí na primeira reunião eu ouvi, ouvi, ouvi, eu meditei bastante... e comecei a aceitar. Na minha segunda reunião eu assisti à palestra, eu até chorei, fui aceitando, aceitando... **Eu hoje já aceito**, e levo a vida normal. Já saio de casa, já não tem mais aquele problema de não querer sair, já não fico mais pensando no meu problema. Então eu quero agradecer a cada um de vocês, pra mim foi muito bom! Não vou esquecer jamais de vocês. Até quero uma foto para guardar, e eu tenho no fundo do meu coração cada um de vocês. E muito obrigado, porque pra mim foi muito bom mesmo!”(Beatriz)*

A síntese dos temas e tópicos encontrados na análise das falas dos sujeitos acha-se apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Temas, Tópicos e sub-tópicos emergidos nesta etapa de implantação e implementação do grupo de adultos portadores de estomas intestinais definitivos.

Significado atribuído ao grupo	Adquirir conhecimento Busca de bem-estar Criar vínculos Recepção à nova integrante	Facilidade de acesso Troca de experiência Busca de novidades Distração Satisfação Aceitação Amizade Cumplicidade Companheirismo Apoio Consolo Curiosidades
Processo de adoecimento	Sentimentos vivenciados	Desesperança Dor e sofrimento Revolta Conformismo Aceitação da patologia
Avaliação do Grupo	Como me percebo hoje Avaliação realizada pelos portadores de estoma intestinal Avaliação realizada pelo profissional de saúde	Vencedora Útil Sortuda Pontos negativos Pontos positivos Pontos negativos Pontos positivos

5.3 PERCEPÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE ESTOMAS INTESTINAIS DEFINITIVOS QUANTO À SEXUALIDADE COMO UMA DIMENSÃO IMPORTANTE DE SUAS VIDAS.

Inicialmente foram discutidos e abordados os temas que os integrantes sugeriram. E a temática sexualidade foi discutida posteriormente. Foi realizada, então, uma dinâmica no 4º encontro que abordava diretamente aspectos da sexualidade chamada CONCORDO-DISCORDO, proposta por Cavalcante et al. (sd)

que permitiu aos participantes se posicionarem em relação a assuntos diversos ligados ao tema da sexualidade humana, bem como, permitiu levá-los a refletirem sobre o significado de seus posicionamentos e também dos posicionamentos dos outros membros do grupo. As afirmações estão expostas na página 47. Através dessa dinâmica foi possível observar que, apesar do grupo ter mais ou menos o mesmo nível educacional, as reações são bastante diversas, porque o tema Sexualidade é polêmico e com pouco consenso.

Após o término da dinâmica, iniciamos um debate perguntando: Como se sentiram nessa atividade? Por que é estranho nos posicionarmos contra a maioria do grupo, às vezes? Por que nem todos pensam do mesmo jeito?

O debate fez emergir os seguintes TEMAS E TÓPICOS.

TEMA: Reações Quando o Assunto é Sexualidade

Tópico: Liberdade

“Eu me senti assim... À vontade de responder... Senti liberdade de responder.”(Beatriz)

“Eu também me senti à vontade... Não me acanhei.” (José)

“Me senti bem! ... Gostei, a gente fala a opinião que a gente sente, né?”(Padilha)

“Eu também me sinto bem! Eu concordei certinho.” (Donizete)

“Eu acho que foi uma coisa boa... a gente não tem que se inibir...”(Mara)

Tópico: Respeito às diferenças

“Que cada pessoa é diferente, sente de um jeito... dependendo da educação que ela teve, do ambiente, cada um pensa de um

jeito.”(Amélia)

“Cada um tem a sua liberdade de expressão... Cada um tem a liberdade para dizer o que acha.” (Aline)

“Eu acho que houve um respeito um pelo outro, principalmente... Um respeitou o outro.” (Beatriz)

“Eu aceito e acato todos os desejos dela... O jeito dela... pra mim tanto fais, como tanto féis. Procuo respeitar, né?”(Padilha)

Tópico: Divergências de opiniões

“Tem que ter a liberdade e respeitar a opinião de cada um mesmo.” (Melina)

“Eu acho estranho porque cada um tem uma teoria... tem uma convivência, por isso que ninguém pode ficar contra o ideal do outro. O que eu acho estranho é ir contra a opinião do outro.”(Jacaré)

“É o respeito que um tem pelo outro que concorda com o discordar, não é? Que nem você. Ele [Jacaré] foi o único que discordou da última... então todo mundo respeitou a opinião dele.”(Beatriz)

“A gente não pode discordar de nada... cada um tem a sua opinião, tem seu objetivo, teve a sua criação, aprendeu de um jeito.”(Jacaré)

A integração ao grupo permitiu que os participantes se posicionassem com segurança, tranqüilidade e liberdade frente às afirmações sobre a sexualidade. Essa dinâmica permitiu que dessensibilizassem frente aos colegas e profissionais, contribuindo, assim, para facilitar a abordagem dos aspectos sexuais expressos a seguir pelos portadores.

Tópico: O que é sexo? Só pênis – vagina?

“Pra mim é! Pra mim é só. Outro eu nunca vi não.” (Padilha)

“No meu conceito é! Mas por aí, né? Na minha casa é.”(Elza)

“Não, não, não. Eu acho que sexo não é só pênis e vagina, não. Tem outros métodos de fazer sexo também.”(Jacaré)

“Não é não, né? Não foi falado agora mesmo que se faz no ânus.”(Lorena)

“O meu doutor... ele perguntou porque eu não queria reverter e disse: Então se tá igual aquela que... falou que era para deixar assim mesmo que estava melhor... que não dava tanto trabalho para fazer sexo. Agora eu não sei se era verdade dele, né?”(Lorena)

“A colostomia era pequena para fazer sexo?”(Aline)

“A pessoa não tem consciência disso? Que não pode fazer uma coisa dessas? Eu acho que não pode fazer isso!”(José)

“Eu já não concordaria!”(Jacaré)

“Inclusive é sensível e sangra.”(Flávio)

“Eu não sei, agora que eu estou ouvindo falar isso! Depois de adulta, pois enquanto eu era mais nova, nunca tinha ouvido falar isso!”(Lorena)

“Agora que eu entendi a pergunta.”(Elza)

“O beijo é uma forma de sexo!”(Aline)

Mitos como esses são ainda muito freqüentes em nosso meio. Em uma sociedade com forte influência religiosa cristã, a expressão da sexualidade é vista com muita culpa e vergonha. Alguns homens e mulheres são criados igualmente dentro de uma rígida noção de pecado.

Fraiman (1994) observou em seus estudos que existe um grande pudor entre os idosos. Contatos íntimos (carícias, beijos), em público são raros. Não deixam escapar sinais de atividade sexual. Eles preservam a sexualidade na privacidade.

Já Rosenthal (1993) afirma que muitos idosos têm atitudes preconceituosas em relação ao sexo e qualquer variação sexual daquilo que

praticavam nos últimos anos é, provavelmente imoral ou pervertido. Também concordamos com Vitiello (1994) quando diz que não somos capazes de aceitar essas manifestações de erotismo entre idosos.

Devemos entender que muitos de nossos idosos foram criados e passaram seus anos de aprendizado sexual numa época com poucas informações a respeito do tema. Esperava-se que o homem quando adulto já estivesse preparado para a vida sexual e cabia à mulher ser ensinada pelo seu homem. Ela tinha a expectativa de que ele conhecesse tudo nessa área e que soubesse seduzí-la (VIEIRA, 1996).

A crença, mantida por muitas mulheres de que serão rejeitadas, se forem sexualmente ativas e afirmativas, é uma parte da nossa herança cultural. Mesmo hoje, apesar da “nova moralidade”, o sexo está associado à idéia de pecado, vergonha e/ou perigo e essa associação tem um efeito adverso muito mais forte sobre o comportamento sexual da mulher do que sobre o do homem. Assim, as mulheres às quais se ensinou, desde a primeira infância, a considerar como uma virtude a passividade e a submissão são propensas a reagir com sentimentos de culpa e vergonha aos impulsos para assumir um papel sexual mais ativo (KAPLAN, 1977).

A falta de conhecimento e as noções errôneas sobre as questões sexuais estão relacionadas com os diferentes problemas de saúde e com a qualidade de vida dos indivíduos de diferentes culturas.

O imaginário masculino e feminino é repleto de conceitos e definições do que é “certo ou errado”, “normal ou anormal”, “moral ou imoral”, “aceitável ou condenável” quando o assunto é sexo. Fatores culturais, religiosos e familiares influenciam o modo como determinada sociedade e seres integrantes entendem e

praticam sua sexualidade.

Quanto mais rígida uma sociedade em relação sexo, menor oportunidade há para se discutir de forma espontânea esse assunto e maior o número de indivíduos com dúvida e preconceitos, o que atrapalha, de forma direta, uma prática satisfatória (HAWTON, 1990).

Antes de caracterizar uma anormalidade ou normalidade de comportamento sexual, devemos distinguir o que vem a ser a genitalidade e sexualidade.

A genitalidade é uma função dos órgãos genitais, um fenômeno fisiológico para satisfazer o instinto. Existe também sem participação da relação, sem uma união afetiva. Entretanto, a sexualidade tem uma dimensão tipicamente pessoal e humana. Claro que também compreende a genitalidade, porém a supera e transcende, chegando a um contexto muito mais rico de valores. Essa se sobrepõe aos limites do impulso genital, que não é mais que um dos muitos elementos de uma relação sexual em que intervêm, sobretudo a afetividade, a fantasia, a emoção e a comunicação (LOPES, 1993).

Segundo Lopes (1993), a maioria das pessoas adultas é imatura e despreparada para o exercício da sexualidade; limitam todo o processo sexual no encontro de genitais; protagonistas da relação (se é que pode ser chamada assim), atuam como dois estranhos, sem se comunicarem nem durante o prelúdio, nem durante o ato sexual, nem depois.

Devemos entender que, o mais importante órgão sexual não é o pênis ou o clitóris, ou a vagina, mas o cérebro. É nele que têm início os maiores problemas sexuais, e através dele, é que esses problemas podem ser resolvidos (MULLEN & MCGINN, 1992).

As pesquisas de Masters & Johnson (1968) e Kolodny et al. (1982) apontam que 60% das mulheres e mais 40% dos homens em 100 casais considerados “felizes” e “normais”, relataram dificuldades sexuais. Se, para o ser humano em geral, sexo é um assunto polêmico e conflitivo, é de se esperar que o paciente, após uma cirurgia mutiladora como a colostomia, fique muito preocupado com a sua sexualidade.

Após o posicionamento dos participantes frente ao que é o sexo, foi direcionada a discussão para os prejuízos sexuais causados pela cirurgia na percepção dos portadores participantes do grupo.

Segundo Xavier (1983), alguns sujeitos submetidos à amputação do reto acusam alteração da função sexual, motivo de preocupação e angústia, mas acredita o autor que isso pode ser simples desajuste à nova situação criada pela colostomia ou resultar da secção dos plexos simpático e parassimpático, durante o deslocamento do reto e de suas conexões com o sacro. No primeiro caso, o distúrbio é transitório, dependendo a sua intensidade e duração, em parte, do equilíbrio emocional do paciente e de sua parceira sexual e, também, pelo domínio obtido pelo paciente sobre a exoneração intestinal pelo ânus artificial. Já no segundo caso, a perturbação sexual é irreparável, podendo ocorrer, de forma completa, logo após a operação ou gradativamente.

Leão (1990) refere que a amputação abdomino-perineal do reto, com colostomia definitiva por câncer, resulta em disfunção eretiva em 8 a 11% dos casos. Observou também que, em 95 sujeitos colostomizados estudados, 2/3 (63 pacientes) mantinham ereção com orgasmo mais ou menos normal e a metade do grupo não mais referia ejaculação.

Para Munjack & Oziel (1984), os portadores de colostomia que sofreram

secção de artérias ou nervos responsáveis pela ereção peniana e que apresentam, posteriormente, disfunção eretiva, conseguem obter satisfação sexual e proporcioná-las as suas parceiras, através de qualquer método mutuamente aceitável. Essa satisfação permite ao portador manter sua auto-imagem como ser humano sexualizado.

Na mulher, esta cirurgia pode, também, ocasionar algumas alterações, pois a dissecação é conduzida no plano de clivagem entre o reto e a vagina (septo reto-vaginal), sendo mais fácil que no homem porque não existem outras estruturas que possam dificultar o deslocamento anterior do reto. Nos carcinomas da parede retal anterior, é necessário considerar a possibilidade de invasão da parede vaginal correspondente. Quando isso acontece, a parte da parede vaginal afetada é extirpada, juntamente com o tumor retal; por esse motivo, mais tarde, essas mulheres afirmam sentir desconforto no relacionamento sexual, devido ao encurtamento do canal vaginal, chegando algumas a se queixarem de dispareunia (dor no coito) e perda da libido (XAVIER, 1983).

Em mulheres, principalmente, uma percepção da deterioração da atração física pode representar uma catástrofe após uma cirurgia para construção de um estoma, uma vez que, a atração física pode ser encarada, pela maioria delas, como um sinal de insucesso. Já em relação aos homens, Bell (1989) e Wilson (1981) se referem à possibilidade de sentirem uma certa “desmasculinização” em virtude de o estoma sangrar freqüentemente, simbolizando uma vagina em período de menstruação. Esta evidência simbólica de feminilidade é reforçada, às vezes, pela impotência fisiológica que, para alguns homens, equivalem à perda de masculinidade.

Essas falas a seguir, representam prejuízos causados pela cirurgia e seus

reflexos no reajustamento sexual dos portadores participantes desse grupo.

TEMA: Prejuízos Sexuais Causados Pela Cirurgia

Tópico: Disfunção erétil

“Vai fazer dois anos dia treze de dezembro que ele fez a cirurgia, a primeira cirurgia. De lá pra cá, nem cialis, nem viagra... nem nada. Perdi totalmente.”(Garcia)

“Eu tenho ereção normal, mas é demorada a ejaculação, o orgasmo no caso. Demora muito. O espermatozóide é pouco.” (Jacaré)

“A minha vida antes da operação era uma coisa... agora é outra, hoje eu sou outro... sou pela metade [se refere da potência sexual]... quero ver se tem solução ou não tem... eu antes da cirurgia era uma pessoa... e hoje eu sou a metade do que eu era, então precisava vê se vai melhorar ou se vai ficar do mesmo jeito.” (José)

“Às vezes pode ter cortado algum nervo?... Alguma coisa que calmo, né?”(Pedro)

“... Se o homem deixa a mulher na mão [ejaculação precoce] tem solução pra isso? Tem algum remédio? Pra controlar a pessoa, e ele dar mais tempo? Eu fico preocupado pelo seguinte: A pessoa ta naquele prazer ali, o homem vai e ela fica! Fica ruim pra ele e pra ela. Porque ela fica com raiva, já começa a falar bobeira... ta certo? Então a pessoa tem que... Por exemplo, vai subir numa escada... se ele vai subindo e ele cansou um pouquinho, ele tem que parar e descansar um pouquinho, não é? É igual.”(Donizete)

O uso do termo impotência encontra oposição não só por ser pejorativo, como, também, por não ser apropriado. Tendo-se em conta que a impotência é apenas uma falha na ereção do pênis, uma expressão mais exata para esta condição seria disfunção erétil.

A disfunção erétil é definida como a “inabilidade consistente de conseguir

e/ou manter uma ereção para ter uma atividade sexual satisfatória” ou pode ser dita como a “dificuldade do homem em manter o pênis ereto”. Não pode ser confundida com a falta ou diminuição no apetite sexual (BRUNO, 1998).

Ainda dentro do tema prejuízos causados pela cirurgia, a recusa sexual do parceiro foi um item exposto.

Munjack & Oziel (1984) e Lopes (1993) alegam que o relacionamento positivo no pré-operatório é o alicerce da casa, se o conflito já existe, com a cirurgia o conflito tende a aumentar, gerando angústia e insegurança no pós-operatório. E sustentam que a qualidade do relacionamento entre os parceiros, antes da cirurgia, determina o ajuste pós-operatório. Estas falas expressam claramente essas afirmações:

Tópico: Recusa sexual do parceiro

“Eu sou separado há 25 anos por causa desse problema aí. A minha ex-mulher não aceitou, ce vê. Ela é enfermeira... ela aposentou agora há poucos anos... de enfermeira, trabalhou muitos anos de enfermeira na Santa Casa, no Pronto-Socorro e não aceitou... Achou que tinha que morar com outro homem e foi embora. Eu fiquei a ver navios aí.”(Flávio)

“... eu não fui compreendido, minha esposa não me aceitava... após a cirurgia. Pela opinião dela, ela achava que eu deveria morrer e não fazer essa cirurgia. Ela mesma falou pra mim...”[começou a chorar] (Fernando)

“Ela não me aceitava... Então ela achava que a bolsinha era um empecilho, que atrapalhava, que fazia barulho. Mas na verdade, o problema dela não era esse. Uma parte poderia ser, mas eu acho que talvez, ela já estivesse intencionada em não me aceitar, sei lá! Na época que estávamos juntos... Eu tentava ter relação e tal, e ela evitava todas as maneiras e achava que a bolsinha que impedia e que não dava certo e que atrapalhava e tal. Ela não queria mesmo, ela tentava evitar de todas as formas.” (Fernando)

“Não é só o caso dele não, que eu conheço... é muitos casos que a esposa saiu fora... por causa de uma colostomia ou vice-

versa... por isso é que tem que ter o entendimento.”(Jacaré)

“Na realidade, já não é uma pessoa como antes... mas sempre tem aquela recusa, sempre tem aquela coisa, né?”(Alexandre)

O parceiro cooperativo é aquele que aceita o estoma de uma maneira simples, com paciência e se envolve em atividades que fornecem o máximo de instruções. Em alguns casos, isso deve exigir um parceiro livre de muitas inibições, pois pode haver a necessidade de alteração dos padrões sexuais anteriores.

Qualquer alteração, evidentemente, pode ser satisfatória e aceitável para ambos, e o portador de estoma deve também ser cooperativo, afetuoso, compreensível e desejar deixar para trás alguns hábitos e inibições (HOGAN, 1985).

Essa autora menciona alguns pacientes portadores de colostomia que afirmam obter algum relacionamento sexual quando seus parceiros se mostram carinhosos, aceitam e compreendem a situação.

Binder (1981) constatou em um estudo, que casamentos com ajustamento sexual antes da cirurgia, geralmente no pós-operatório, continuavam ajustados, e o cuidado corporal se processava naturalmente. O interesse dos parceiros na readaptação era elevado, o casamento não se deteriorava, ocorrendo, pois, um aprendizado mútuo, diminuindo a tensão. Em todos esses casamentos os parceiros eram livres e continuavam crescendo no relacionamento, como vinha acontecendo antes da cirurgia.

Acreditamos que desde o período pré-operatório, devemos aplicar modelos de intervenção de enfermagem, principalmente aos casais, que terão um dos seus pares submetidos a uma cirurgia mutilante, que ameaça sua auto-estima e a segurança da relação com o parceiro sexual (HOGAN, 1985). Mas, em nosso grupo, entendemos a necessidade de conhecer o que os integrantes sabiam a

respeito de seus órgãos sexuais, masculino e feminino. Aplicamos então, uma dinâmica muito interessante demonstrando em multimídia figuras dos órgãos genitais masculino e feminino (vide figura 1 e 2 na página 83) e solicitarmos aos participantes que escrevessem os nomes dos órgãos e suas respectivas funções. Nessa dinâmica foi possível emergir os seguintes TEMAS E TÓPICOS:

TEMA: Órgão Genital Masculino

Tópico: Desconhecimento

“O número um é o testículo...” (Jacaré)

“Eu acho que é o um, o testículo.”(José)

“O que é o dois seu Flávio?” (Beatriz) “Eu não sei.”(Flávio)

“Não é só o pênis ali? É só o pênis. Alá a bexiga... a trompa da mulher lá! Não é? [risos]”(Padilha)

“Padilha, esse é do órgão masculino, a figura é só do homem.”(Beatriz) “... é que eu misturo tudo.”(Padilha)

“Então cadê a próstata?”(Aline)

“Mas não tem dois testículos, ali tem dois? A bolsa escrotal que é o número um! Se não é, então cadê o testículo? Todo mundo tem que ter dois testículos, então é o número dois!” (Aline)

“Você já, pôs o quatro? O quatro não é aquele canal diferente, lá?”(Lorena)

Tópico: Dificuldades

“O órgão masculino é mais difícil.”(Beatriz)

“Parece que todo mundo está indo pro campo de concentração.”(Padilha)

“Tem que ter uma estrutura boa pra responder isso daí.”(Flávio)

“Elas só ficam dando risadas!” (Fernando)

“Será que tem que responder? Tem que responder a função também? Não é pra nós não! Tem que ter uma estrutura boa pra responder isso daí.”(Flávio)

“Além de aprender... As horas passam que ninguém vê! Porque quem não ri?”(Elza)

Percebemos nessa dinâmica uma dificuldade muito grande, na identificação dos órgãos genitais masculinos, principalmente, um desconhecimento e maior inibição por parte dos homens. Alguns integrantes (homens) simplesmente emudeceram até o final da dinâmica.

E a pedido do grupo, devido à dificuldade para identificar os órgãos genitais masculinos, foi mudada a figura e passado para o órgão genital feminino externo.

TEMA: Órgão Genital Feminino

Tópico: Conhecimento

“Esse é mais fácil!” (Padilha)

“Vamos ver o sete lá embaixo. O três é os grandes lábios.”(Lorena)

“Mas o seis ela deixou bem claro que é toda aquela beiradinha lá, então? O clitóris é lá no meio, Jacaré!”(Aline)

“Agora o cinco é os pequenos lábios.”(Lorena)

“Pra que, que serve o ânus?(Beatriz) “Pra fezes, pra evacua!”(Padilha)

“O número um é os pêlos pubianos.”(Beatriz)

“É isso que eu queria falar, mas tem homem aqui, né?Eles pretejem o osso pra que possa no vamos ver ter...”(Padilha)

“O número dois é o clitóris.”(Elza)

“A vagina serve pra sexo!”(Donizete)

“O ânus serve para liberar o pum...” (Flávio)

“Para soltar gases, fezes... Serve pra mais coisa, mais eu não vou falar.” [risos](Jacaré)

Tópico: Desconhecimento

“O que, que a gente vai fazer?”(Lorena)

“Isso tá difícil!”(Jacaré)

“O quatro é o clitóris? Ai que nervoso!”(Elza)

“Agora tem que falar as funções. Pra que, serve os pêlos?”(Beatriz)

“Pra enfeitar[risos]! ”(Carla)

“Ah! Os pêlos servem pra saber o que vai acontecer, quando arrepia é que vai menstruar, quando alisam é que ta normal. Se raspar não serve mais pra nada, se não raspa atrapalha mais.”(Padilha)

“Quando a gente estudava a gente sabia tudo, agora a gente não sabe mais nada não!”(Beatriz)

“Pra limpar nenê recém-nascido, a gente limpa de baixo para cima ou de cima para baixo? Por que não machuca isso daí? Não estou falando no ânus, estou falando aí na vagina Se passar ali e pegar o clitóris, assim e levanta não machuca? Uma vez eu vi uma pessoa fazendo assim eu disse ai...”(Lorena)

“É uma glândula, né?”(Flávio)

“O odor é do ânus! Pra quem não tem o ânus como eu, às vezes vaza daqui, não tem mau cheiro... Não dá cheirinho nenhum... É igual um bebezinho. Não tem cheiro de nada. É do masculino que solta o cheiro.”(Padilha)

“A vagina tem vários significados! Sei lá eu acho que ela... por exemplo, pra fazer sexo como ele falou... pra gente ter urina, tudo sai por ali.”(Flávio)

“Pera aí! Tá contando mentira...” (Padilha)

“Seu Flávio a vagina solta urina?”(Beatriz) “A perfuração dela não sai por ali? Então... ela não sai por ali?”(Flávio)

“Existe sexo na ostomia?”(Flávio)

“O número dois é o canal deferente [encontraram no órgão sexual feminino]”(Aline)

“O número três no começo colocamos canal deferente, e depois vagina.”(Elza) “Nós achamos que é a bexiga.”(Fernando)

Ficou evidente o constrangimento dos participantes quando foi projetada a figura em slides; muitos ficaram envergonhados, evitaram se entreolhar, principalmente quando foi exposta a figura feminina, mas, com o tempo, começaram a achar graça em tudo, dando risadas e fazendo colocações engraçadas. Entendemos ser esta uma forma de descontração, de “quebrar o gelo”.

Após a dinâmica foram expostos, em forma de debate, os nomes dos órgãos genitais e suas respectivas funções. Muitos lembraram os conhecimentos que tinham anteriormente relacionados aos órgãos genitais; outros, porém, era a estavam tendo acesso a essas informações pela primeira vez.

No decorrer das reuniões foi necessário identificarmos o modo como percebiam o sexo hoje. O que permitiu que emergisse esses TEMAS e TÓPICOS:

TEMA: Sexo Hoje

Tópico: Machismo

“A culpa do machismo dos homens são as mulheres né? Que educam... Ah! Meu filho pode sair segura as tuas cabras. Até hoje as mulheres continuam dando essa educação machista.”(Amélia)

“Os homens parecem burro velho, querendo capim

novo.”(Padilha)

“Os homens são muito mais infiéis do que as mulheres... e eu acho que não devia de ser, porque o sexo, pelo menos pra mim é muito mais gostoso com uma pessoa que a gente tem afinidade... é parceiro, tem coisas juntas. Toda coisa que você vai fazer, você sabe o que o outro gosta, o que não gosta, do que pegar cada vez uma parceira diferente. Deve ser difícil, eu não sei porque que eles gostam mais. Porque às vezes tem muitos que a gente escuta falar que com a mulher já não consegue, então sai pra fora com outras eles conseguem, e não devia ser assim. Devia ter mais afinidade com a mulher mesmo. Que sabe mais o que ela quer e o que ela gosta, e ela sabe o que ele quer e o que ele gosta.”(Amélia)

Um dos itens destacados sobre o sexo hoje é sobre a influência que a mídia exerce no comportamento sexual humano.

Tópico: Influência da mídia

“A televisão está acabando com o mundo!”(Donizete)

“A televisão. Ela tá acabando com muitos casamentos. A pessoa se influencia em riqueza e vê como é ali, as casas, e separa.”(Flávio)

“As meninas de hoje vai por isso aí!”(Donizete)

“Tem que ter relação sexual primeiro pra depois casar... Ah! O que é isso?”(Padilha)

“Eu estive hoje com uma amiga que inclusive mora nos Estados Unidos. A mãe, sempre fazendo pra ser mocinha, sabe? E eu achava aquilo bonito! Achava bacana aquilo nela, mas uma das filhas dela se irritava com aquilo e começou a ter problemas, sérios. E dizia: Minha mãe é uma velha e fica aí. Ela é muito ativa, gosta de malhar, e deu problema é uma competição ela com a filha.”(Melina).

“A pessoa que está vendo um filme pornô... Eu acho que isso não é uma boa ajuda! Porque, o homem ou a mulher, vai tar excitado ali naquela hora! Na hora que ele for com a mulher ou vice-versa, ele vai estar pensando naquilo, é como estava falando de novela, a novela só aparece aquela coisa.”(Melina)

“Eu não gostaria que o meu marido se estimulasse vendo

outra e depois viesse ficar comigo. Ah! Tem dó! Eu não ia aceitar não.”(Amélia).

A grande influência dos meios de comunicação no campo da sexualidade não é a consequência imediata do que é visto, mas é a consequência do que não é mostrado. Muitas, vezes, desligar os aparelhos e se privar de ter acesso a outros meios de comunicação que enfatizam a sexualidade hoje, não é a solução. Discutir o que é realidade e o que é ficção é muito enriquecedor (GOUVEIA, 1990).

Se, de um lado, a influência dos meios de comunicação no desenvolvimento da sexualidade pode ser maléfico, de outro, é a grande abertura para o diálogo e a aproximação entre as pessoas.

Devemos rever padrões de comportamento; procurar definir o que é o amor, o que é uma reação sexual em toda sua intensidade, sem a rapidez dos segundos, caríssimos de um canal de televisão. Mas, também, como, quando ou porque; levantar dúvida, discutir situações, trocar experiências acontecidas com gerações diferentes.

Nos meios de comunicação a informação é maciça, mas também é parcial. E como as pessoas não se dão conta disso, sua influência vem sendo extraordinária no comportamento individual. Se considerarmos a influência dos meios de comunicação no desenvolvimento da sexualidade segundo Gouveia (1990) chegaremos a alguns dados concretos como: para os mais velhos, observaremos uma certa surpresa ao ver assuntos tão íntimos, considerados tabus e, portanto, não elaborados, a surpresa de perderem a individualidade e serem generalizados com a maior facilidade sem querer explicação.

E para as gerações mais novas, a convivência diária com esses mesmos assuntos, tão facilmente introduzidos em suas cabeças que desconhecem até a

necessidade de qualquer explicação a mais. Ir para a cama é tão fácil. Levar uma camisinha no bolso, ou na bolsa, é tão necessário quanto levar um pente. E o porquê de tudo isso passa tão rápido e despercebido quanto mudar de canal e assistir a um outro programa.

Segundo a autora, os valores estão mudando suas dimensões. Para os mais velhos, roubar, vingar-se, matar podem ser cenas “fortes”, mas não são “indecentes”, como cenas de sexo. Para os mais jovens, roubar, vingar-se, matar são fatos concretos. Sexualidade e sexo fazem parte da rotina diária.

A autora afirma que a a mídia, a cada segundo, influencia o desenvolvimento da sexualidade de crianças, adolescentes e adultos, mas, que esta influência pode tornar-se também altamente positiva se transformar-se em um alerta e motivo de crescimento para as gerações despreparadas, assim como um despertar em busca de respostas, para as gerações mais novas. Talvez seja o melhor argumento para a necessidade da educação sexual.

A invenção é extraordinária. Como usá-la é o complemento e é indispensável.

Vitiello (1995) acredita que a urbanização acelerada, o crescimento das cidades e a participação dos meios de comunicação de massa na transmissão de novos valores sociais contribuíram enormemente para o aparecimento de novos padrões de atividade sexual. A mulher como propriedade do homem rendia-se agora a mulher liberada que faz sexo quando e com quem quiser.

Com certeza, esses acontecimentos tiveram grande influência na sexualidade de nossos idosos. Entretanto alguns casais que foram criados dentro de uma moral rígida, puderam adotar novas atitudes em relação a suas vidas ou para a educação de seus filhos e netos, embora outros tenham se mantido fiéis à tradição

do antigo conceito do “tudo pela família” (FRAIMAN, 1994).

Após discutirmos como percebemos o sexo atualmente foi pertinente identificarmos fatores que dificultam o relacionamento sexual dos portadores participantes. As dificuldades apontadas serão abordadas a seguir.

TEMA: Fatores Que Dificultam O Relacionamento Sexual

Tópico: Idade

“Pessoa de idade diminui o gozo, fica seco.”(Amélia)

“Por isso que pessoa de idade que toma viagra acaba morrendo no motel, né?” “Mas vai morrer feliz!”(Padilha)

“Eu quando era mais novo... eu tinha uma reação muito grande [excitação] e depois que eu fiquei mais idoso, começou a passar a vida, dificuldades, à coisa foi caindo, mas tudo que eu to falando aí, pessoa, por exemplo, o homem ele, muitos dele fala que goza duas, três, quatro veis na noite, eu não acredito! E sabe o que, quando eu era jovem, o máximo que eu consegui foi duas vezes.”(Donizete)

“É nada é três, quatro mijada na cama [risos]. A gente sabe, que muitas vezes a gente fica impressionado, com esse problema que a gente tem essa cirurgia, a gente fica muito chateado, muito arrasado, com isso daí, mas isso não tem nada a ver, depende do físico da pessoa, da mente da pessoa. Depende da pessoa.”(Alexandre)

O potencial para o prazer erótico é desenvolvido desde o nascimento e não se extingue até a morte. Entretanto, a idade ajusta, de maneira significativa, o componente biológico e psicológico da nossa sexualidade, de forma que a intensidade e a qualidade da resposta sexual variam consideravelmente, nas diferentes idades. No entanto, os efeitos da idade não servem para nivelar as respostas sexuais, pois para cada pessoa essas mudanças acontecem de acordo

com sua história de vida (BRUNO & BRUNO, 1998).

Como sabemos, segundo os autores, a idade exerce diferentes influências sobre o ciclo da vida sexual dos homens e das mulheres. Todas as outras funções humanas, como, por exemplo, a capacidade para aprender e a coordenação ou força física, aumentam e diminuem em padrões previsíveis de acordo com a idade, e acredita-se que os dois sexos sigam curvas similares em tudo isso. A sexualidade, porém, é completamente diferente.

Os estudos de Masters & Johnson (1968) confirmam que os homens experimentam o pico da capacidade e responsividade sexuais ao redor dos 17 e 18 anos e, daí em diante, demonstram um declínio gradativo constante. As mulheres, de outro lado, atingem o pico sexual nos últimos anos da casa dos 30 ou nos primeiros da dos 40 e daí em diante declinam num grau relativamente mais lento do que os homens. Mesmo assim, o sexo não deve desaparecer nunca e tem sido observado orgasmo, tanto em homens como em mulheres, na nona década.

O componente biológico que declina com a idade pode ser o grande vilão da diferença em relação à resposta sexual entre homens e mulheres na meia-idade; enquanto os aspectos psíquicos da sexualidade permanecem relativamente não afetados, talvez as determinantes físicas do sexo sejam relativamente mais importantes para a sexualidade masculina do que para a feminina.

Tópico: Disfunção erétil

“Adriana, depois de tá tudo preparadinho... tá tudo bem, né? Aí a mulher tá lá bem excitada, toda garbosa esperando a maçã! Cai todo bonitão! [faz sinal com os dedos interpretando uma disfunção erétil]. Já aconteceu comigo, fiquei na mão, aí eu falei: Eu vou sair agora e arrumar um home na rua...mas não tive coragem não. Aconteceu comigo isso daí. Nossa a gente fica numa situação difícil!”(Padilha)

“... Se o homem deixa a mulher na mão [ejaculação precoce] tem solução pra isso? Tem algum remédio? Pra controlar a pessoa, e ele dar mais tempo? Eu fico preocupado pelo seguinte: A pessoa tá naquele prazer ali, o homem vai e ela fica! Fica ruim pra ele e pra ela. Porque ela fica com raiva, já começa a falar bobeira... tá certo? Então a pessoa tem que... Por exemplo, vai subir numa escada... se ele vai subindo e ele cansou um pouquinho, ele tem que parar e descansar um pouquinho, não é? É igual.”(Donizete)

As transformações biológicas advêm das modificações da vascularização dos órgãos sexuais. No homem, diminui a rapidez de enchimento e esvaziamento dos corpos cavernosos, conseqüentemente aumentando o tempo de intervalo entre uma ereção e outra, e posteriormente diminuindo o grau de ereção (MASTERS & JOHNSON, 1968).

Mullen & McGinn (1992) relatam que os homens portadores de estomas podem enfrentar, por motivos psicológicos, muitos problemas sexuais advindos de numerosos fatores. O principal é a incapacidade de atingir ou manter uma ereção. Não existe uma maneira fácil de falar sobre as diferenças entre fatores físicos e psicológicos, mas uma consideração dos fatores psicológicos pode ajudar a determinar se uns ou outros podem ser a causa da dificuldade sexual que é experimentada. Concordamos com Lopes e Maia (1994) quando afirmam que a idade não dessexualiza o indivíduo, mas a sociedade sim.

Tópico: Falta de parceiro

Hogan (1985) relata que os solteiros, viúvos, desquitados e separados portadores de estomas, enfrentam maior dificuldade em revelar a um eventual parceiro sexual, quando, como e porque tiveram sua imagem corporal modificada. Possuem também, segundo o autor, menor possibilidade de se envolverem em casos extraconjugais, após a cirurgia, acrescentando serem os cônjuges as únicas

peessoas a aceitar um contato físico.

A autora traz os depoimentos de mulheres viúvas, divorciadas e separadas nos quais elas declaram que somente o cônjuge, no período da cirurgia, aceitaria as condições físicas de um portador de colostomia, não se podendo esperar aceitação ou tolerância de um novo parceiro.

“Claro que a gente tenta... Apareceu oportunidade a gente aproveita. A gente não é como era antes, mas também não pode dizer que a gente morreu não.”(Alexandre)

“Principalmente, se a gente tiver um parceiro fixo, que aí ela entende, e aí, melhor do que a pessoa sozinha, que vai com um e com o outro... aí é mais difícil, né? Agora se tem aquele parceiro fixo que entende as eficiências e as dificuldades da gente, eu falo como no meu caso, que o meu marido é bem compreensivo e tudo fica muito mais fácil, né?(Amélia)

“A mulher fica sozinha porque não acha, o homem fica sozinho porque não quer...”(Amélia)

“Como eu não tenho marido, nada... então eu não tenho nada.”(Mara)

“Há quantos anos que eu não vejo isso... Desde 69, nunca mais! Tô broxa há muitos anos...”(Padilha)

“A gente não acha uma pessoa conveniente como a gente quer, não tem.”(Alexandre)

Tópico: Falta de amor

“Precisa ter amor! No casamento tem que ter amor, senão não tem felicidade. Quando se namora em casa é colocadas uma lamparina com uma tocha desse tamanho... E ainda o velho tá cochilando e tá olhando, não tem liberdade de se dar um beijo... Não se tem liberdade de se dar um aperto, um abraço... Não tem abraço, não tem aperto, não tem nada. Então quando se casa chega um tempo que esfria, aí se torna uma vida de amizade... Eu vivi 40 anos com a minha mulher, nunca dei um tapa nela, nunca briguei com ela, só que finalmente eu percebi que ela gostava de outro, então quer dizer que, sei lá! Vivemos assim, mas não tinha felicidade, não teve amor no casamento. Quando eu casei parece que colocaram duas lebres no saco... Casamento precisa ter amor, precisa ter um pouquinho de

liberdade... Pra que haja felicidade no casamento.”(Alexandre)

“Eu acho que o sexo tem que dialogar, porque não é gato, nem cachorro... não é animal, o animal faz sexo... sem, mas o homem e a mulher têm que mostrar que um sente amor, um pelo outro. Se não, não é sexo, não é vantagem.”(Alexandre)

Esta foi uma colocação expressada por um integrante, que obteve a concordância da maioria dos participantes que referiram ter passado, também, por algo semelhante. Foi um momento muito divertido e que gerou muita discussão. É pertinente explicitar a afirmação de Fraiman (1984) sobre como a conduta sexual de antigamente era tratada. Ele diz que como nossos idosos foram educados segundo normas e condutas bastante rígidas, diferentes das atuais, para eles o mais importante no processo da conquista era o olhar. Com olhares furtivos iniciava-se o flerte.

A abordagem era feita com muita discrição e respeito. O contato mais próximo acontecia no bailes, embora quase sempre as moças solteiras eram vigiadas pelos irmãos mais velhos ou outros familiares. Qualquer carícia mais ousada era prontamente reprimida pelos irmãos vigilantes ou bedéis contratados para esse fim.

Antes do noivado não era permitido o casal ficar a sós. Havia muito medo, principalmente por parte das mulheres.

Não existia nenhum tipo de orientação sexual, pois os pais não conversavam com os filhos. Os homens aprendiam nas ruas e as mulheres buscavam conselhos e orientações nas tias, vizinhas mais esclarecidas ou amigas que, muitas vezes, sabiam tanto quanto elas.

A mulher deveria ser discreta e recatada durante a vida conjugal. O sexo deveria ser praticado no escuro. A visualização do próprio corpo é para algumas mulheres, considerado pecado. As moças de “família” eram totalmente inexperientes

em matéria de sexo. Cabia aos homens a função de ensiná-las. O problema é que estes também não tinham tido muitas experiências sexuais antes do casamento. A grande maioria tinha se iniciado com prostitutas (FRAIMAN, 1994).

Havia, entretanto, antes do casamento outras formas de práticas sexuais que já eram freqüentes na época. O *coitus interfemures*, gozar nas coxas, assim como o sexo anal era encarado como formas de fazer sexo sem risco de gravidez.

Fraiman (1994) acrescenta que a idéia dominante na época é que o sexo era algo sujo e sem-vergonha, que era a maneira do homem submeter a mulher aos seus caprichos. Após o ato sexual, o homem era tomado por escrúpulos, o que gerava muita culpa. Dizia que procurava sua mulher só para aliviar ou para “fazer a sua higiene”.

Tópico: O inesperado/imprevisto

“Quando alguma coisa atrapalha... Fica igual um caramujo. [pênis]” (Donizete)

“A mulher é mais fácil que consegue esconder, já o homem...”(Amélia) [referindo a impotência]

“Adriana, por exemplo, uma campainha como é que faz? Tem que desligar a campainha? Ou faz ou deixa de fazer, né?”(Donizete)

“Nisso que a gente não atende já desconcentra um pouco, né? Saí do clima.”(Amélia)

“Essa coisa de bate na porta é a pior coisa que existe... Ué! Tem que desmanchar tudo que tá feito! Eu não acho bom nada, eu acho ruim! Aí tem que começar tudo de novo.”(Donizete)

Outra dificuldade verbalizada foi a de lidar com o imprevisto, o inesperado, pela dificuldade de novamente preparar-se para o ato sexual, uma vez que, já encontram dificuldades em ter e/ou manter uma ereção suficiente para a realização

completa do coito.

O simples tocar da campainha ou o bater na porta no momento que estiver acontecendo o ato sexual são situações dificultadoras para a continuação ou recontinuação da relação.

Tópico: A estética

“A gente se sente feia, além de tá com a barriga horrível... Ainda está com a bolsinha e tudo é uma coisa... Dá muita vergonha, muita... se não for um homem bem compreensivo, é difícil. É difícil porque a mulher é muito ligada nessa parte estética.”(Amélia)

“Eu vivo falando para o meu marido que eu não tenho bunda! Eu falo: Todas as mulheres têm bundas... Só eu que não tenho. E ele responde: que assunto mais cansativo, Maria!”(Amélia)

“Isso acontece no homem também... o homem já tem uma companheira e tal, mas o homem que passar por uma cirurgia dessa, tiver que encarar um relacionamento novo eu acho que vai ser muito difícil pra ele, do ponto de vista psicológico... Por causa do problema estético, eu acho que é muito complicado, isso daí. Eu tenho impressão que se eu tivesse que buscar um relacionamento novo seria muito complicado para mim.”(Lucas)

As representações vigentes acerca da imagem corporal e do corpo ideal, permeadas pelo belo, saudável e forte, em uma sociedade capitalista e tecnocrata marcada por relações niveladas pelo mercado de consumo, massificação (imitação) e indiferenciação do produto, ou seja, uma realidade ideológica onde todos têm a mesma crença sobre identidade, induzem a interpretação da diferença ou desvio como algo intolerável e inútil. O portador de um corpo imperfeito, ao vivenciar as incapacidades e impossibilidades corporais, pode afastar-se dos atributos de independência e ineficiência, bem como dos padrões estéticos de beleza, consumo e prazer, acarretando-lhe sentimentos de inadequação e provocando sentimentos

discriminatórios por parte dos outros (SAWAIA, 1994 apud SANTOS, 2000, p.99).

A incongruência com os padrões e esteriótipos criados pela sociedade leva ao estigma, definido por Goffman (1982) como a situação de um indivíduo que é desqualificado para uma aceitação social plena, uma pessoa que tem fraqueza ou deficiência sendo vista pela sociedade como algo contagioso reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída sendo, algumas vezes, ele próprio considerado como um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem.

Essa situação se torna comum ao indivíduo submetido a um estoma intestinal, já que essa cirurgia permite uma mudança, fazendo com que seu portador tenha que se reajustar a uma imagem corporal alterada, adaptar-se à perda de controle das eliminações, ao uso de acessórios desconhecidos, à eliminação de odores desagradáveis e ruídos. De uma forma geral, muitas vezes, enfrentam perda da auto-estima o que leva a sentimento de desprestígio diante da sociedade (MANTOVANI, 2001).

TEMA: Informações sobre o retorno sexual após a cirurgia

Segundo Rosenbaum (1978 apud FREITAS, 1994, p.26), existe uma consciência cada vez maior da importância da sexualidade para todos e uma aceitação cada vez maior das muitas formas diferentes pelas quais os indivíduos expressam e experimentam a sua sexualidade. Esse autor comenta que estamos nos tornando mais sensíveis em relação às dificuldades sexuais mais comuns entre a população. Não podemos nos esquecer de que nossos clientes são produto de nossa sociedade sexualmente reprimida e repressiva.

O operado permanece inconformado, temeroso e vítima de vários mitos

segundo Dlin & Perlman (1972); Leão (1990), tais como: disfunção eretiva, preconceitos com a doença e preconceitos com a idade. A maioria dos sujeitos portadores de colostomia definitiva, acima de 60 anos, conservam medos latentes de disfunção eretiva, no caso do homem, e da perda do desejo, tanto no homem como na mulher, reforçados pela atitude do cirurgião.

E a queixa da mulher portadora de colostomia pós-menopausa diz respeito à desatenção dada a seus medos. Talvez o silêncio do profissional da saúde seja percebido como indício de que seu papel tenha terminado.

Afirma ainda que, quando iniciou perguntas ao paciente sobre sua adaptação sexual, rapidamente notou que esse tema tem que ser introduzido pelo profissional, que raramente os pacientes levantam esse assunto pela primeira vez; quando os médicos, porém, assumem o assunto honestamente, estes vão no mesmo caminho, demonstrando, muitas vezes, vontade de discutir sexualidade. Isso pode acontecer porque o paciente está pouco acostumado com as invasões à sua intimidade, notando-se, contudo, que depois da introdução do tema, o paciente se sente mais à vontade do que os profissionais.

As demandas dos usuários em obter informação compreensiva sobre seus problemas de saúde ao longo de seu ciclo vital acentuam a necessidade de que a educação para a saúde ocorra em todos os encontros principalmente do paciente-enfermeiro (SMELTZER & BARE, 2000).

Segundo as autoras a enfermeira como professora é desafiada não só a fornecer educação específica para o paciente e família, como também focar as necessidades educacionais da sociedade. A educação para a saúde é importante para o cuidado de enfermagem, uma vez que ela pode determinar como o indivíduo e sua família são capazes de ter comportamentos que conduzam a um ótimo

autocuidado.

Educação para a saúde é uma função independente da prática de enfermagem e a principal responsabilidade da profissão. Todo cuidado de enfermagem deve ser dirigido para a promoção, manutenção e restauração da saúde, e assistência às pessoas no sentido de se adaptarem aos efeitos residuais da doença. Essas atividades de enfermagem são conseguidas através da educação para a saúde ou pelo ensino do paciente.

Smeltzer & Bare (2000) referem ainda que em todo contato com o usuário do serviço de saúde, estando a pessoa doente ou não, a enfermeira tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender. Dessa forma, a enfermeira precisa aproveitar as oportunidades tanto dentro quanto fora dos locais de cuidado de saúde, para facilitar o bem-estar. Os ambientes educacionais podem incluir domicílios, hospitais, centros de saúde comunitários, locais de trabalho, organizações de serviço, abrigos, ação do usuário ou grupos de apoio.

A meta da educação em saúde é ensinar as pessoas a viverem a vida da maneira mais saudável possível – ou seja, lutar para atingir seu potencial de saúde máxima.

Segundo Lopes (1993) os profissionais de saúde devem propiciar espaço, para que também a questão da sexualidade seja levantada e discutida com o paciente e seu parceiro sexual, com a mesma importância que a doença, a capacitação física, o retorno ao trabalho, ou outra atividade de igual importância.

Ferreira (1995) relata que a sexualidade vem sendo tratada, no discurso teórico da enfermagem, como uma necessidade humana básica e, portanto, referida como merecedora de atenção no atendimento das necessidades de saúde do

homem. Mas, na prática, a atenção a ela dispensada encontra-se ancorada na sua função reprodutiva e nos problemas de ordem clínica e patológica. Não há uma discussão crítica e contextualizada que contemple questões ligadas à esfera sócio-cultural da sexualidade humana. Este “silêncio” não existe somente no discurso teórico pois, ao realizarmos um estudo sobre as representações dos enfermeiros sobre o corpo do cliente hospitalizado, identificamos que o sexo e a sexualidade ainda são assuntos considerados tabus no ensino e na prática de enfermagem.

O processo de formação profissional dos enfermeiros influencia sobremaneira na construção de suas representações, velando o sexo e a sexualidade do cliente hospitalizado. A dessexualização do corpo do cliente acontece gradativamente na formação do enfermeiro, com seu início ocorrendo no curso de graduação e solidifica-se no decorrer da carreira desses profissionais (FERREIRA, 1995).

Segundo Gambrell (1982), o sexo provavelmente é o mais negligenciado dos aspectos da reabilitação dos portadores de estoma. Somente nos anos atuais o sexo tem sido trazido à luz e tratamento de forma aberta. Muitos sujeitos portadores de colostomia dão as boas-vindas à abertura na introdução das orientações sobre sexualidade, pois a maioria sabe que a colostomia pode ameaçar sua sexualidade. Sabe que os ajustes serão mais fáceis se tiverem ajuda médica e terapêutica, juntamente com seu parceiro sexual.

Tópico: Não teve informação

“Eu acho que às vezes a gente esquece daquela coisa... eu acho que isso daí é o médico que já deveria passar para o paciente... pode não pode e o tempo determinado. Eu sinto assim, né? Que geralmente a gente acaba passando, esquecendo. Mas acho que deveria partir do médico, e orientar o paciente, porque às vezes a gente esquece, que nem eu

passou... na verdade os profissionais da saúde que devem orientar.”(Melina)

“Também não falaram nada pra mim”.(Lorena)

Tópico: Buscou informação

“Só perguntei se poderia ter filhos, na época eu tinha 30 anos, né? Perguntei se poderia ainda engravidar? O que ele me respondeu que sim, mas que eu esperasse pelo menos dois anos. E com acompanhamento médico.”(Melina)

“Quando eu fiz períneo eu perguntei quanto tempo, porque de vez em quando a gente dá umas cacetadas, né?”(Padilha)

As mulheres portadoras de colostomia devem ser bem orientadas, pois podem ter vida sexual normal, engravidar e ter filhos. As mulheres precisam ter orientações em relação ao ajuste psicológico ao sexo com a colostomia a fim de ter relações sexuais mais satisfatórias; e ao enfrentamento do prejuízo sexual experimentado por algumas como resultado de uma cirurgia de colostomia (GAMBRELL, 1982).

Tópico: Não tinha interesse em saber

“Se eu tivesse o meu esposo eu tinha perguntado, mas eu não tinha, ia ficar na mesma. Perguntar pra quê? Eu não tenho galo, pois quem dorme com galo, com ovo amanhece. Eu não tinha nenhum galo!”(Padilha)

Tópico: Teve informação

“Eu, por exemplo, fui orientado nesse ponto que você falou... que poderia haver a impotência... que tinha a possibilidade de ficar impotente de acordo como o que ocorresse na cirurgia... eu tinha que escolher entre a minha vida e a sexualidade. Pra mim o importante era a vida, né? Não só o sexo... o sexo é importante se tiver vida e saúde, né? Nesse caso eu fui avisado, eu fui consciente do que poderia acontecer, né?”(Fernando)

Lopes (1993) acredita que a orientação sobre a sexualidade para o casal é necessária, o difícil é haver profissional capacitado para atendê-los. Segundo este autor, o profissional da saúde não deve propagar suas próprias crenças e valores, não deve ensinar e sim explorar os conhecimentos particulares com a finalidade de induzir cada um à formação de seus próprios valores, devendo estar tranqüilo quanto a sua própria sexualidade.

Hogan (1985) lembra o fato de tradicionalmente a enfermagem ter a permissão social de tocar qualquer parte do corpo do cliente para atender a exigência da manutenção de higiene para prestar os cuidados, mas, pessoalmente, quem assiste mantém-se puro, uma vez que o assistido é concebido como ser assexuado. Segundo a autora dos vários profissionais de saúde, o enfermeiro tem a maior oportunidade para ensinar sobre a sexualidade humana. O médico, por estar muito ocupado, geralmente não tem tempo ou inclinação para fazê-lo.

Para Rieve (1989) todo enfermeiro deveria ser capaz de gerar um clima favorável para o paciente expressar-se e discutir sobre suas preocupações sexuais.

O assunto sexualidade foi bastante discutido em nosso grupo, foi percebida uma aceitação muito grande relacionada a essa temática, permitindo que verbalizassem com muita tranqüilidade, naturalidade e excelência sobre os cuidados que possuem hoje, enquanto estomizados, para o ato sexual.

TEMA: Cuidados Hoje Para o Ato Sexual

Tópico: Comunicação/Preliminares

“Com ou sem ostomia, sem diálogo não tem relacionamento que dure.”(Melina)

“... tem que ter uma preparação sabe aquela preparação bem gostosa... é um beijinho, o meu marido não gostava de beijo, também eu não beijava ele... é assim, sabe? Aquele carinho especial... porque o homem tem que preparar a mulher e a mulher também tem que preparar o homem... igual à vaca prepara o boi, o boi prepara a vaca, a porca prepara o porco e tudo é assim que eu já prestei atenção. Porque se não preparar não tem sensação.”(Padilha)

“Que nem uma fogueira, né? De pouquinho em pouquinho vai queimar...”(Aline)

“A mulher tem que ser mais preparada do que o homem! O homem é homem.”(Padilha)

O fracasso de muitos casais em comunicar francamente os sentimentos e experiências sexuais tem sido citado pelas autoridades neste campo como um importante fator na etiologia das disfunções sexuais. Em certo sentido, é uma grande verdade. Querer ser um amante eficiente para si e para o parceiro, sem saber comunicar-se, é como querer aprender tiro ao alvo com os olhos vendados. É necessário um *feedback* recíproco para desenvolver uma boa interação sexual e assegurar e dar estímulo erótico eficiente (KAPLAN, 1977).

Quase sempre a falta de comunicação não é uma causa de disfunção; antes auxilia a perpetuar o sistema sexual destrutivo e agravar um problema existente. A comunicação franca e genuína é um instrumento maravilhoso para corrigir e remedir problemas entre duas pessoas.

Quando os verdadeiros desejos e necessidades são expressos sem temor ou vergonha, eles são prontamente satisfeitos pelo parceiro. Quando os temores de fracasso e de humilhação são expostos, perdem grande parte do seu poder de ferir.

Uma razão para o “egoísmo” aparente do homem é que ele quase sempre não tem idéia de onde a sua mulher “está”. Só é capaz de julgar o estado de excitação dela na base das suas próprias sensações. É provável que suas projeções

sejam incorretas ou que ele possa deduzir erradamente que a aquiescência da sua parceira, acompanhada da evidência física de lubrificação da vagina (que é apenas um sinal de princípio da excitação), signifique que ela já esteja pronta para a relação sexual (KAPLAN, 1977).

A inapetência sexual de muitas mulheres pode ser diretamente atribuída ao fato de que elas não recebem estimulação suficiente enquanto fazem amor. Em tais casos, o objetivo primordial da terapia é modificar as interações sexuais do casal a fim de corrigir essa deficiência.

Isso não implica o mero ensino ao casal de novos “artifícios” sexuais, mas sensibilizá-los para as necessidades especiais de um e de outro e modificar os seus padrões de comunicação, bem como suas atitudes básicas em relação ao sexo (KAPLAN, 1977).

Há diferenças significativas nos padrões de excitação sexual do homem e da mulher que precisam ser levadas em consideração por ambos os parceiros para que haja boas relações sexuais. Em geral, é mais difícil excitar uma mulher do que um homem e mais fácil “esfriá-la”. Embora haja exceções, os homens em geral excitam-se rapidamente olhando a parceira e, então beijando-a e acariciando-a, e pela estimulação tátil de seu pênis.

A excitação no homem é assinalada por uma excitação bem visível, quando está fisicamente pronto para introduzir o pênis na vagina da mulher e fazer movimentos até atingir o orgasmo. Os padrões de excitação das mulheres são muito mais sutis e variáveis. A grande maioria das mulheres na nossa cultura é lenta para responder aos estímulos e muito mais dependentes de estimulação tátil suave, extensiva e vagarosa, de uma ambiência de segurança do que a média dos homens (KAPLAN, 1977).

Se uma mulher deseja ter bom sexo, ela precisa assumir a responsabilidade do seu próprio prazer sexual e aprender a comunicar as suas necessidades eróticas ao parceiro, de maneira gentil e não defensiva.

Tópico: Cuidados com o dispositivo

“Tem que tá limpa é claro... Se tá em casa o intestino funcionou, ce vai lá e troca, ou limpa, se for aquela de limpar se vai tira lá e coloca, se for a descartável cê tirá coloca uma outra. Tando em casa eu nunca fico com a bolsa cheia. Funcionou o intestino, eu vou lá e troco”(Flávio)

“Eu escolho mais ou menos o momento que está mais... que o estômago tá mais vazio. Aí não tem tanto problema, nè?”(Donizete)

“Procurar aquele momento mais apropriado que a gente sabe... que a gente já se alimentou faz um tempo, já funcionou, a gente já foi no banheiro... já fez a limpeza e tal, é a hora mais apropriada. Para evitar que aconteça... um incidente.”(Fernando)

“... pode estourar se ela fazer já uns quatro ou cinco dias que já tem ela colocada, dá uma infecção e pode evacuar ela pra fora. Então, tem que ter todos os cuidados. O problema é com a bolsa.”(Donizete)

Da mesma forma que fazemos higiene quando prevemos uma intimidade, a higiene do estoma é importante. O sujeito portador de colostomia é orientado para se preparar adequadamente para esse momento: usar adesivos coloridos sobre o estoma ou bolsas com capas ou camisetas interessantes; colocar música ambiente; cuidar do ambiente para facilitar o relaxamento do casal, e contatos prazerosos (BINDER, 1981).

Além da higiene e dos adornos, a arma mais importante do portador de colostomia pode ser o senso de humor. Situações embaraçosas, como perda de gases, podem ser resolvidas com relaxamento através de uma observação leve,

humorística, especialmente durante momentos íntimos.

Pode acontecer que, durante a intimidade e principalmente nos primeiros encontros, o parceiro tenha medo de machucar o estoma, afastar a bolsa ou o adesivo, mas deve ser certificado de que a relação sexual não prejudicará o estoma, nem a maioria das posições perturbará a bolsa ou a cobertura.

É importante que o portador deixe o parceiro sexual ter contato com a bolsa ou com a cobertura, se desejar. Não deve forçar, mas assegurar-se de que isso pode ser feito.

É fundamental não enganar o parceiro sexual, produzindo rejeição (BINDER, 1981).

Além dos cuidados hoje para o ato sexual, os portadores verbalizaram as formas que utilizam para resolver os prejuízos sexuais causados pela cirurgia.

TEMA: Formas de Resolução dos Prejuízos Sexuais

A sexualidade por ser complexa e ampla, e que o orgasmo não é a única parte do sexo; a satisfação física ou psicológica, não importa, é individual. Uma mulher e um homem podem se satisfazer sem orgasmo e sem ereção, mas com muito prazer, desde que se aceitem e se comuniquem devidamente e com orientações de profissionais adequados e preparados para isso (BINDER, 1981; MULLEN & MCGINN, 1992).

Os autores acima citados afirmam que provavelmente um fator básico na intimidade sexual é gostar de si próprio. O sentimento de auto-estima, com ou sem estoma, tende a ser contagioso. Se nos sentimos bem com nós mesmos, outros sentem o mesmo em relação a nós.

Se aceitarmos um estoma, outros o aceitam também. Mesmo em circunstâncias ideais, isso leva tempo, sentir-se à vontade com a cirurgia, esquecê-la, tornar-se alguém que passou um estoma, ao invés de ser um estoma ambulante.

O importante acrescenta Mullen & McGinn (1992), “é não fazer de seu estoma um cinto de castidade.”

Tópico: Superando obstáculos

“Isso aí é psicológico... tem que contornar psicologicamente. Não pode enfiar a cabeça dentro do saco”. (Flávio)

Tópico: Trocar de parceiro

“Se tiver que ter uns quebra galhos, arruma outra. Você conheceu quem eu tinha arrumado aí. [risos]”(Flávio)

“Se eu tivesse o meu esposo... e eu “tomizada” [estomizada] assim , e ele me rejeitasse...Eu partia pra um outro tomizado [estomizado] e ia embora. Eu arrumava outro tomizado e ficava os dois emburacado.”(Padilha)

“Então foi um motivo a mais pra... só que depois que eu a Aline [estomizada e atual esposa], ela ficou sabendo... eu mesmo fui lá explicar pra ela que eu não queria mais... já não tinha mais nada com ela mesmo, em relação ao sexo, mas naquele dia em diante seria mais uma definição... que não tinha mais nada a ver e que ela poderia seguir a vida dela... Aí sim ela resolveu querer... ela resolveu aceitar... e propôs daquele dia em diante que aceitava, que ia mudar e entender. Mas eu falei: “Pois agora não dá mais, agora é tarde, demorou muito pra decidir”eu tentei explicar pra ela...” (Fernando)

“Eu partiria pra outra. Porque não que, não que. Essa coisa de recusa é muito indecente” (Alexandre)

“Eu era separada e eu casei depois que eu tinha colostomia. Quando eu conheci meu marido no baile... começamos a namorar. Foi lá no Jóquei, no baile, que eu arrumei o meu marido. Vou leva-la para ela dançar lá. Eu não corri atrás, mas fui onde poderia achar alguém.”(Amélia)

Essas falas confirmam que a saúde sexual do portador de estoma poderá

voltar, as doenças inibem a atividade sexual muitas vezes, mas não as encerram. Quanto mais estimulados, orientados e trabalhados adequadamente, esses indivíduos voltarão a suas atividades sexuais para obter prazer, sem sentimentos de culpa ou inadequação e acima de tudo, superarão os obstáculos.

Tópico: Criatividade no ato sexual

Existem muitas formas de prazer sem orgasmos e sem relações íntimas. O casal deve satisfazer-se de todas as formas possíveis e aceitáveis para ambos, e entender que é particular o que cada um faz e decide. Não se deve generalizar, quando o assunto é sexualidade, mesmo quando existe um estoma (HOGAN 1991).

Os casais podem e devem aprender as formas de utilizar as diferenças e mudanças, a fim de solidificar a intimidade e aumentar o prazer e satisfação que cada um pode oferecer ao outro. As técnicas de fazer amor podem ajustar-se às necessidades de estímulo e satisfação de cada um, que mudam, sempre; e as relações conjugais podem ser enriquecidas com uma adaptação mútua, generosa e sensível às mudanças no funcionamento sexual de cada parceiro (KAPLAN, 1977).

“Para manter o relacionamento, as atividades, as posições, dá pra contornar a situação, tranquilo. No caso mais criatividade, uma posição mais adequada, que a pessoa possa aceitar aquilo [estoma], pois por cima encosta... Tem esse problema. A criatividade... dei um jeito de conversar com a parceira. E deu pra contornar a situação. Você sabe muito bem a minha situação. Não tem necessidade de tirar a bolsa.” (Jacaré)

“Se colocar o obturador, ninguém percebe nada... ninguém ouve nada... Ninguém sente nada. Absolutamente nada.” (Garcia)

“Pode colocar a faixinha [atadura de crepe] antes!” (José)

“... é só jogar um paninho por cima e pronto. Uma fralda e pronto. Forra aí e pronto, se não dá uma [fralda], amarra duas. E o amor bem preparadinho, vai de qualquer jeitinho. Tem que

ser com amor! O esposo tem que preparar primeiro a esposa, para ele conseguir uma relação boa. As vezes se ele ficar caidão [impotente] mas com aquela preparação que ele fez, ele fica "zão". Eu desquitei em 69, mas eu não preciso não... Eu me satisfaço sozinha."(Padilha)

Sexo oral e masturbação são aceitos como meios de se obter satisfação e prazer sexual.

A colostomia tem a vantagem de não ser evidente quando o seu portador está vestido, o que não acontece com outras incapacidades físicas. Os sujeitos podem ser orientados a cobrir o estoma ou a usar a bolsa, dependendo de cada um. A antecipação sexual pode ser feita colocando calcinhas atraentes e aplicadores floridos ou listrados (BINDER, 1981).

Alguns homens vestem uma cinta que protege o estoma, permitindo que a relação seja normal (BINDER, 1981; GAMBRELL, 1982).

Verbalizaram a necessidade de variações de posições sexuais, procurando uma mais adequada e aceitável ao parceiro. Outra forma criativa utilizada para o ato sexual é a utilização de obturador, um dispositivo que funciona como um O.B. feminino que obstrui a luz do intestino. Mas é preciso esclarecer que o obturador só terá sua eficácia garantida se utilizada após uma irrigação/lavagem intestinal. Técnica ensinada ao estomizado intestinal pela enfermeira estomaterapeuta, ou enfermeira treinada por esta, que esteja engajada no cuidado ao estomizado intestinal.

Tópico: Experiências

Butler & Lewis (1985) chama a atenção para uma colocação muito interessante, que eles denominam de segunda linguagem do sexo. A segunda linguagem do sexo exige muita sensibilidade e, como ela é pouco desenvolvida,

precisa ser aprendida.

“É a capacidade de reconhecer e compartilhar sentimentos com palavras, ações, percepções inefáveis para conseguir ternura e respeito mútuo entre você mesma e a outra pessoa”. As pessoas de mais idade podem e devem ter maior capacidade de levarem o sexo e o amor a esse tipo de desenvolvimento. Viveram muito e adquiriram percepções e conhecimentos na longa experiência de suas vidas.

Manter um relacionamento de longa data prazeroso, é um problema que todos os casais enfrentam. Precisamos de emoção, novidade e intensidade em nossos relacionamentos sexuais, o que nem sempre é possível. Experiências novas e o aprendizado podem acontecer durante toda a vida. O sexo após os 60 anos pode ser saudável e mantenedor da saúde.

“O que a gente não pode deixar é acontecer aqui na nossa cabeça, a velhice... Eu já fiz 61 e ele vai fazer 54... e eu procuro me sentir jovem, atraente para ele né? Então é isso que eu falo, não pode deixar acontecer aqui na cabeça. O pessoal que me conhece a mim e o meu esposo... eles vêem isso daí, eles falam: Nossa nem parece mais velha do que ele, mas eu não quero que ele envelheça também não. Então a gente não pode ficar nessa, Ah! Eu sou velha, sou feia... já passou meu tempo, aí o envelhecimento vem mesmo.”(Melina)

“A mulher que passou dos 40... começa ali nos 40, 50, 60, 70... eu acho que ela é melhor do que uma de 16, 17, de 20... Ela não é melhor porque ela tá velha, feia, enrugada, barriguda, mas no sexo ela tá boa demais, menina? É como o mineiro fala: mas tá bom demais, menino! Ela satisfaz mais que uma vez, ela consegue uma, duas, três, dez vezes... eu consigo!”(Padilha)

“Quando o casal vai se conhecendo melhor... Realmente eu tenho essa experiência, eu me casei com 28 anos e[...] eu era super nula... daí eu comecei o sexo com 28 anos... Mas realmente a cada dia que passa a gente está melhor mesmo. Se houver na pessoa aquela coisa de ficar... Um monólogo com ela mesma... Ela só vai se decaindo cada vez mais. É onde prejudica toda relação.”(Melina)

“Então às vezes, a relação começa de manhã. Às vezes o homem vai sair quando volta, a mulher está esperando na

porta, a atenção que dá, durante o dia, a gente pensa a noite tem! A cabeça já fica preparada né? É o dia inteiro esperando... O dia inteiro se preparando. E tem dia que já vê que não vai dar.” (Amélia)

Em nossa cultura, as mulheres tendem a atingir o pico da responsividade ao se aproximar dos 40 anos e no começo desta idade. Kinsey (1953 apud KAPLAN, 1977, p.118) informa que a maior predominância de complicações sexuais femininas extraconjugais ocorre durante este período. Masters & Johnson (1968) observaram nessas mulheres responsividade rápida e intensa, também durante este período, sobretudo depois de terem tido vários filhos (atribuem esta elevada responsividade, pelo menos em parte, à vascularidade aumentada da víscera pélvica, o que só ocorre depois do parto).

Observa-se que nessas mulheres a lubrificação vaginal, equivalente à ereção masculina, ocorre instantaneamente e que são freqüentes os orgasmos múltiplos. Kaplan (1977) afirma que muitas, mas não todas as mulheres nesta faixa etária em estudo, informaram que experimentavam mais interesse na sexualidade e maior facilidade na responsividade orgásmica do que durante os primeiros anos. Pode-se especular que esta maior responsividade sexual da meia-idade não é determinada biologicamente de forma primária. Pode ser produzida por uma combinação de perda gradual de inibições e da maior segurança de ser aceita pelo parceiro e de agradá-lo.

Com o passar dos anos, essas mulheres desenvolveram um grau de autonomia sexual e aprenderam, com menos vergonha e menos medo do que era possível antes, a pedir aos seus maridos o tipo de estímulo que as excite (KAPLAN, 1977).

Outra forma citada de resolução dos prejuízos causados pela cirurgia foi a

auto-estimulação, uma prática citada por uma integrante do grupo. Entendemos que este fato, assumido e verbalizado perante todos os presentes, é ainda raro de se presenciar por envolver repressões sociais e tabus.

Tópico: Auto-estimulação

“Faz muitos anos que eu estou sozinha, ô! A gente acaba se virando sozinha... A gente fica com vergonha da gente mesmo... Eu fico com uma vergonha de mim. Deixa para lá. Eu não tenho marido desde 69, e eu nunca usei instrumento usei nada... Eu nunca precisei fazer nada, eu faço sozinha e pronto e acabou! E fica tudo maravilhoso! Mas agora se tivesse um companheiro seria melhor, mas não tenho!”(Padilha)

Em nítido contraste com os homens, as mulheres idosas conservam a capacidade de gozar orgasmos múltiplos. De fato, os estudos indicam que 25% das mulheres de 70 anos ainda se masturbam. Contudo, muitas mulheres cessam de ter relação sexual na casa dos 50 e dos 60 anos. Essa abstinência não é determinada biologicamente de maneira primária, mas influenciada por fatores sociais e psicológicos.

Quando as mulheres idosas perdem os parceiros, não tendem a procurar ardorosamente substitutos, a menos que sejam ativas e seguras de maneira incomum e possuam excepcionais atributos pessoais (KAPLAN, 1977).

Tópico: Buscar novos meios

A sexualidade é freqüentemente descuidada como um problema em homens idosos, principalmente portadores de uma doença crônica, quando seria importante reconhecer a importância da função sexual para a saúde geral dessa população. Já discutimos que as crenças e pensamentos exercem efeito profundo na resposta sexual e modelam os efeitos de humor e da ansiedade. Mas a auto-

estima e o sucesso social parecem um efeito sexualmente gratificante, possivelmente mais em homens do que em mulheres, e há evidência de que as mulheres sentem-se mais atraídas por homens mais poderosos ou socialmente dominadores (NACCARATO & PERCHON, 2004).

O ser humano deveria ser capaz de “ouvir” a si mesmo, respeitar suas necessidades, ir em busca da satisfação e respeitar seus limites. A meta essencial da vida é o prazer. O sentimento de prazer é a percepção de um movimento expansivo, como um fluxo de sentimentos e energia que se dirige para a periferia do corpo. Parte do cerne em direção aos pontos de contato com o mundo: olhos, boca, nariz, mãos, pés e genitais.

E foi essa busca de prazer, de vida e satisfação que pudemos observar no grupo mediante as seguintes falas:

“Fica só esperando acontecer. Não é só tomar o viagra e ficar esperando acontecer, não?” (Fernando)

“Ah! Isso aí é umas duas vezes por semana! Mas depende da idade também, né? A gente faz dependendo da idade, a idade depois do 50 ou 60 é umas duas vezes por semana.”(Flávio)

“Eu acho que se a pessoa tá com a natureza boa, eu acho que não tem dia, não tem semana não tem nada. É deus aquela vontade... Tá feito o negócio! Eu tenho coragem de tomar remédio.”(Donizete)

“Ah, eu tomaria [medicação] com a maior satisfação.”(Flávio)

“Tomaria sim... Seria a solução, né?”(Fernando) “O Fernando foi... como que chama Dr Nestor,[urologista] ele gostou muito.”(Aline)

“Eu também fui... e gostei muito, achei muito bom!”(José)

“Sem dúvida nenhuma! Ué? Tem que tomar, né? Como é que faz? Tem que dar o prazer pra mulher também, se não como é que fica?”(Jacaré)

“Eu quero que você agilize uma consulta pra mim.”(Jacaré)

A busca de novos meios foi um tópico em que os homens participantes do grupo puderam verbalizar a necessidade de buscar ajuda dos profissionais capacitados para que promova uma melhor performance sexual. Demonstraram iniciativa buscando orientação com o urologista que participou do grupo, bem como uma disposição e iniciativa para aderir a um tratamento medicamentoso.

Atualmente o diagnóstico e tratamento da disfunção erétil sofreram uma verdadeira revolução desde a introdução da injeção intracavernosa de drogas vasoativas em 1982. Nesta última década a hemodinâmica, neuroanatômica e anatômica funcional, bem como a farmacologia da ereção foi esclarecida (NACCARATO & PERCHON, 2004)

Além disso, as pesquisas farmacológicas em progresso no campo da ereção devem revelar agentes farmacológicos mais adequados no diagnóstico e tratamento da impotência.

No início dos anos 90, ficou claro que as chamadas cirurgias vasculares penianas apresentavam resultados muito pobres, comparáveis ao placebo. Por causa disso, são atualmente considerados procedimentos experimentais, devendo-se reservar sua realização para centros universitários e de pesquisa.

Desde que Virag, em 1982, descobriu que a injeção intracavernosa de papaverina podia induzir uma ereção plena, a auto-injeção deixou de ser um tratamento alternativo para transformar-se na primeira opção terapêutica da impotência orgânica. Atualmente a utilização da papaverina isolada foi abolida devido ao seu índice de complicações, como o priapismo e efeitos sistêmicos. Porém seu efeito mais temível é a fibrose dos corpos cavernosos, que pode ocorrer até mesmo após uma única injeção. Por outro lado, esta injeção tem se mostrado bastante eficaz. O seu efeito colateral mais importante é a dor no local da sua

aplicação, que ocorre em até 40% dos pacientes. Essa dor, de forte intensidade, que pode durar até 3 horas após a aplicação, é a principal causa de abandono do tratamento (NACCARATO & PERCHON, 2004)

A experiência mundial efetiva data de cerca de 30 anos, com advento da primeira prótese de material sintético, a acrílica, colocada nos corpos cavernosos. Atualmente podemos dispor de dois tipos básicos de próteses penianas: as semi-rígidas e as infláveis. O índice de sucesso do implante peniano é grande, atingindo 97% com as próteses infláveis e 98% com as semi-rígidas. Desde o início dos anos 90 tem-se realizado o implante de próteses penianas sob anestesia local, em caráter ambulatorial e com preservação da vascularização intracavernosa, levando à manutenção de uma ereção residual em praticamente todos os pacientes. Além disso, a verificação de que esta é a única opção cirúrgica eficaz no tratamento da impotência tornou o implante de prótese peniana um procedimento bastante atraente para o paciente, com alto índice de satisfação (GINGELL et al., 1996).

Provavelmente o avanço mais importante no tratamento da disfunção erétil nos últimos anos deu-se em março de 1998, quando a FDA (Food and Drug Administration – EUA) aprovou o uso de uma nova forma de terapia oral, o citrato de Sildenafil (Viagra) que age com bastante especificidade no músculo liso dos corpos cavernosos.

Após o sildenafil, surgiram também outros medicamentos com a mesma ação como Vardenasil (Cialis) e Tadalafil (Levitra)

Esses medicamentos atuam no aumento de nível de ação do (GMPc), que são responsáveis pelo alargamento dos vasos sanguíneos, produzindo um relaxamento da musculatura lisa encontrada nos tecidos dos vasos sanguíneos, fazendo com que mais sangue entre no pênis, resultando num pênis rígido e ereto.

São administrados oralmente, em geral na dose de 50mg, uma hora antes da atividade sexual desejada, sendo que a droga não causa efeito caso não ocorra estímulo sexual, ou seja, não induz a ereção, apenas a facilita. E a sua ação varia de 4 a 36 horas no organismo.

O espaço de tempo decorrido do instante da ingestão do comprimido até o momento em que estará apto para o ato sexual varia de acordo com a medicação oral prescrita. A pílula pode funcionar quando o homem estiver sexualmente excitado, para ajudar a obter e a manter a ereção. Se não estiver sexualmente estimulado, os comprimidos não poderão ajudar a ter a ereção. Naturalmente, a via oral seria a opção terapêutica mais adequada no tratamento da impotência.

Os efeitos colaterais em geral são leves e transitórios, na maioria das vezes não causando a descontinuação do tratamento, sendo os mais freqüentes: rubor de face, cefaléia, distúrbio gastro-intestinais, congestão nasal e distúrbio visual (GOLDSTEIN et al., 1997)

As únicas contra-indicações desses medicamentos são o uso concomitante com nitratos e na rara doença visual, retinite pigmentosa. A utilização conjunta com nitratos pode produzir importante vasodilatação e hipotensão grave, e talvez fatal, em pacientes coronariopatas.

Portanto, esses medicamentos até o momento proporcionam um tratamento eficaz, seguro, sem efeitos adversos significantes, de conveniente administração oral e baixos índices de descontinuidade pelo paciente, sendo um importante agente para o tratamento da disfunção erétil, porém precisam ser julgados pelo tempo para a derradeira e definitiva comprovação de sua eficácia e segurança (ZIPPE et al., 1998).

A sexualidade na terceira idade pode ter uma grife da sabedoria.

Sabedoria que não se deve deixar perturbar por possíveis entraves corporais em seu natural processo de amadurecimento. “Tudo que for flexível e fluente tende a crescer, tudo o que for rígido e bloqueado tende à morte”, pensa Tao Te Ching, da China Antiga. Se conquistarmos tal flexibilidade, estaremos aptos a viver uma vida madura e bonita, com características de sabedoria, serenidade, paz do dever cumprido e alegria de manter-se em alta estima (CARIDADE, 1997).

O desejo do amor não cessa no indivíduo por nenhum decreto jubilatório. Amor é desejo da alma que acompanha o corpo até o fim. Velhice não quer dizer renúncia ao amor e nem ao sexo. É, em verdade, a fase da vida em que mais amamos com desprendimento. É na idade avançada que desenvolvemos a capacidade de amar, porque é a idade do alto aperfeiçoamento moral.

Sabendo então, de toda a importância que tem a sexualidade, o sexo e o amor em nossas vidas, devemos procurar sempre em nós mesmos a sagrada chama do amor da paixão, mesmo que às vezes pensemos que acabou. Não, não acabou! Mesmo assim, devemos soprar as brasas, sob ainda as cinzas poderemos ver as chamas.

A síntese dos temas e tópicos encontrados na análise das falas dos sujeitos acha-se no quadro 4.

Quadro 4- Temas e tópicos emergidos na etapa percepção dos pacientes portadores de estomas intestinais definitivos quanto à sexualidade como uma dimensão importante de suas vidas

TEMAS	TÓPICOS
Reação quando o assunto é sexualidade	Liberdade Respeito às diferenças Divergências de opiniões O que é sexo? Só pênis - vagina?
Prejuízo sexuais causados pela cirurgia	Disfunção erétil Recusa sexual do parceiro
Órgão genital masculino	Desconhecimento Dificuldades
Órgão genital feminino	Conhecimento Desconhecimento
Sexo Hoje	Machismo Influência da mídia
Fatores que dificultam o relacionamento sexual	Idade Disfunção erétil Falta de parceiro Falta de amor O inesperado/imprevisto A estética
Informações sobre o retorno sexual após a cirurgia	Não teve informação Buscou informação Não tinha interesse em saber Teve informação
Cuidados hoje para o ato sexual	Comunicação/ preliminares Cuidados com o dispositivo
Formas de resolução dos prejuízo sexuais	Superando os obstáculos Trocar de parceiro Criatividade no ato sexual Experiências Auto-estimulação Buscar novos meios

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve início com o relato de minhas inquietações em relação à prática de enfermagem prestada aos estomizados intestinais e, principalmente, às limitações dos profissionais de saúde, em abordar a sexualidade dessa clientela. Entendemos então, que poderíamos implantar um grupo de portadores de estomas intestinais definitivos e que nesse espaço teríamos a oportunidade de abordar, entre vários temas, as questões sexuais. Frente aos pressupostos nesse estudo, pudemos compreender que ter um estoma, na visão dos portadores, é um desafio muito grande, pois envolve superação de sentimentos, perdas e obstáculos que a mesma impõe.

E do ponto de vista psicológico, traz como conseqüência alterações da imagem corporal, por isso, consideram-se pouco atraentes, possuem medo da rejeição e evitam contatos sexuais.

Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura sobre a temática estudada, com intenção de contextualizar o leitor e subsidiar a discussão dos dados, seguida da apresentação e discussão dos resultados obtidos, até chegarmos às considerações finais.

A proposta deste trabalho foi descrever o processo de implantação e implementação de um grupo de adultos portadores de estomas intestinais definitivo; e identificar a percepção desses quanto à sexualidade como uma dimensão importante de suas vidas.

No processo de implantação e implementação, iniciamos as atividades grupais com os portadores de estomas intestinais definitivos no dia 06 de abril de 2004. Nesse dia compareceram 13 integrantes, mas no 3º encontro consolidou-se o grupo com 19 portadores de estomas intestinais. Anteriormente, foram contactados 40 portadores por meio de cartas-convite enviadas e contato por telefone. Muitos já

havam falecido, outros afirmaram não se sentir à vontade para participar de uma atividade como essa.

Dos 19 participantes portadores de estoma intestinal do grupo, nove eram do sexo masculino e dez do sexo feminino. Destes, 13 integrantes foram acometidos por câncer colo-retal. A idade variou de 44 a 76 anos, mas a faixa etária predominante na população foi de 60 a 69 anos.

Quanto a estado civil, 13 eram casados, 3 viúvos, 2 divorciados e 1 solteiro. Com relação à ocupação, 13 realizam atividades ocupacionais, e 6 encontram-se aposentados, caracterizando-se uma população produtiva.

Foram realizados 14 encontros, nos quais, os temas abordados inicialmente, foram sugeridos pelos próprios participantes, pois entendemos a necessidade de suprir as carências atuais, para posteriormente abordar a questão sexual desses indivíduos, já que esse era um dos objetivos dessa pesquisa.

Os temas abordados foram discutidos em grupo, baseado na troca de experiências e suas vivências permitindo que cada um construísse e encontrasse caminhos para solucionar seus problemas. Todas as discussões foram direcionadas pela coordenadora que envolvia, estimulava a participação de todos e direcionava os assuntos abordados para que os mesmos não perdessem o foco. Alguns cuidados, como o de não “ministrar os conteúdos” em forma de aula expositiva, foram tomados, mas todos foram envolvidos em toda a dinâmica do grupo.

Nesse primeiro processo de implementação do grupo foi permitido que falassem sobre a importância de participar de uma atividade grupal, a qual foi definida como um espaço que permite adquirir conhecimentos pela facilidade de acesso, trocar experiências e vivências, e um local onde se encontra novidade e atualidade. O grupo promoveu aos integrantes, bem-estar, distração, satisfação,

aceitação da sua condição, e lhes permitiu criarem novos vínculos e encontraram cumplicidade e companheirismo.

Através dessa experiência podemos afirmar que o trabalho em grupo permite aos participantes compartilhar suas histórias, suas vivências, e seus problemas com os outros, “descarregando” assim, afetos plenos de emoções. Reconheceram, também que não são os únicos a terem problemas, ou não são os únicos a enfrentarem momentos dolorosos e desafiadores que a cirurgia impõe (DURÃO, 2004). Ouvir sobre os problemas dos outros e não se sentir como o único a ter problemas, facilita o sentimento de universalidade.

Outro tema emergido no processo de implementação foi o processo de adoecimento que, para eles, foi certamente um momento doloroso, difícil, marcante em suas vidas, ocasionando nesse processo sentimentos de desesperança pelo medo do diagnóstico e da gravidade da doença pois o câncer que predominou como gerador do estoma é, muitas vezes, associado à morte. Outros sentimentos expressados foram a dor e o sofrimento pelos tratamentos coadjuvantes de radio e quimioterapia, e a própria dor que a doença causa. A revolta foi um sentimento percebido pelos integrantes por serem tomados pela sensação de mutilação, vergonha e complexos de inferioridade. E finalmente, o conformismo e aceitação também foram verbalizados, por terem passado pelo processo de compreensão e entenderem ser, a cirurgia, uma forma de resolução dos problemas.

No último encontro fez-se necessário avaliarmos o desenvolvimento do grupo, como parte do processo de implementação. Em virtude da participação dos integrantes durante 1 ano e 2 meses, foi possível identificar como se percebiam atualmente. Evidenciou-se nessa pesquisa o benefício gerado, pois se percebem vitoriosos, vencedores, úteis e sortudos devido à terapia promovida pelo grupo,

demonstrando satisfação e percepção de serem necessários para outros. Realizamos também outra forma avaliativa apontando os pontos positivos e negativos percebidos pelos profissionais e portadores. A falta de um local fixo e específico para a realização dos encontros, bem como a falta de entrosamento de algumas pessoas, a centralização das falas em poucos e conversas paralelas foram aspectos apontados como negativos no grupo.

Durante o andamento de nossas atividades encontramos dificuldades e obstáculos, mas acreditamos serem próprios do desenvolvimento normal de qualquer grupo e entendemos serem importantes identificá-los para que possamos refletir e encontrar formas de melhorar a nossa conduta.

Quanto aos pontos positivos, acreditamos que superaram os negativos por ter fornecido aos participantes aprendizagem, troca de experiência, esclarecimento de dúvidas, criação de novos vínculos e oferecido segurança. Para nós, todo o benefício desse grupo foi representado pela fala de Beatriz:

*Bom! Primeiramente quando cheguei aqui, na primeira vez, eu entrei naquela porta me senti assim, **um horror!** Porque eu não aceitava de jeito nenhum o meu problema. Aí na primeira reunião eu ouvi, ouvi, ouvi, eu meditei bastante... e comecei a aceitar. Na minha segunda reunião eu assisti à palestra, eu até chorei, fui aceitando, aceitando... **Eu hoje já aceito**, e levo a vida normal. Já saio de casa, já não tem mais aquele problema de não querer sair, já não fico mais pensando no meu problema. Então eu quero agradecer a cada um de vocês, pra mim foi muito bom! Não vou esquecer jamais de vocês. Até quero uma foto para guardar, e eu tenho no fundo do meu coração cada um de vocês. E muito obrigado, porque pra mim foi muito bom mesmo!*

Outro objetivo da pesquisa foi a percepção dos portadores de estomas intestinais definitivos quanto à sexualidade como uma dimensão importante de suas vidas. A questão sexual, por ser um assunto polêmico, envolto por tabus e mitos, é um desafio, principalmente se discutido com pessoas que tiveram uma criação rígida

e com poucas informações.

A sexualidade vem sendo tratada segundo Ferreira (1995) como uma necessidade humana básica e, portanto, referida como merecedora de atenção no atendimento das necessidades de saúde do homem. Inicialmente os participantes foram dessensibilizados através de uma dinâmica proposta por Cavalcanti et al. (sd), pois se mostraram desinibidos, evidenciaram liberdade para se posicionarem frente a sua opinião, bem como respeitaram a opinião dos outros, sendo elas divergentes. Essa dinâmica possibilitou caminhos para que aprofundássemos o tema.

No decorrer da discussão pudemos identificar a existência de mitos e pudores enraizados nos indivíduos quando questionados se o sexo é só pênis-vagina. Muitos expressaram o quanto a sexualidade é vista de forma preconceituosa envolta, em culpa e vergonha. A atitude preconceituosa em relação ao sexo se mostra quando qualquer variação sexual daquilo que praticam é vista como determinante imoralidade e perversão. Através de discussões percebemos uma nova compreensão quanto chegaram à conclusão de que o beijo é uma forma de expressão sexual.

Os prejuízos sexuais causados pela cirurgia como a disfunção erétil e a recusa sexual do parceiro, foi uma questão pertinente e necessária para ser abordada.

A cirurgia de Miles causa, algumas vezes, uma alteração na função sexual tanto masculina como feminina, pelo fato de seccionar artérias e nervos responsáveis pela ereção, durante o deslocamento do reto no homem. E na mulher quando extirpada a parede vaginal, juntamente com o tumor retal, ocorre um encurtamento do canal vaginal causando dispareunia (dor no coito) e perda da libido.

A questão da recusa sexual foi um outro tópico apresentado e entendido na nossa vivência grupal. Os integrantes que sofreram essa recusa sexual do parceiro verbalizaram que antes já enfrentavam um desajuste sexual e que a cirurgia só veio exacerbar esse desajuste, uma vez que o parceiro sexual recusou qualquer expressão sexual ao portador de estoma.

É no momento pré-operatório, segundo Hogan (1985), que devemos aplicar modelos de intervenção para as questões sexuais aos pacientes e parceiros submetidos a cirurgias mutilantes que possam ameaçar a sua auto-imagem e auto-estima.

Além de conhecer os prejuízos sexuais causados pela cirurgia de estoma dos integrantes do grupo, propusemos nos a conhecer, também, o que sabiam a respeito de seus órgãos genitais. Alguns lembraram os conhecimentos que possuíam anteriormente, enquanto a maioria estava tendo acesso a informações das funções e nomes dos órgãos genitais naquele momento.

Foi um momento que proporcionou aprendizado importante para suas vidas, no qual noções errôneas que tinham a respeito de seus órgãos genitais foram esclarecidas.

Smeltzer & Bare (2000) afirmam que em todo contato que a enfermeira tenha com o usuário do serviço de saúde, a mesma tem a responsabilidade de apresentar informação que irá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender.

Dentro desse processo de percepção da importância da sexualidade no cotidiano de suas vidas, evidenciaram-se tópicos como a idade, disfunção erétil, a falta de parceiro, a falta de amor como dificultores do relacionamento sexual, bem como, a alteração da estética após a cirurgia.

Entendemos que a idade exerce diferentes influências sobre o ciclo da

vida sexual dos homens e das mulheres, e que a intensidade e a qualidade da resposta sexual variam nas diferentes idades.

A falta de parceiro e, conseqüentemente, a ausência de amor são outros obstáculos apontados no grupo, por serem, alguns integrantes, viúvos e solteiros. Os tópicos disfunção erétil e alteração da imagem são gerados pela cirurgia e afetaram, de maneira significativa, alguns integrantes do grupo, pois essa cirurgia permite mudanças muitas vezes bruscas, fazendo com que o portador tenha que se reajustar ou adaptar as alterações impostas por ela, ou seja, alterações de auto-imagem ou disfunções físicas que ocorrem.

Evidenciou-se a falta de informação por parte dos profissionais de saúde na abordagem sexual em todo o período perioperatório na maioria dos casos, mediante a verbalização dos mesmos e a identificação das dúvidas que ainda permeavam os integrantes.

Muitas vezes, a postura do profissional de saúde em negligenciar essa informação reforça os preconceitos com a doença e com a idade. Talvez o silêncio do profissional a essas questões, pode dar a entender que o papel sexual do paciente já tenha terminado.

Todos os temas abordados, e principalmente os relacionados à sexualidade, nesse estudo foram amplamente discutidos, respeitando e ouvindo primeiramente o que traziam de informações, conhecimentos e vivências do seu cotidiano para posteriormente, ser analisado com embasamento científico pelos profissionais, no intuito de oferecer subsídios para melhorar e ampliar o seu conhecimento.

Após a nossa vivência no grupo foi possível identificar os cuidados realizados pelos participantes para o ato sexual. A importância da comunicação foi

citada, pois através dessa os verdadeiros desejos e necessidades são expressos sem temor ou vergonha, bem como a estimulação prévia (momento preliminar), verbalizada pelas mulheres como fator importante, essencial e necessário para uma adequação sexual satisfatória.

Ficou evidente também, a necessidade do cuidado com o estoma, o dispositivo relacionado à higiene, e superação dos obstáculos frente aos imprevistos com uma boa dose de humor.

A saúde sexual do portador de estoma não é inibida pela doença. Quanto mais orientados adequadamente, estimulados para a prática sexual, mais satisfeitos e interessados ficaram para buscarem caminhos para atingí-las, com superação de obstáculos, sejam eles qual forem, envolvimento com novos parceiros, situação essa verbalizadas pelos integrantes, bem como, criatividade no ato sexual buscando formas possíveis e aceitáveis para atingir o prazer.

A experiência de vida favorecida pela idade e a busca de novos meios para melhorar a performance sexual ficaram evidentes no estudo, pois a experiência de vida permite o desenvolvimento de autonomia sexual e faz com que reconheçam as necessidades de auxílios quando algo está deficiente. No grupo percebemos a iniciativa dos integrantes em buscar ajuda de profissionais especializados para o alcance do prazer, satisfação e retorno à vida.

Conclui-se, então, que há necessidade de mudanças na capacitação de futuros enfermeiros, bem como na forma de trabalho dos enfermeiros que atuam com estomizados intestinais. Tais mudanças não devem ficar ao encargo somente das instituições de ensino e/ou treinamentos em níveis hospitalares, mas também devem vir do próprio profissional, ou seja, eles têm de estar dispostos a conhecer, transformar-se e transformar a sua prática.

Assim, espera-se que esse estudo possa ter propiciado reflexões a respeito da importância da orientação sexual em todo o contexto de saúde para o indivíduo, seja ele mutilado, ou não. Neste grupo o que alcançamos foi estimular o íntimo de cada participante portador de estoma intestinal definitivo a velejar para dentro de si mesmo com a intenção de enfrentar seus problemas e superar seus desafios e não apenas adquirir conhecimentos. Foram estimulados também a gerenciar suas necessidades e vontades, bem como, satisfazê-las a fim de possuir um caso permanente de amor, mas acima de tudo com a VIDA.

*REFERÊNCIAS**

*De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ALVES, L. C. A. **Correlação entre ajustamento psicossocial a colostomia permanente e resposta psicológica à neoplasia**. 2001. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original4_01.htm>. Acesso em: 26 jul. 2005.

ANDRÉ, M. E. D. A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 45, p. 66-71, maio 1983.

ARRUDA, M. R. Reflexões sobre a colostomia. **Tribuna Médica**, São Paulo, p. 349-366, abr. 1969.

BELL, N. Sexuality and the ostomist. **Nursing Times**, v. 85, n. 5, p. 28-30, feb. 1989.

BERTAZONE, E. C. Sexualidade e doenças crônicas. In: GIR, E. et al. **Sexualidade em temas**. Ribeirão Preto: Funpec, 2000. cap.16, p. 235-345.

BINDER, D. P. **Sex courtship and the single ostomate**. California: United Ostomy Association, 1981. p. 3-32.

BOCKUS, H. L. Anatomia e fisiologia do colo. In: _____. **Gastroenterologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1948. v. 2, p. 324-355.

BRUNO, Z. V.; BRUNO, Z. V. Os efeitos da idade sobre a sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 9, n. 1, p. 18-22, 1998.

BUSNELLO, E. D. Dinâmica de grupo: fundamentos, delimitação do conceito, origens e objetivos. In: OSÓRIO, L. C. et al. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BUTLER, R. N.; LEWIS, M. I. **Sexo e amor na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1985.

CÂMARA, M. F. B.; DAMÁSIO, V. F.; MUNARI, D. B. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v. 1, n. 1, out./dez. 1999. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 28 jul. 2005.

CAPPON, J. **El movimiento del encuentro en psicoterapia de grupo**: descripción y análisis crítico. México: Trillas, 1978.

CARIDADE, A. **Sexualidade**: corpo e metáfora. São Paulo: CEICH, 1997.

CARRAPATOSO, H. Colostomia: assistência ao colostomizado. **Revista Brasileira de Gastroenterologia**, v. 16, n. 2, p. 69, mar./abr. 1964.

CARRARO, T. E. A mulher no período puerperal: uma visão possível. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, p. 84-91, jan./abr. 1997.

CARTWRIGHT, D.; ZANDER, A. **Dinâmica de grupo**: pesquisa e teoria I e II. São Paulo: EPU/EDUSP, 1967.

CAVALCANTE, P. P.; FERNANDES, A. F. C.; RODRIGUES, M. S. P. A comunicação no grupo de auto-ajuda, como suporte na reabilitação de mulheres mastectomizadas. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2002.

CAVALCANTI, R. C. et al. **Saúde sexual & reprodutiva**: ensinando a ensinar. São Paulo: Artgraf, /s.d./

CERQUEIRA E SILVA, M. C. S. **Manual de ensino em sexualidade humana**. Curitiba: Relisul, 1992.

COHEN, A. On the quality of life: some philosophical reflections. **Circulation**, v. 66, suplemento III, p. 29-33, 1982.

CONNEL, A. M. Fisiologia. In: MORSON, B. C. **Enfermidades del colon, recto y ano**. Barcelona: Elicien, 1975. p.17-37.

CORPO HUMANO: genitais masculinos. Disponível em: <www.corpohumano.hpg.ig.com.br/genitais/male/masculino.html>. Acesso em: 06 jan. 2005.

CORPO HUMANO: genitais femininos. Disponível em: <www.corpohumano.hpg.ig.com.br/genitais/female/feminino.html>. Acesso em: 06 jan. 2005.

COSTA, G. S. P. Relação cirurgião-pacientes que necessitam ser mutilados. **RAMRIGS**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 38-42, jan./mar. 1985.

COSTA, M.; MONESI, A. A.; RODRÍGUEZ, J. O. M. **Cem dúvidas sobre sexo: o que você gostaria de resolver**. São Paulo: Gente, 1993.

DAVIS, F.; EARDLEY, A. Coping with a colostomy: the importance of the nurse. **Nursing Times**, v. 70, n. 16, p. 580-582, abr. 1974.

DLIN, B. M.; PERLAMAN, A. Sex after ileostomy or colostomy. **Medical Aspects of Human Sexuality**, New York, v. 6, p. 32-43, 1972.

DURÃO, A. M. S. **Grupo de acompanhamento de pacientes portadores de esquizofrenia medicados com clozapina e de seus familiares: o impacto sobre o cotidiano de suas vidas**. 2004. 147 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, M. A. **As faces do corpo do cliente hospitalizado: o olhar da(o) enfermeira (o)**. 1995. 157 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

FERREIRA, M. C. M. **Construir e reconstruir: uma práxis conscientizadora do enfermeiro em programas municipais de educação sexual**. 2002. 256 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2002.

FONSECA, A. H. L. **Grupo: fugacidade, ritmo e forma. Processo de grupo e facilitação na psicologia humanista**. São Paulo: Ágora, 1988.

FRAIMAN, A. P. **Sexo e afeto na terceira idade**. São Paulo: Gente, 1994.

FREITAS, M. R. I. **Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva**. 1994. 172 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

_____; PELÁ, N. T. R. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 28-33, out. 2000.

_____; CARVALHO, E. C.; PELÁ, N. T. R. **Aceitabilidade do emprego da técnica do gravador no registro de informação viva**. Ribeirão Preto: Sibracen, 1992.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a sexualidade**. Tradução de Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 2002. Tradução de: Drei Abhandleingen Zur Sexual Theorie.

_____. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GAMBRELL, E. **Sex and the male ostomate**. California: United Ostomy Association, 1982.

GEMELLI, L. M. G.; ZAGO, M. M. F. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 34-40, jan./fev. 2002.

GINGELL, C. J. C. et al. A new oral treatment for erectile dysfunction. A double-blind placebo controlled, once daily dose response study. **Journal Urology**, v. 155, p. 495-501, 1996.

GLOECKNER, M. R.; STARLING, J. R. Providing sexual information to ostomy patients. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 25, n. 6, p. 575-579, 1982.

_____. Perceptions of sexuality after ostomy surgery. **Journal of Enterostomal Therapy**, v. 18, n. 1, p. 36-38, jan./feb. 1991.

GOLDSTEIN, I. et al. Oral sildenafil in the tratament of erectile disfunction. Sildenafil Study Group. **New England Journal of Medicine**, v. 338, n. 20, p. 1397-1404, 1997.

GOLIS, A. M. J. Sexual issues for the person with an ostomy. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing**, v. 23, p. 33-37, 1996.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOUVEIA, M. H. A influência dos meios de comunicação no desenvolvimento da sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 1, n. 1, p. 29-34, 1990.

GRIFFITHS, J. D. Colostomy. In: MORSON, B. C. **Diseases of colon, rectum and anus**. London: Medical Books, 1969. p. 135-143.

HABR-GAMA, A.; ARAÚJO, S. E. A. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 39-54.

_____. et al. Contensão magnética nas ileostomias e colostomias: estudo experimental preliminar. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 24, n. 9, p. 332-334, set. 1978.

HAWTON, K. **Sex therapy: a practical guide**. 5. ed. New York: Oxford University Press, 1990.

HOGAN, R. **Human sexuality: a nursing perspective**. 2. ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1985.

HORTA, W. A. **A observação sistematizada na intensificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos**. Rio de Janeiro, 1968.

HYMOVICH, D. P.; HAGOPIAN, G. A. **Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach**. Philadelphia: Saunders, 1992.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **Manual de medicina sexual**. São Paulo: Manole, 1982. p. 275-287.

KRETSCHMER, K. P. **Estomas intestinais**. Tradução de Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

KRIZINOFSKI, M. T. Human sexuality and nursing practice. **Nursing Clinics North America**, v. 8, n. 4, p. 673-687, dec. 1973.

LEÃO, P. H. S. **Síndrome pós colostomia**. Fortaleza: Saraiva Leão, 1990.

LOOMIS, M. E. **Group process for nurses**. Saint Louis: Mosby Company, 1979.

LOPES, G. O "normal" e o "anormal" em sexologia. In:_____. **Sexualidade humana**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p.160-172.

_____. Sexologia: introdução e conceitos básicos. In: _____. **Patologia e terapia sexual**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 3-12.

_____; MAIA, M. **Sexualidade e envelhecimento**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

LOPES, M. E. E. F. L. **Grupo de espera com familiares de pacientes psiquiátricos**. 1992. 116 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

LÚCIA, M. C. S. Sexualidade do ostomizado. In: GIR, E; et al. **Sexualidade em temas**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2000. p. 335-353.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LYONS, A. S. Sex after ileostomy and colostomy. **Medical Aspects of Human Sexuality**, New York, v. 9, p. 107-108, 1975.

MAC ARTHUR, A. Sexuality and the stoma: helping patients to cope. **Nursing Times**, v. 92, n. 39, p. 34-35, sep. 1996.

MAC DONALD, L. D.; ANDERSON, H. R. Stigma in patients with rectal câncer: a communitith study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 38, p. 284, 1984.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo: Duas Cidades, 1981.

MANTOVANI, N. F. **Sobrevivendo**: o significado do adoecimento e o sentido da vida pós-ostomia. 2001. 131 p. Tese (Doutorado)-Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MARUYAMA, S. A. T.; ZAGO, M. M. F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 65, mar./abr. 2005.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A conduta sexual humana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

MC FARLANE, E. A.; RUBENFELD, M. G. The need for sexual integrity. In: YURA, H.; WALSH, M. B. **Human needs 3 and nursing process**. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1983. p.185-233.

MESSER, J. Educação para a saúde e promoção da saúde. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 4, p. 38-48.

_____. Sexualidade humana. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. cap. 13, p. 172-187.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 875-883, nov./dez. 2005.

MOHANA, J. **O mundo e eu**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1975.

MOURA, M. C. **A sexualidade do portador de seqüela de queimaduras: a busca (e o encontro) do prazer**. 1996. 294 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

MULLEN, B. D.; MCGINN, A. K. **The ostomy book: living comfortably with colostomies, ileostomies and urostomies**. California: Bull Publishing, 1992.

MUNARI, D. B.; ZAGO, M. M. F. Grupos de apoio/suporte e grupos auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. **Revista Enfermagem URJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 359-366, 1997.

_____. **Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites**. 1995. 130 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

_____; RODRIGUES, A. R. F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 237-250, ago. 1997.

MUNIZ, J. R.; TAUNAY, M. S. E. Grupos de enfermagem no hospital geral. In: MELO Filho, J. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MUNJACK, D. J.; OZIEL, L. J. **Sexologia: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 1984.

NACCARATO, A.; PERCHON, L. Estudo do impacto da disfunção erétil na qualidade de vida de pacientes pós prostatectomia radical. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO, 4.; ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 9., Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Centro Reichiano, 2004.

NEVES, G. et al. Agentes dopaminérgicos e o tratamento da disfunção erétil. **Química Nova**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 949-957, nov./dec. 2004

NUGENT, K. P. et al. Quality of life in stoma patients. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 42, n. 12, p. 1569-1574, dez. 1999.

OLIVEIRA, D. V. D.; NAKANO, T. T. Y. Reinserção social do ostomizado. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 279-290.

OLIVENSTEIN, C. O. **Não dito das emoções**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

OMS (World Health Organization). **Promovendo a maternidade segura através dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: OMS-Cepia, 1975.

OOIJEN, E. V. How illness may affect patients sexuality. **Nursing Times**, v. 91, n. 23, p. 36-37, jun. 1995.

ORTIZ, H.; RAGUE, M. J.; FOULKES, B. **Indicaciones y cuidados de los estomas**. Espanha: Jims, 1994.

OSÓRIO, L. C. et al. **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

PELÁ, N. T. R. et al. Sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 99-113, 1995.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POYATO, M. C. M. et al. La sexualidad del paciente ostomizado. **Revista Española de Enfermedades Digestivas**, v. 78, n. 4, p. 210-214, oct. 1990.

RIBEIRO, V.; MUNARI, D. B. Saúde mental em clientes cirúrgicos: o desenvolvimento de ações de enfermagem através de grupo de suporte/apoio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 1, p. 164-167, 1998.

RIEHELMANN, J. C. A educação sexual no sistema de saúde. In: RIBEIRO, M. **Educação sexual: novas idéias, novas conquistas**. Rosas dos tempos, 1993. p. 281-303.

RIEVE, J. E. Sexuality and the adult with acquired physical disability. **Nursing Clinics of North America**, v. 24, n. 1, p. 265-276, 1989.

RODRIGUES, C. M. Colostomia: relato de experiências vivenciadas por clientes colostomizados após hospitalização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 42, n. 1, p. 53-59, 1989.

RODRIGUES, J. Problemática psicossocial del paciente ostomizado. **Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 114, p. 23-33, 1988.

ROEHE, M. V. Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo dos neuróticos anônimos. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 399-407, set./dez. 2004.

ROSENTHAL, S. **Sexo depois dos 40, 50, 60 a 70**. Rio de Janeiro: Papirus, 1993.

ROY, P. H. Experience with ileostomies: evaluation of long – term rehabilitation in 497 patients. **American Journal of Surgery**, v. 119, n. 1, p. 77-86, 1970.

SANCHEZ VIDAL, A. **Psicologia comunitária** : bases conceptuales y organizativas, métodos de intervención. Barcelona: PPU, 1991.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, J. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000.

_____. Representações do corpo e a ostomia. Estigma. In: _____, CESARETTI, J. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 89-102.

SCHMIDT, C. E. et al. Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal câncer. **Disease of the Colon & Rectum**, v. 48, n. 3, p. 483-492, 2005.

SOBRAL, U. R. R. A navegação da sexualidade nas práticas assistenciais de enfermagem. **Cadernos de Enfermagem**, ABEn, Rio de Janeiro, n. 2, p. 2-6, 1989.

SOUSA, S. M. A. Qualidade de vida em clientes ostomizados. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 162-182, set./dez. 1999.

SOUZA, M. C. Quando e como dizer o diagnóstico de câncer ao paciente: experiência pessoal. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 5, p. 94-95, 1990.

STEWART, L. Stoma care: preoperative preparation of the patient. **Nursing**, n. 30, p. 886-887, 1984.

TAYLOR, P. Beating the taboo. **Nursing Times**, v. 90, n. 13, p. 51-53, mar. 1994.

TIEFER, L. **A sexualidade humana: sentimentos e funções**. São Paulo: Harpier & Row, 1979.

TRENTINI, M. et al. Living with and ostomy: a preliminary study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 13, p. 22-28, 1992.

TURNBULL, R. W.; TURNBULL, G. B. The history and current status of paramedical support for the ostomy patient. **Journal ET Nursing**, v. 20, p. 102-104, 1993.

_____; WEAKLEY, F. L. Colostomy. In: **Atlas of intestinal stomas**. St. Louis: Mosby, 1967. p. 131-143.

USSEL, J. V. **Repressão sexual**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

VATTANO, A. Power to the people: self-help groups. **Social Work**, v. 17, p. 7-15, 1972.

VERLAINE, A. et al. A sexualidade do ostomizado na visão do parceiro (parte II). **Revista Brasileira de Colo-Proctologia**, p. 269-276, out./dez. 1997.

VIEIRA, F. P. Aspectos sócio-culturais da sexualidade na terceira idade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 7, n. 1, p. 65-75, 1996.

VITIELLO, N. **Reprodução e sexualidade**: um manual para educadores. São Paulo: CEICH, 1995.

XAVIER, A. **Cirurgia do reto, do canal anal e do ânus**. Rio de Janeiro: Livro Médico, 1983.

WADE, B. **A stoma is for life**. London: Harrow Scutari Press, 1989.

WEBB, C. **Sexuality, nursing and health**. Great Britain: John Willey & Sons, 1987.

WILSON, D. Changing the body's image. **Nursing Mirror**, v. 152, n. 14, p. 38-40, 1981.

WOLF, S. Physiology of the colon. In: BOCKUS, H. L. **Gastroenterology**. Philadelphia: Saunders, 1964. p. 803-815.

WOOD, J. K. **Pequenos grupos centrados nas pessoas**: mais que terapia. Campinas: PCSG, 1990. Mimeografado.

WOODS, N. F. **Human sexuality in health and illness**. London: Mosby, 1979.

ZANINI, M. H. ; CABRAL, R. R. F. Psicoterapia de grupo na esquizofrenia. In: SHIRAKAWWA, I.; CHAVES, A. C. ; MARI, J. J. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 165-182.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos de grupoterapia**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

ZIPPE, C. D.; KEDIA, K.; NELSON, D. R.; Treatment of erectile dysfunction after radical prostatectomy with sildenafil citrate (Viagra). **Urology**, v. 52, p. 963-966, 1998.

ZUKERFIELD, R. **Act bulímico, cuerpo y tercera tópica**. Buenos Aires: Ricardo Vergara, 1992.

APÉNDICE

Caro Colega

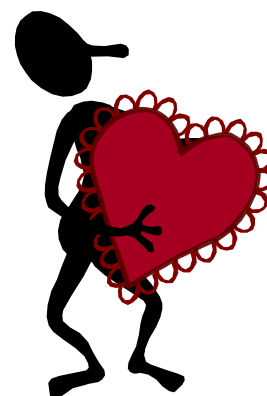
Eu enfermeira Adriana Pelegríni professora da FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto) e especialista no cuidado ao paciente estomizado intestinal venho convidá-lo a tomar um chá da tarde conosco no dia 06 de abril de 2004 (terça-feira) às 14h00.

Local: av. Brigadeiro Faria Lima nº 5.416 –Vila São Pedro
Pavilhão Mário Covas, sala 3. (Faculdade de Medicina)

Neste dia estaremos realizando um encontro com os pacientes estomizados de Rio Preto e região onde iremos:

- trocar experiências
- esclarecer dúvidas
- fornecer informações atuais

O principal objetivo deste encontro será



MELHORAR SUA QUALIDADE DE VIDA

Conto com sua presença

Adriana Pelegríni

Qualquer dúvida ligar para (17) 32272501 a partir das 18h00 ou (17) 97210253 (Adriana)
Traga este folheto para não errar o local da reunião.

PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
(06/04/2004) 1º encontro

Apresentação: O objetivo principal deste grupo é discutirmos vários temas, e sendo o principal deles a sexualidade.

Minha função = líder grupo – deixar o grupo fluir

- intervir quando o grupo fugir do objetivo
- estimular a participação

- guiar a discussão/ propor temas

Viviane função = observadora não participante

Regras do grupo = lei do sigilo = discussões serão confidenciais

- falar um de cada vez
- respeitar a opinião, sentimentos, dúvidas dos outros e o direito de ser ouvido
- questões particulares serão discutidas individualmente
- mas se forem dúvidas de outros será trazida para o grupo

Dinâmica de apresentação = nome real/fictício, idade, estado civil, cidade, quantos filhos têm, profissão.

Contar um pouco de sua história = 3 pessoas no máximo

Questões norteadoras

O que te faz feliz e o que te deixa triste/ preocupado hoje?

Qual assunto gostaria de discutir nas reuniões? = citar dois assuntos-sulfite

Definir com o grupo dia da semana, periodicidade, duração das reuniões.

Sugerir que coloquem suas dúvidas e sugestões na caixa para serem discutidos na próxima reunião. E trazerem um nome para o grupo.

Poema: O outro lado da janela
Lanche

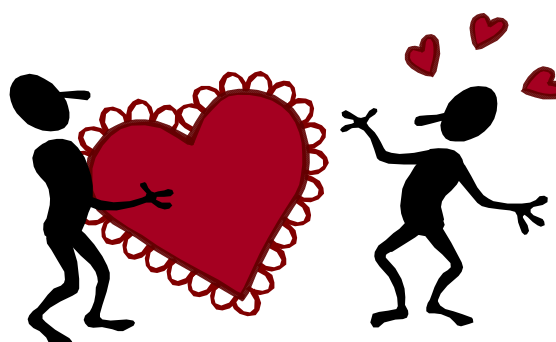
Caro Colega

Eu enfermeira Adriana Pelegríni professora da FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto) e especialista no cuidado ao paciente estomizado intestinal venho convidá-lo a tomar um chá da tarde conosco no dia 04 de maio de 2004 (terça-feira) às 14h00.

Local: Av. Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina)

Neste dia estaremos realizando um encontro com os pacientes estomizados de Rio Preto e região aonde iremos:

- trocar experiências
- esclarecer dúvidas
- fornecer informações atuais



E neste dia teremos um convidado especial o Profº Drº João Gomes Netinho (cirurgião coloproctologista do HB e Austa Clínicas).

O principal objetivo deste encontro será

MELHORAR SUA QUALIDADE DE VIDA

Conto com sua presença

Adriana

Qualquer dúvida ligar para (17) 32272501 a partir das 18h00 ou (17) 97210253 (Adriana)
Traga este folheto para não errar o local da reunião.

**PROGRAMAÇÃO DO GRUPO II
(04/05/2004) 2º ENCONTRO**

- Apresentação dos convidados (Drº Netinho e Psicóloga Carolina).
- Apresentação de novos membros.
- Discussão e esclarecimento de dúvidas com o Drº Netinho aproximadamente 1 hora.
- Relatar rapidamente as regras do grupo para os novos membros.
- Questões norteadoras:
 - 1) O que fazia antes da cirurgia, que não faz hoje?
 - 2) Após a cirurgia, qual foi a reação de seus familiares? Você foi compreendido?
 - 3) Alguém se afastou de você? Você se afastou de alguém?
- Questionar sobre o nome do Grupo.
- Relembrar a existência da caixinha de sugestões.
- História reflexiva: A Flor Rara.
- Lanche

Caro Colega

Eu enfermeira Adriana Pelegrini professora da FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto) e especialista no cuidado ao paciente estomizado intestinal venho convidá-lo:

PARA O NOSSO 3º ENCONTRO QUE SERÁ NO DIA 01 DE JUNHO DE 2004 (TERÇA-FEIRA) ÀS 14h00.

Local: Av. Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).



NESTE DIA DISCUTIREMOS UM ASSUNTO MUITO ATUAL (IRRIGAÇÃO INTESTINAL).

VOCÊ NÃO PODE PERDER! RESERVE ESTE DIA PARA VOCÊ.

Conto com sua presença
Adriana

Qualquer dúvida ligar para (17) 32272501 a partir das 18h00 ou (17) 97210253 (Adriana)

PROGRAMAÇÃO DO GRUPO III
(01/06/2004) 3º ENCONTRO

- Apresentação de novos membros.

- Relatar rapidamente as normas e regras dos grupos

- Discussão e esclarecimento de dúvidas sobre **Sistema De Irrigação Intestinal.**

- Dinâmica de grupo
 - Os pássaros
 - Mensagens para reflexão

- Definir nome para o grupo

- Relembrar a existência da caixinha de sugestões.

- Lanche

Caro Colega

Eu enfermeira Adriana Pelegrini professora da FAMERP e especialista no cuidado ao paciente estomizado intestinal venho convidá-lo:

PARA O NOSSO 4º ENCONTRO QUE SERÁ NO DIA 06 DE JULHO DE 2004 (TERÇA-FEIRA) ÀS 14h00.

Local: Av. Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).



NESTE DIA TROCAREMOS INFORMAÇÕES COM A NUTRICIONISTA LETÍCIA, QUE ABORDARÁ O TEMA: ALIMENTAÇÃO DO ESTOMIZADO

Conto com sua presença

Adriana

Qualquer dúvida ligar para (17) 32272501 a partir das 18h00 ou (17) 97210253 (Adriana)

PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(06/07/2004) 4º ENCONTRO

- Apresentação de novos membros
- Tempo para perguntas para o novo membro.
- Relatar rapidamente as regras do grupo
- Discussão e esclarecimento de dúvidas com a nutricionista Letícia
- Questões norteadoras:
- Qual a percepção de si mesmo?
- Dinâmicas de grupo:
- Jogo Novelo- qualidades e defeitos/manias
- Lembrar a existência da caixinha de sugestões.
- Espaço para lerem poemas e poesias trazidas de casa.
- Lanche.

Caro Colega

Estou feliz, juntamente com vocês por fazer parte do grupo:

UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR

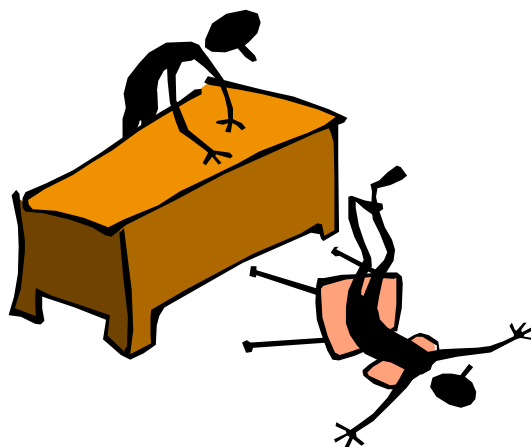
O nosso 5º encontro será realizado no **dia 03 de agosto de 2004 às 14h00.**

Local: Av. Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.

Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

NESTE DIA A PSICÓLOGA DA EQUIPE DE PROCTOLOGIA DO H.B. ANA CAROLINA IRÁ ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE: SENTIMENTOS, EMOÇÕES APÓS A CIRURGIA, E ESTAREMOS REALIZANDO DINÂMICAS PARA DESCONTRAÇÃO.

Reserve este dia para você.



Conto com sua presença

Qualquer dúvida ligar para (17) 32272501 a partir das 18h00 ou (17) 97210253 (Adriana)

PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(03/08/2004) 5º ENCONTRO

- Relatar rapidamente as normas e regras do grupo.

- Discussão e esclarecimento de dúvidas com a psicóloga Ana Carolina sobre sentimentos e emoções.

- Dinâmica de grupo
- Siga o Mestre

- Questões norteadoras:
 - O que você veio buscar no grupo?
 - O que você pode oferecer para o grupo?
 - Em que aspecto o grupo precisa melhorar?

- Relembrar a existência da caixinha de sugestões.

- Lanche

CARO COLEGA

Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**, sinta-se convidado para o nosso 6º encontro que acontecerá no **dia 14 de setembro de 2004 as 14h00**.
Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

NESTE DIA ESTAREMOS DISCUTINDO SOBRE: **CONCEITOS, TIPOS, CUIDADOS, COMPLICAÇÕES DO ESTOMA E DIREITOS DO ESTOMIZADO, COM A ESTOMATERAPEUTA ADRIANA E O PROCTOLOGISTA DRº JOÃO GOMES NETINHO, A DISCUSSÃO SERÁ REALIZADA EM FORMA DE AULA EXPOSITIVA.**

Que legal!

Quantos amigos ganhamos e quantas coisas novas aprendemos!



Qualquer dúvida ligar para (17) 3227-2501 a partir das 18:00h ou (17) 9721-0253 (Adriana)

PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(14/09/2004) 6º ENCONTRO

- **Relatar rapidamente as normas e regras do grupo.**

- **Dinâmica de grupo: “Concordo-Discordo”**

Objetivos:

Dar aos participantes a oportunidade de se posicionarem, em relação a assuntos diversos ligados ao tema da sexualidade humana e da educação sexual. Levá-los a refletirem sobre o significado de seus posicionamentos e também dos posicionamentos dos outros membros do grupo.

Informe ao grupo que você irá ler uma série de afirmações. Ao ouvir cada afirmação, deverão dirigir-se ao canto da sala cujo cartaz expresse melhor a sua atitude com relação ao que foi lido. As afirmações **NÃO** serão discutidas. Cada participante deverá apenas posicionar-se e observar, após cada leitura, o que aconteceu.

Afirmações em anexo:

Os participantes poderão mover-se livremente entre os dois cartazes. Só depois que todos estiverem posicionados e tiverem olhado ao redor, é que deverá ser lido a afirmação seguinte.

Depois incentivar o debate em anexo.

Apesar do grupo ter mais ou menos o mesmo nível educacional, as reações são bastante diversas. Estes posicionamentos são diversos, porque os temas da Sexualidade Humana são temas polêmicos e com pouco consenso.

2ª Parte do 6º Encontro

- **Dinâmica de grupo: “Respondendo à garrafa”**

Objetivos: Verificar que a história de vida de cada um interfere nas diversas posturas sobre o pensamento acerca do tema sexualidade.

Procedimento: Subdividir dois grupos, pedir que cada grupo se organize em círculo.

Peça que escolham um coordenador e encarreguem o coordenador de rodar a garrafa, lerem as perguntas.

Após o tempo devido, reunir os grupos e discutir.

Como era seu relacionamento sexual antes da cirurgia?

Como está seu relacionamento sexual depois da cirurgia?

Você está satisfeito com sua vida sexual hoje?

Em que você gostaria que sua vida sexual melhorasse?

Você se sente desejado/a?

Quanto tempo demorou após a cirurgia para o retorno sexual?

- Relembrar a existência da caixinha de sugestões.
- Lanche

Caro Colega

Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**, sinta-se convidado para o 7º encontro que será no **dia 05 de outubro de 2004 as 14h00**. Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro. Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

Neste dia estaremos realizando dinâmicas de grupo com o tema sexualidade. Tenho certeza que iremos nos divertir muito.

Essa você não pode perder!



Qualquer dúvida ligar para (17) 3227-2501 a partir das 18h00 ou (17) 9721-0253 (Adriana)

**PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(05/10/2004) 7º ENCONTRO**

- **Relatar rapidamente as normas e regras do grupo.**

- **Aula expositiva sobre ostomia intestinal (1ª parte)**
 - Anatomia e fisiologia do sistema intestinal;
 - Funções do intestino delgado e intestino grosso;
 - Tipos de estomas e seus efluentes;
 - Doenças que levam a ostomia intestinal;
 - Figuras de um procedimento cirúrgico;
 - Direitos dos estomizados (demarcação prévia, orientação pré-operatória);
 - Técnica cirúrgica (figuras ilustrativas)

- **Dinâmica de grupo:**

Colocar perguntas/dúvidas pessoais em um papel

Rodar a garrafa e sortear a pergunta

- **Relembrar a existência da caixinha de sugestões.**

- **Lanche**

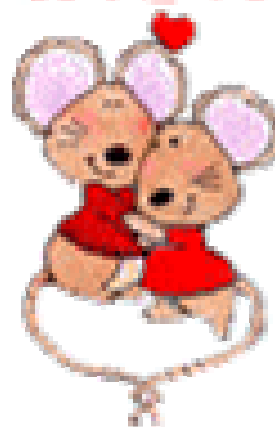
Caro Colega

Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**, sinta-se convidado para o 8º encontro que será no **dia 16 de novembro de 2004 as 14h00**. Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro. Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

Neste dia estaremos discutindo entre outros um assunto muito importante que será: Disfunção erétil e qualidade de vida
O convidado deste dia será o Drº Nestor urologista.
E teremos dinâmicas de grupo. Tenho certeza que iremos aprender muito.

Essa você não pode perder!

I Love You



Qualquer dúvida ligar para (17) 3227-2501 a partir das 18h00h ou (17) 9721-0253 (Adriana)

**PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(16/11/2004) 8º ENCONTRO**

- Relatar rapidamente as normas e regras do grupo.

- Discussão e esclarecimento de dúvidas com o Drº Nestor (urologista) que abordará o tema:

Qualidade de Vida e Disfunção Erétil

- Definição disfunção erétil – impotência;
 - Prevalência da impotência sexual (idosos e jovens);
 - Problemas com relação ao tratamento (resistência e falta de profissional capacitado);
 - Problemas com o relacionamento conjugal, trabalho e pessoal;
 - Incidência da disfunção erétil;
 - A importância do sexo: Necessidade Humana Básica;
 - Características do homem com disfunção erétil;
 - Como a DE atrapalha a vida do casal;
 - Como acontece a ereção;
 - O que se espera do tratamento;
 - Quais os tipos de tratamento;
 - Medicamentos orais (Levitra, Cialis, Taladanafil), próteses,...
 - Duração, efeitos colaterais, contra-indicação, benefícios...
-
- Dinâmica de grupo:
 - Cada participante deve fazer uma pergunta sobre a sexualidade em um pedaço de sulfite e colocar em uma garrafa pet.
 - Depois de formulado as questões, irão rodar a garrafa, e assim que a mesma parar o participante que for sorteado irá responder a questão. E assim sucessivamente.
-
- Lembrar a existência da caixinha de sugestões.

 - Lanche

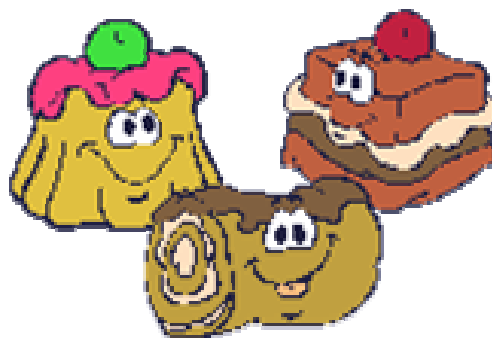
Caro Colega

Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**, sinta-se convidado para o 9º encontro que será no **dia 15 de dezembro de 2004 as 14h00**.

Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

Este dia será uma verdadeira festa!

Estaremos esclarecendo dúvidas sobre os assuntos já discutidos, e também revelaremos o amigo secreto.



Tenho certeza que iremos nos divertir muito.

Essa você não pode perder!

Qualquer dúvida ligar para (17) 3227-2501 a partir das 18h00h ou (17) 9721-0253 (Adriana)

PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(15/12/2004) 9º ENCONTRO

- Relatar rapidamente as normas e regras do grupo.
- Assinar o cartão de Natal do Máximo;
- Aula expositiva –**Cuidando de seu Estoma: II parte**, com a Estomaterapeuta Adriana Pelegrini.
- Discussão e esclarecimento de dúvidas com a Adriana.
- No encontro anterior foi deixado para responder nesse encontro perguntas feitas pelos integrantes.
- Revelar o amigo-secreto
- Lanche

Caro Colega

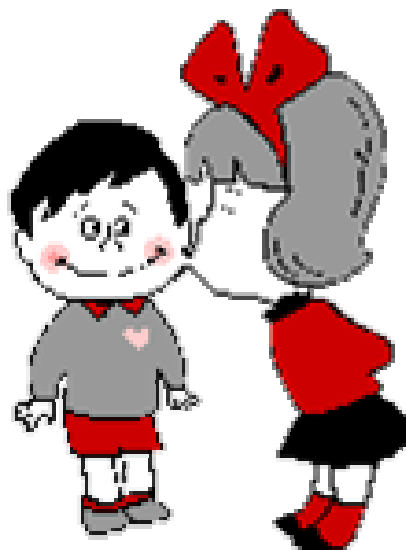
Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**, o nosso 10º encontro será no **dia 18 de janeiro de 2004 as 14h00**.

Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

Neste dia estaremos discutindo sobre a Saúde Sexual: Conhecendo Nossos Corpos.

E teremos dinâmicas de grupo. Tenho certeza que iremos nos divertir muito.

Essa você não pode perder!



Qualquer dúvida ligar para (17)3227-2501 a partir das 18h00 ou (17) 9721-0253 (Adriana)

**PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(18/01/2005) 10º ENCONTRO**

- Relatar rapidamente as normas e regras do grupo.
- Discutir o melhor dia para a próxima reunião dia 01 ou 15 de fevereiro;
- Dinâmica – **Conhecendo os Nossos Corpos**, com a Estomaterapeuta Adriana Pelegrini.

Objetivos:

- Levar os participantes a identificarem os órgãos sexuais do homem e da mulher e suas respectivas funções;

Material:

- Slides com figuras/fotos de órgãos do sistema genital externo e interno masculino e feminino;
- Quadro negro contendo os nomes dos órgãos;
- Pincel atômico;
- Sulfite com quadro para preencherem nome, função e termo popular dos órgãos;

Procedimento:

- Dividir os participantes em dois grupos e entregar a sulfite e pincel para que3 preencham;
- Colocar no quadro negro nome de todos os órgãos do sistema reprodutor feminino e masculino;
- Projetar as figuras e deixar que coloquem os órgãos e suas funções;
- Após conferir as respostas complementando as que estiverem incompletas ou incorretas;

- Depois que as funções dos órgãos forem bem esclarecidas, incentivar o time com o menor número de acertos a aplaudirem os de maior número de acertos.

- Discussão e esclarecimento de dúvidas com a Adriana.
- Responder nesse encontro perguntas feitas pelos integrantes.
- Lanche

Caro Colega

Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**, o nosso 11º encontro será no **dia 15 de fevereiro de 2005 às 14h00**.

Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.

Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

Neste dia continuaremos a discussão sobre Saúde Sexual: Conhecendo Nossos Corpos e O que acontece durante o ato sexual?

E teremos dinâmicas de grupo. Tenho certeza que iremos nos divertir muito.

Você não pode faltar!



Qualquer dúvida ligar para (17) 3227-2501 a partir das 18h00 ou (17) 9721-0253 (Adriana)

**PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(15/02/2005) 11º ENCONTRO**

- Relatar rapidamente as normas e regras do grupo.
- Discutir o melhor dia para a próxima reunião dia 01 ou 08 de março;
- Dinâmica: “**Festa dos Bichos**”

Objetivo: facilitar a integração e descontração dos elementos do grupo.

Material: lista de animais recortada, nome por nome para ser sorteada.
Cd e rádio para animar a dinâmica.

Procedimento: Explicar a dinâmica e sortear as duplas, que deveram se sentar próximos um do outro.

Sortear para alguém começar a dinâmica: um da dupla deverá sortear da caixa um animal e tentar representá-lo. O restante do grupo deverá então, adivinhar qual animal está sendo representado (avisar que deverão além de representar emitir sons característicos).

Incentivar os participantes a aplaudirem a apresentação de cada dupla.

- Aula expositiva - slides: **O que acontece durante o ato sexual?** Com a Estomaterapeuta Adriana Pelegrini.
- Discussão e esclarecimento de dúvidas com a Adriana.
- Lanche

Caro Colega

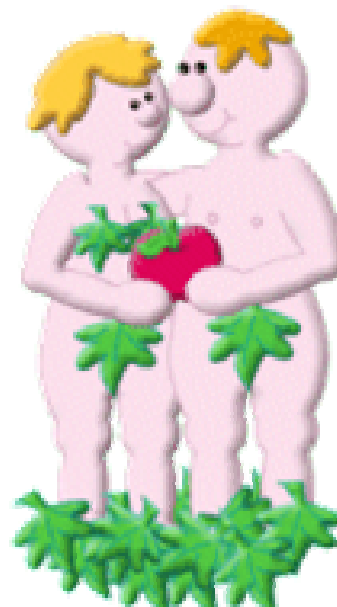
Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**,o nosso 12º encontro será no **dia 08 de março de 2005 às 14h00**.

Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

**Neste dia continuaremos discutindo o assunto O que acontece no ato sexual?
E também falaremos sobre a Sexualidade do Estomizado.**

E teremos dinâmicas de grupo. Tenho certeza que iremos nos divertir muito.

Você não pode faltar!



Qualquer dúvida ligar para (17)3227-2501 a partir das 18h00 ou (17) 9721-0253 (Adriana)

PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(08/03/2005) 12º ENCONTRO

- Relatar rapidamente as normas e regras do grupo
- Informar o dia da próxima reunião
- Dinâmica: “**Jogo da Caixinha**”
- **Objetivo:** facilitar a integração e descontração dos elementos do grupo.
- **Material:** uma caixinha de papelão com tampa (com um objeto ou não)
- **Procedimento:** o diretor explica que mostrará uma caixinha com algo dentro para um participante, e este através de mímica deverá transmitir, para o grupo.
 - Repete o mesmo procedimento com os demais participantes
 - Pode-se transmitir um material abstrato.
 - Incentivar os participantes a aplaudirem os que conseguirem transmitir.
- Aula expositiva - slides: **A sexualidade do estomizado intestinal**, com a ET Adriana Pelegríni
- Discussão e esclarecimento de dúvidas com a Adriana.
- Lanche

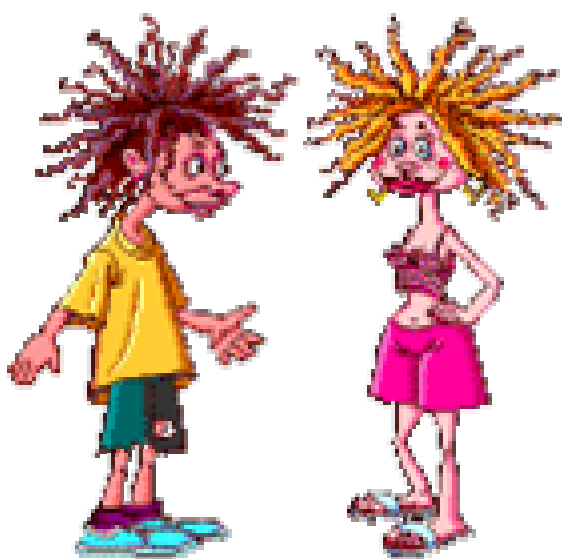
Caro Colega

Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**, saiba que o nosso 13º encontro será no **dia 05 de abril de 2005 às 14h00**.

Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

Neste dia discutiremos sobre O retorno sexual após a cirurgia: sentimentos vivenciados e falaremos sobre a inserção de novos integrantes no grupo.

Você não pode faltar!



Caso conheça alguém com estomia intestinal, convide-o para a nossa reunião de agosto.

Qualquer dúvida ligar para (17) 3227-2501 a partir das 18h00 ou (17) 9721-0253 (Adriana)

**PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(05/04/2005) 13º ENCONTRO**

- Relatar rapidamente as normas e regras do grupo.
- Discutir o melhor dia para a próxima reunião dia 03 ou 10 de maio.

Discussão sobre **O Retorno Sexual Após A Cirurgia: sentimentos vivenciados**, com a psicóloga Carmem.

Fatores comportamentais que atrapalham a sexualidade;

- Conflitos familiares;
- Trauma sexual da infância;
- Educação rígida;

- Responder as perguntas feitas pelos integrantes.

- Lanche

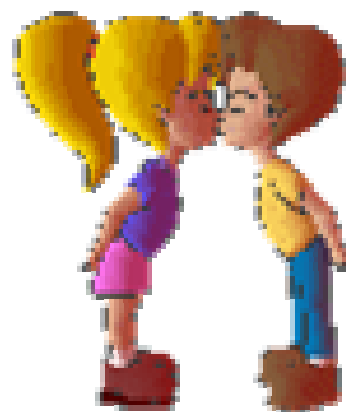
Caro Colega

Você integrante do grupo **UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR**, saiba que o nosso 14º encontro será no **dia 03 de maio de 2005 às 14h00**.

Local: Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 5416, Vila São Pedro.
Pavilhão Mário Covas sala 3, (Faculdade de Medicina).

Neste dia discutiremos sobre **O retorno sexual após a cirurgia: sentimentos vivenciados** com a psicóloga Carmem e falaremos sobre a inserção de novos integrantes no grupo.

E ainda teremos dinâmicas de grupo.



Você não pode faltar!

- **Caso conheça alguém que tenha um estoma intestinal, convide-o para a nossa reunião de agosto.**

Qualquer dúvida ligar para (17) 3227-2501 a partir das 18:00h ou (17) 9721-0253 (Adriana)

PROGRAMAÇÃO DO GRUPO
UNIDOS PARA UMA VIDA MELHOR
(07/06/2005) 14º ENCONTRO

- Questionar a possibilidade das reuniões serem de quarta-feira.
- Falar sobre a disponibilidade da psicóloga Carmem;
- Discutir o dia para a próxima reunião 03 de agosto;
- Dinâmica de avaliação: “**PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS**”

Objetivo: levarem os participantes a avaliarem os aspectos positivos e negativos, segundo a sua perspectiva.

Número de participantes:

3 grupos = 1 grupo apontará os aspectos negativos

1 grupo apontará os aspectos positivos

Treinadores apontarão os dois aspectos

Material: para cada grupo de participantes e para o grupo de treinadores: 2 folhas de sulfite e pincéis atômicos

Enumerar cada participante e separar os números pares em um grupo e os números ímpares em outro.

Colocar os aspectos no quadro negro para discutir.

- Lanche

ANEXOS

ANEXO A



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL - LEI Nº 8899 ,de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/74)


Parecer n.º 047/2003

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 2883/2003 sob a responsabilidade de Adriana Pelegrini dos Santos Pereira com o título "Educação sexual de grupos de adultos portadores de ostomias intestinais: Processo e análise da implementação" está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 12 de maio de 2003.


Prof.ª Dr.ª Patrícia Maluf Cury
Coordenadora do CEP/FAMERP

Av: Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Cep 15.090-000 Fone: (017) 227- 5733
Fax: 227-1277- São José do Rio Preto - SãoPaulo-Brasil

ANEXO B**Confirmação da pesquisadora:**

Certifico que informei a pessoa abaixo sobre a descrição dos procedimentos do estudo e deste formulário.

Adriana Pelegríni dos Santos Pereira

Data _____ de _____ de 2004

CONSENTIMENTO PARA ATUAR COMO SUJEITO NA PESQUISA:

Eu recebi uma descrição verbal do estudo, incluindo uma explicação de seu propósito, procedimentos, possíveis desconfortos e benefícios.

Entendo que nenhuma compensação será oferecida em decorrência de minha assinatura neste documento, o que é por livre e espontânea vontade, o que representa a concordância para atuar como sujeito do estudo proposto. Fica-me assegurado os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, no momento em que julgar necessário, assegurando-me a confidencialidade de qualquer resposta quando solicitada, assim como o sigilo de minha identidade e de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda que fui certificado que os resultados serão utilizados em publicações e estudos futuros. Essa pesquisa também não me trará despesas, gastos ou danos, caso haja, serão ressarcidos.

Autorizo a gravação de falas: () sim () não

Autorizo filmagem e fotos, se necessário: () sim () não

Assinatura do paciente

Data _____ de _____ de 2004.

Qualquer dúvida entrar em contato com Adriana Pelegríni no fone: (015)17-32272501 ou 017-9721-0253 ou (015)17-2105716.



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899, DE 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/74)

DIRETORIA ADJUNTA DE EXTENSÃO
DE SERVIÇOS À COMUNIDADE

Artigo 4º- Por tratar-se de evento educativo sem fins lucrativos, destinado a atividades ambulatoriais desenvolvidas por docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP, sem cobrança de inscrição e sem recursos financeiros para pagamento de taxas administrativas à FAEPE, haverá isenção de pagamento, conforme normas da FAEPE.

Artigo 5º- Esta deliberação é válida a partir desta data.

DIRETORIA ADJUNTA DE EXTENSÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE DA
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO,
29 DE JULHO DE 2003.

PROFA. DRA. ZAIDA AURORA SPERLI GERALDES SOLER
DIRETORA ADJUNTA DE EXTENSÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE

ANEXO C



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899, DE 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/74)

DIRETORIA ADJUNTA DE EXTENSÃO
DE SERVIÇOS À COMUNIDADE

ATO DELIBERATIVO DAE_x Nº 034 DE 29 DE JULHO DE 2003.

A PROFESSORA DOUTORA ZAIDA
AURORA SPERLI GERALDES SOLER,
Diretora Adjunta de Extensão de Serviços à
Comunidade da Faculdade de Medicina de São
José do Rio Preto, nos termos do artigo 1º da
Portaria FAMERP Nº 037/2001;

- Considerando o teor do processo protocolado sob o Nº F-001-004413/2003;

DELIBERA:

Artigo 1º- A oficialização do **PROJETO: Atendimento de enfermagem a pacientes portadores de ostomias intestinais**, promovido pelo Departamento de Enfermagem Geral, sob a coordenação de Adriana Pelegrini dos Santos Pereira e pelo Departamento de Coloproctologia, sob a coordenação do Prof. Dr. João Gomes Netinho, Dr. Luís Sérgio Ronchi e Dra. Geni Satomi.

Artigo 2º- O Projeto será realizado no Ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto e será destinado aos pacientes portadores de ostomias intestinais provenientes de encaminhamentos médicos e/ou de enfermagem, ou através de procura voluntária de pacientes de São José do Rio Preto e região.

Artigo 3º- Serão fornecidos certificados aos participantes que cumprirem pelo menos 75% das atividades programadas.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)